



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061 /2021

1 – PREÂMBULO
PROCESSO Nº1006/2021
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETO: Eventual e futura aquisição de MATERIAL GRÁFICO mediante o Sistema de Registro de Preços, para atender a demanda das Unidades de Saúde, CAPS, CREAPSIS e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde.

TIPO: MENOR PREÇO POR ITEM

FORMA DE EXECUÇÃO: INDIRETA, com fornecimento parcelado.

CREDENCIAMENTO, ABERTURA ENVELOPE PROPOSTA E FASE DE LANCES (JULGAMENTO):

Dia: 26 /11 /2021, às 9h30min

LOCAL: No auditório da Casa da Cultura, localizada na Rua Mozart Serpa de Carvalho, nº 190, Centro, Bom Jardim, CEP.: 28.660.000.

LEGISLAÇÃO PERTINENTE: Lei Federal nº 10.520 de 17 de julho de 2002, Decreto nº 7892/13, bem como no Decreto Municipal 2156/10 e 1393/05, de 14 de janeiro de 2010, aplicando-se subsidiariamente, as normas da Lei nº 8.666/93, Lei complementar 123/06, Lei Municipal nº 1.582/2020 e suas respectivas alterações.

Não haverá prazo de tolerância para entrega dos envelopes (habilitação e proposta de preços), que deverão ser entregues no ato do certame fechados e indevassáveis.

2 – DO OBJETO

2.1 – O presente destina-se a eventual e futura aquisição de MATERIAL GRÁFICO mediante o Sistema de Registro de Preços, para atender a demanda das Unidades de Saúde, CAPS, CREAPSIS e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde.

3 – DO PREÇO UNITÁRIO E DOS VALORES TOTAIS MÁXIMOS ESTIMADO PELA ADMINISTRAÇÃO

3.1 – O preço global estimado pela administração para a contratação em questão é de **R\$ 120.973,00 (trezentos mil e setecentos e noventa e oito reais e dez centavos)**, conforme valores unitários constantes no item 3.3 do Edital.

3.2 – O valor estimado constitui mera estimativa, não se obrigando a Administração Pública a utilizá-lo integralmente.

3.3 – PLANILHA DE CUSTO ESTIMADO



Item Descrição	Und. De medida	Quant.	Valor Unitário (Em R\$)	Valor Total (Em R\$)
001- ATESTADO DE SAÚDE – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 01	BLC	200	4,50	900,00
002-ATESTADO MÉDICO– 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 02	BLC	200,	4,50	900,00
003- AUTO DE APREENSÃO em papel Autocopiativo,25x3 picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 03	BLC	3	78,00	234,00
004- AUTO DE INFRAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 04	BLC	3	78,00	234,00
005-AUTO DE MULTA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 Em conformidade com anexo 05	BLC	3	78,00	234,00
006- AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 06	BLC	20	22,00	440,00
007-BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 07	BLC	200	12,00	2.400,00
008- CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA 180 grEm conformidade com anexo 08	UN	4.000	0,40	1.600,00
009- CARTÃO DE GESTANTE – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 09	UN	3.000	0,49	1.470,00
010- COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. 10x13 cm Em conformidade com anexo 10	UN	1.500	0,45	675,00
011- DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO – 100 folhas tam. 12x18 cm (ou meia folha A4) Em conformidade com anexo 11	BLC	250	9,00	2.250,00
012- EXAME DE ALTO CUSTO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 12	BLC	300	12,60	3.780,00
013- EXAMES SOLICITADOS SIMPLES – 100 folhas tam. 11x15 cm Em conformidade com anexo 13	BLC	1.300	8,80	11.440,00
014- FICHA DE REGISTRO DO VACINADO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 14	BLC	200	12,00	2.400,00
015- FICHA DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. 20x14,5 cm Em conformidade com anexo 15	UN	1.400	0,34	476,00
016- FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 16	BLC	30	16,00	480,00
017- FICHA MÉDICA DA GESTANTE – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 17	BLC	30	16,00	480,00



018- FOLHA DE FREQUÊNCIA MENSAL (FISIOTERAPIA) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 18	BLC	10	21,60	216,00
019- FOLHA TIMBRADA A4 com logotipo COLORIDO, 75 gr/m² - Bloco com 100 folhasEm conformidade com anexo 19	BLC	10	44,40	444,00
020- LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 20	BLC	150	12,00	1.800,00
021- MARCAÇÃO DE CONSULTA – 100 folhas tam. 9,5x5 cmEm conformidade com anexo 21	BL.	1.000	1,70	1.700,00
022- PLANILHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURATIVO E AFINS PARA PACIENTE – 100 folhas tam. Meia Folha A4 Em conformidade com anexo 22	BL.	100	9,00	900,00
023- PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL CORRELATO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 23	BL.	40	18,20	728,00
024- PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 24	BLC	40	18,20	728,00
025- PRONTUÁRIO MÉDICO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 25	BL.	1.000	11,90	11.900,00
026- RECEITUÁRIO BRANCO COMUM – 100 folhas tam. 10x21 cmEm conformidade com anexo 26	BLC	3.000	4,50	13.500,00
027- RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL – 2 VIAS – 100 folhas tam. 15,5x22 cm, Gr 56, 1ª via branca e 2ª via rosa Em conformidade com anexo 27	BL.	700	6,20	4.340,00
028- RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL TIPO B NA COR AZUL COM 50 FOLHASGr 56Modelo em conformidade com anexo 28 – mesma cor do canhoto da receita anexado	TL	450,	4,50	2.025,00
029- REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 29	BL.	200	12,00	2.400,00
030- REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 30	BL.	500	12,00	6.000,00
031- SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 31	BL.	150	12,60	1.890,00
032- SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA- 100 folhas tam. A4gr 56Em conformidade com anexo 32	BLC	200	12,00	2.400,00
033- FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO- 100 UNIDADES GR 56Em conformidade com anexo 33	BLC	100	12,00	1.200,00



034-BOLETIM DE INSPEÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, 3 vias (branco, amarelo e azul) numeradas Em conformidade com anexo 34	BLC	5	53,00	265,00
035- FICHA DE VISITA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. 14X9 CM Em conformidade com anexo 35	BL.	25	14,00	350,00
036- FICHA DE VISTORIA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 36	BL.	15	22,00	330,00
037- PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE – PMCD (VIG. AMBIENTAL) – RESUMO SEMANAL DOS AGENTES – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 37	BL.	15	22,00	330,00
038- REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 38	BL.	40	18,00	720,00
039- BOLETIM DE CAMPO LIRAa 75g/m² Em conformidade com anexo 39	UN	300	9,00	2.700,00
040- CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4 Em conformidade com anexo 40	LIV.	350	8,50	2.975,00
041- CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4 Em conformidade com anexo 41	LIV.	350	8,50	2.975,00
042- CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO – 03 páginas – capa em papel cartão 180 g e página única, frente e verso, em papel 120 g tam 16 x 12 cm Em conformidade com anexo 42	LIV.	350	7,00	2.450,00
043- CADASTRO DOMICILIAR – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 43	BL.	150	12,00	1.800,00
044- DECLARAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 44	BL.	150	12,60	1.890,00
045- ETIQUETA LIRAa, 75 g/m² e 07x05 cm Em conformidade com anexo 45	UN	500	0,72	360,00
046- FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE E ACOMPANHAMENTO/SISPRENATAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 46	BL.	10	23,90	239,00
047- FICHA DE CONSULTA À PUÉPERA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 47	BL.	100	12,00	1.200,00
048- FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 48	BL.	200	12,00	2.400,00
049- FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 49	BL.	300	12,00	3.600,00



050- FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL (E-SUS) (FRENTE E VERSO) – 100 FOLHAS t1am. Folha A4Em conformidade com anexo 50	BL.	25	23,00	575,00
051- FICHA DE LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE BPA – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 51	BL.	150	12,00	1.800,00
052- FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 52	BL.	100	12,00	1.200,00
053- FICHA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO INSERIDOS NAS LISTAGENS OFICIAIS – 100 folhas tam.A4Em conform	BL.	80	12,00	960,00
054- PLANILHA DE CONTROLE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 54	BL.	100	12,00	1.200,00
055- PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 55	BL.	25	22,50	562,50
056- REFERÊNCIA ODONTOLÓGICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 56	BL.	25	22,50	562,50
057- REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL – 2 VIAS – 50 folhas – ENUMERADAS tam. 11x16 cm-1ª via branca e 2ª via amarela Em conformidade com anexo 57	BL.	300	6,80	2.040,00
058- TERMO DE ADVERTÊNCIA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 follhasEm conformidade com anexo 58	BL.	3	50,00	150,00
059- TERMO DE APREENSÃO DE AMOSTRAS em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 59	BL.	3	50,00	150,00
060- TERMO DE INTERDIÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 60	BL.	3	50,00	150,00
061- TERMO DE INTIMAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 61	BL.	5	50,00	250,00
062- CAPA DE PROCESSO – PAPEL BRANCO 180 gr/m²tam. 23,5x32,5 cmEm conformidade com anexo 62	UN	500	1,40	700,00
063- FICHA DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA – 100 FOLHAS tam Folha A4Em conformidade com anexo 63	BL.	25	22,50	562,50
064- BANNER IMPRESSO, sem armação, em material lona, medidas: 342x93cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 64 em cores (arquivo a ser enviado)	UN	10	190,00	1.900,00
065- BANNER IMPRESSO, em material lona, medidas: 115x60cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade	UN	5	100,00	500,00



com anexo 65 em cores (arquivo a ser enviado)				
066- Tabela de registro de produção diária(Bloco com 100 folhas, tamanho, folha A4), conforme com anexo 66	BL.	25	22,50	562,50
VALOR GLOBAL ESTIMADO=		R\$ 120.973,00		

4 – DETALHAMENTO DO OBJETO

Vide termo de referência

5 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Vide termo de referência

6 – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO

Vide termo de referência

7 – REAJUSTE DOS PREÇOS

Vide termo de referência

8 – DAS CONDIÇÕES GERAIS DE PARTICIPAÇÃO

8.1 – Poderão participar do certame as pessoas jurídicas que preencham os requisitos de habilitação, regularidade fiscal e trabalhista, qualificação técnica e qualificação econômico-financeira constantes no instrumento convocatório.

8.2 – Não poderão participar do certame as empresas suspensas pela Administração Direta ou Indireta do Município de Bom Jardim, bem como aquelas declaradas inidôneas por qualquer ente federativo e que não estiverem dentro da legalidade fiscal.

8.3 – Não poderão participar do certame, direta ou indiretamente:

8.3.1 – O autor do termo de referência.

8.3.2 – A empresa, isoladamente ou em consórcio, da qual o autor do termo de referência seja dirigente, gerente, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto ou controlador, responsável técnico ou subcontratado.

8.3.3 – Servidor ou dirigente do Setor Requisitante, incluindo os membros da comissão permanente de licitação ou a pregoeira e sua equipe de apoio.

8.3.4 – A empresa cujos sócios sejam parentes, até terceiro grau, de gestores públicos (servidores e agentes políticos) envolvidos no processo licitatório, por violação aos princípios da administração pública e pela existência de conflito de interesses;



8.4 – Considera-se participação indireta a existência de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista entre o autor do termo de referência, pessoa física ou jurídica, e o licitante ou responsável pelo fornecimento, incluindo-se os fornecimentos de bens e serviços a estes necessários.

8.5 – Poderão participar no certame as empresas reunidas em consórcio, observadas as seguintes regras:

8.5.1 – A apresentação de comprovação do compromisso, público ou particular, da constituição do consórcio, subscrito pelos consorciados, explicitando:

- a) a composição e o percentual de participação de cada empresa integrante;
- b) o objetivo da consorciação;
- c) o prazo de duração do consórcio não inferior ao da duração da Ata de Registro de Preços;
- d) a indicação da empresa líder do consórcio e de poderes expressos para a empresa líder se relacionar com a administração, receber citação e responder administrativa e/ou judicialmente pelas demais consorciadas, bem como para representar o consórcio em todas as fases da presente licitação, podendo, inclusive, interpor e desistir de recursos, receber e dar quitação, firmar contratos e praticar todos os atos necessários visando à perfeita execução do objeto do contrato;
- e) a declaração de responsabilidade solidária das consorciadas pelos atos praticados sob consórcio em relação à presente licitação, e ao eventual contrato dela decorrente;
- f) as obrigações das consorciadas, dentre as quais o de que cada consorciada responderá isolada e solidariamente por todas as exigências pertinentes ao objeto da presente licitação, até a extinção do contrato dela decorrente;
- g) que o consórcio não terá sua constituição ou composição alterada sem a prévia e expressa anuência da contratante;
- h) a designação do representante legal do consórcio.

8.5.2 – Os documentos da habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista, qualificação técnica e qualificação econômica deverão ser apresentados individualmente por cada consorciado, admitindo-se para efeitos de qualificação técnica e qualificação econômico-financeira o somatório dos quantitativos e dos valores de cada consorciado.

8.5.3 – Caso o consórcio seja o vencedor do certame, fica obrigado a promover, antes da assinatura do contrato e da Ata, a constituição e o registro do consórcio na Junta Comercial de sua sede.

8.5.4 – Estarão impedidas de participar as empresas consorciadas através de mais de um consórcio ou as empresas consorciadas participar isoladamente.



9 – DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

9.1 – O registro de preços será formalizado por intermédio da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS-ANEXO III, nas condições previstas neste edital.

10 – DO CREDENCIAMENTO

10.1 – A licitante far-se-á apresentar para credenciamento perante a Pregoeira por um representante, devidamente munido de documento, original de Carteira de Identidade ou equivalente, que o credencie a participar deste procedimento licitatório, venha a responder por sua representada, devendo, ainda, no ato de entrega dos envelopes exibir o Contrato Social da Empresa (autenticado ou original).

10.2 – O credenciamento far-se-á por meio de instrumento público de procuração ou instrumento particular **com poderes para formular lances de preços e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame em nome da representada.** (Carta de Credenciamento – Anexo V). Sendo sócio, proprietário, dirigente ou assemelhado da empresa, deverá apresentar somente cópia do respectivo Estatuto ou Contrato Social, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura, ficando neste caso, dispensado da Carta de Credenciamento.

10.3 – A empresa deverá apresentar juntamente com os documentos acima citados a declaração de Fatos Impeditivos (modelo no anexo IV), Declaração de atendimento aos requisitos de habilitação (modelo no anexo VIII), Declaração de Não Parentesco (conforme o anexo X) e Declaração de Idoneidade (conforme o anexo IX), todos fora do envelope.

10.4 – As Sociedades Anônimas deverão apresentar cópia da ata da assembléia geral ou da reunião do Conselho de Administração atinente à eleição e ao mandato dos atuais administradores, que deverá evidenciar o devido registro na Junta Comercial pertinente ou a publicação prevista na Lei 6.404/76 e suas alterações.

10.5 – As empresas que participarem da presente licitação, **será permitido apenas (01) um representante legal que será o único admitido a intervir em nome da mesma.**

10.6 – É vedado a um mesmo procurador, representante legal ou credenciado representar mais de um licitante, sob pena de afastamento das licitantes envolvidas no procedimento licitatório.

10.7 – A ausência do credenciamento implicará na impossibilidade de formulação de lances após a classificação preliminar, bem como a perda do direito de manifestar intenção de recorrer das decisões da Pregoeira, ficando o representante da licitante impedido de se manifestar durante os trabalhos.

11 – DA PROPOSTA DE PREÇOS

11.1 – As Propostas de Preços serão aceitas em formulário fornecido pelo licitante, ANEXO II do Edital e deverá ser apresentada em 01 (uma) via, datilografada ou manuscrita, com carimbo do CNPJ da firma licitante (em todas as folhas) e rubricadas (em todas as folhas), datada e assinada pelo representante



legal da licitante e ainda, sem emendas, rasuras, borrões, acréscimos ou entrelinhas e deverá estar dentro de envelope indevassável e lacrado no fecho.

11.1.1 – Na hipótese da Licitante apresentar formulário próprio, este deverá ser idêntico ao fornecido pelo Licitado, ser feito com o timbre da Empresa, em 01 (uma) via, datilografada ou manuscrita, com carimbo do CNPJ da firma licitante (em todas as folhas) e rubricadas (em todas as folhas), datada e assinada pelo representante legal da licitante e ainda, sem emendas, rasuras, borrões, acréscimos ou entrelinhas e deverá estar dentro de envelope indevassável e lacrado no fecho, sendo certo que qualquer divergência entre o formulário próprio e o Edital/ Termo referência/ Formulário fornecido pelo licitado, PREVALECERÃO todas as informações contida no edital e anexos, contendo na sua parte externa o título.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM.
ENVELOPE Nº 01 – PROPOSTA DE PREÇOS
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061 /21
(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA)

11.1.2 – Quando da abertura do envelope proposta de preços for verificado que a Empresa assinou apenas a última folha, deixando de rubricar as demais, poderá ser sanado durante a sessão o erro material pelo sócio, proprietário, dirigente ou assemelhado da empresa ou pelo Representante Legal da Empresa, desde que todas as folhas estejam carimbadas e datadas, sem emendas, rasuras, borrões, acréscimos ou entrelinhas, sendo certo que deverá constar no Credenciamento ou no instrumento público de procuração ou instrumento particular poderes para realizar o referido ato.

11.2 – CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE DAS PROPOSTAS

11.2.1 – O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento dos seguintes campos:

11.2.1.1 – Menor preço unitário e total do item.

11.2.1.2 – Descrição detalhada do objeto, contendo as informações similares à especificação da proposta de Preços, anexo II do Edital.

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

11.2.3 – Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na contratação.

11.2.4 – Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.



11.2.5 – O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 dias, a contar da data de sua apresentação.

11.2.6 – Não serão aceitas as propostas cujo valor por hora ultrapasse o custo estimado pela Administração.

11.2.7 – Os preços máximos dos itens aceitáveis são os estimados na planilha orçamentária.

11.2.8 – Não serão aceitas as propostas manifestamente inexequíveis.

11.2.9 – Considera-se inexequível a proposta que apresente preços irrisórios e incompatíveis com os preços dos insumos e salários de mercado, acrescidos dos respectivos encargos, ainda que o ato convocatório da licitação não tenha estabelecido limites mínimos.

11.2.10 – Presume-se relativamente inexequível a proposta com valor inferior a 70% do custo estimado pela Administração ou com valor inferior a 70% da média aritmética das propostas aptas apresentadas na data de abertura dos envelopes, o que for menor, conforme art. 48, §1º da L 8666/93.

11.2.10.1 – Para fins do item anterior, considera-se proposta apta aquela que atender ao item 11.2.7 e for superior a 50% do custo estimado pela Administração.

11.2.11 – A pregoeira dará o prazo de 02 dias úteis para a licitante provar que sua proposta é exequível, nos casos de inexequibilidade presumida.

11.2.11.1 – A pregoeira apreciará a prova de exequibilidade em 02 (dois) dias úteis.

11.2.11.2 – Da decisão da pregoeira que considerar inexequível a proposta apresentada caberá recurso, na forma prevista no edital convocatório.

11.2.12 – As licitantes cujas propostas tenham valor unitário inferior a 80% (oitenta por cento) do menor valor a que se refere o item 11.2.10 será exigida, para a assinatura da Ata de Registro de Preços, prestação de garantia adicional, dentre as modalidades previstas no § 1º do art. 56 da L8.666/93, igual a diferença entre o valor resultante do item 11.2.10 e o valor da correspondente proposta.

11.2.13 – Os preços deverão ser expressos em moeda corrente no país, todos em algarismos arábicos, com no máximo duas casas decimais para os centavos, pelo qual a licitante se propõe a fornecer o objeto.

11.2.14 – Em nenhuma hipótese poderá ser alterada a Proposta apresentada, seja quanto ao preço, forma de pagamento, prazos ou outra condição que importe em modificação dos termos originais, ressalvado o disposto no item 11.1.2.

11.2.15 – Serão admitidas no conjunto das propostas quaisquer informações complementares que visem esclarecer eventuais omissões e dúvidas pertinentes ao objeto do certame, ou à situação do proponente, cujo conteúdo será dirimido pela Pregoeira, podendo considerá-las ou não, conforme a importância.



11.2.16 – Serão desclassificadas as Propostas elaboradas em desacordo com os termos deste edital.

12 – HABILITAÇÃO

12.1 – O envelope contendo a documentação de **HABILITAÇÃO** deverá ser indevassável, lacrado e rubricado no fecho, contendo a sua parte externa o Título.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
ENVELOPE 002 – HABILITAÇÃO
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS
Nº 061 /21
(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA)

12.2 – HABILITAÇÃO JURÍDICA:

12.2.1 – Para a sociedade comercial, a apresentação do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, em versão consolidada ou com sua última alteração, com a inscrição no registro público de empresas mercantis na junta comercial da respectiva sede, junto a documento comprobatório de seus administradores;

12.2.2 – Para as empresas individuais, inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da junta comercial da respectiva sede;

12.2.3 – Para as sociedades anônimas, junto ao ato constitutivo deverá ser apresentada a ata da assembleia geral ou da reunião do conselho de administração atinente à eleição e ao mandato dos atuais administradores, evidenciando o devido registro na junta comercial pertinente ou a publicação prevista na Lei 6.404/76 e suas alterações.

12.2.4 – Para as sociedades estrangeiras, junto ao ato constitutivo deverá ser apresentado o Decreto de autorização para que se estabeleçam no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.

12.2.5 – Para as sociedades simples, a inscrição do ato constitutivo no registro civil das pessoas jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

12.2.6 – Para as sucursais, filiais ou agências, a inscrição no registro público de empresas mercantis onde opera, com averbação no registro onde tem sede a matriz;

12.2.7 – Para o microempreendedor individual, em substituição à inscrição no registro público de empresas mercantis na junta comercial da respectiva sede, poderá ser apresentado o Certificado de Condição de Microempreendedor Individual (CCMEI);

12.2.8 – Cédula de identidade dos sócios e/ou diretores;

12.2.9 – Declaração de cumprir o art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal (conforme o anexo VI do Edital).



12.3 – DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À REGULARIDADE FISCAL:

12.3.1 – Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual e licitado;

12.3.2 – Comprovante de Inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes - CNPJ;

12.3.3 – Certidão de Regularidade com a Previdência Social (INSS);

12.3.4 – Certidão de Regularidade com o FGTS emitida pela Caixa Econômica Federal;

12.3.5 – Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;

12.3.6 – Certidão de Regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a tributos estaduais;

12.3.6.1 – Certidão emitida pela Procuradoria Geral do Estado, caso tenha sede no Estado do Rio de Janeiro.

12.3.7 – Certidão de regularidade para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante.

12.3.8 – Prova da inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos da Lei 12.440/2011 – CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

12.4 – QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

12.4.1. A apresentação da certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor do local do principal estabelecimento da pessoa jurídica, na forma do art. 3º da L. 11.101/05, não sendo causa de inabilitação da licitante a anotação de distribuição de processo de recuperação judicial ou pedido de homologação extrajudicial, caso haja comprovação de que o plano já tenha sido aprovado ou homologado pelo juízo competente, quando da entrega da documentação de habilitação.

12.4.2 – A apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta, aceitos, alternativamente:

1 – por publicação em diário oficial;

2 – por publicação em jornal;

3 – por cópia ou fotocópia de livro diário incluindo os termos de abertura e encerramento devidamente registrado na Junta Comercial da sede ou domicílio do proponente;



4 – por Escrituração Contábil Digital (ECD), através da apresentação de cópias das respectivas folhas do SPED, inclusive do termo de abertura e encerramento, devidamente transmitido via eletrônica, e obrigatoriamente observado o prazo de entrega estipulado no art. 1078 do Código Civil.

12.4.3 – A comprovação da boa situação financeira da empresa, constatada mediante obtenção do índice de Liquidez Geral (LG) igual ou superior a 1,0 (um inteiro e zero décimos), resultante da aplicação da fórmula $LG = (AC + RLP) / (PC + PNC)$, onde AC é ativo circulante, RLP é realizável em longo prazo, PC é passivo circulante e PNC é passivo não circulante, vedado arredondamento do cálculo.

12.4.4 – A licitante que apresentar resultado inferior a 1,0 (um inteiro e zero décimos) do índice de Liquidez Geral (LG) deverá comprovar, considerados os riscos para a Administração, o patrimônio líquido mínimo de 10% do valor estimado dos itens vencidos pelo licitante.

12.4.5 – Em caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade.

12.4.6 – Em caso de haver previsão legal ou previsão no contrato social, admite-se a apresentação de balanço patrimonial intermediário.

12.4.7 – O licitante enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar nº 123/ 2006 estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal e da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício.

12.5 – QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

12.5.1 - Comprovação de capacidade técnico-operacional, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, em favor da licitante, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, assinado por representante legal ou funcionário autorizado, discriminando o teor da contratação e os dados da contratada, que comprove que a licitante forneceu bens em prazo, características e quantidades compatíveis os descritos no instrumento convocatório e seus anexos.

12.7 – DAS MICROEMPRESAS OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

12.7.1 – As microempresas e empresas de pequeno porte, para utilizarem as prerrogativas estabelecidas na Lei Complementar nº 123/2006, deverão apresentar fora de qualquer dos envelopes, além de todos os documentos previstos no item 12 deste edital:

12.7.2 – Em se tratando de ser a licitante, Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Micro empreendedor Individual, para utilizar a prerrogativa estabelecida na Lei Complementar n.º 123/2006, deverá se qualificar como tal, entregando, fora do envelope, à Pregoeira, ainda na fase de credenciamento, Declaração, assinada pelo representante legal da empresa, de que se enquadra como



microempresa ou empresa de pequeno porte ou Micro Empreendedor Individual, e de que não se enquadra em nenhum dos casos enumerados no § 4º do art. 3º da referida Lei (ANEXO VII).

12.7.3 – A microempresa ou empresa de pequeno porte deverá apresentar os documentos de regularidade fiscal, mesmo que apresentem alguma restrição, caso seja adjudicatária deste certame, nos termos do art. 43 da Lei Complementar nº 123/2006.

12.7.4 – Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal exigida neste edital, será assegurado à microempresa ou empresa de pequeno porte adjudicatária deste certame o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do momento em que for declarada a vencedora, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

12.7.5 – A falta de regularização da documentação no prazo previsto neste edital implicará a decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, sendo facultado à Administração convocar as licitantes remanescentes para celebrar a contratação, na ordem de classificação, ou revogar a licitação.

13 – AUTENTICAÇÃO E ACEITAÇÃO DOS DOCUMENTOS

13.1 – A documentação exigida para a habilitação poderá ser apresentada em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente, publicação em órgão da imprensa oficial ou por cópia não autenticada, desde que sejam exibidos os originais para autenticação pela Pregoeira ou Equipe de Apoio. A Autenticidade do documento poderá ainda, ser verificada, pela Equipe de Apoio, através de consulta via Internet aos “sites” dos órgãos emitentes dos documentos.

13.2 – Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus anexos.

13.3 – Serão inabilitadas as empresas que não satisfizerem as exigências estabelecidas para a habilitação.

13.4 – As firmas já cadastradas na Prefeitura Municipal de Bom jardim não ficam eximidas de apresentar dentro do envelope Habilitação todas as documentações exigidas no presente edital.

13.5 – As Certidões Negativas de Débitos (CND) Apresentadas sem indicação do prazo de validade, serão consideradas como válidas por 90 (noventa) dias a contar da data de sua expedição.

13.6 – Serão aceitas certidões positivas com efeito de negativa e certidões positivas, que noticiem que os débitos certificados estão garantidos ou com sua exigibilidade suspensa;

14 – DO JULGAMENTO:



14.1 – No local, dia e hora previstos neste edital, em sessão pública, deverão comparecer as licitantes, com as declarações mencionadas no item **10.3 do Edital e os envelopes PROPOSTA E HABILITAÇÃO**, apresentados na forma anteriormente definida;

14.2 – O julgamento do certame será realizado em uma ou mais sessões públicas; sempre com a lavratura da respectiva ata circunstanciada, assinada pelas licitantes presentes, pela Pregoeira e demais membros da equipe de apoio;

14.3 – Após a fase de credenciamento das licitantes, na forma do disposto no **item 10, a** Pregoeira procederá a abertura das propostas de preços, verificando, preliminarmente, a conformidade das propostas com os requisitos estabelecidos no instrumento convocatório e seus anexos, com a consequente divulgação dos preços ofertados pelas licitante classificadas;

14.4 – Para julgamento e classificação das propostas será adotado o critério de **MENOR PREÇO UNITÁRIO**, observados o prazo máximo de prestação de serviços, as especificações e parâmetros de qualidade definidos neste edital.

14.4.1 – Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências do presente edital, que apresentarem preços manifestamente inexequíveis e *preços unitários superiores ao estimado pela Administração*.

14.4.1.1 – Será considerada vencedora a licitante que oferecer a proposta de **MENOR PREÇO POR ITEM**;

14.4.2 – De acordo com a Lei de Licitações artigo 48 Inciso II §1º, alíneas a e b, preços manifestadamente inexequíveis são aqueles que não venham a ter demonstrada sua viabilidade através de documentação que comprove que os custos dos insumos são coerentes com os de mercado e que os coeficientes de produtividade são compatíveis com a execução do objeto do contrato, condições estas necessariamente especificadas no ato convocatório da licitação. No caso de licitações de menor preço para obras e serviços de engenharia, as propostas cujos valores sejam inferiores a 70% (setenta por cento) do menor dos seguintes valores: **a)** média aritmética dos valores das propostas superiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Administração, ou **b)** valor orçado pela Administração. Bem como, § 2º Dos licitantes classificados na forma do anterior cujo valor global da proposta for inferior a 80% (oitenta por cento) do menor valor a que se referem as alíneas "a" e "b", será exigida, para a assinatura do contrato, prestação de garantia adicional, dentre as modalidades previstas no § 1º do art. 56, igual a diferença entre o valor resultante do parágrafo anterior e o valor da correspondente proposta.

14.5 – Serão qualificados pela Pregoeira, para ingresso na fase de lances o autor da proposta de menor preço por hora e todos os demais licitantes que tenham apresentado propostas em valores sucessivos e superiores em até 10% (dez por cento) à de menor preço por hora.



14.6 – Não havendo pelo menos 3 (três) ofertas nas condições definidas no item antecedente, poderão os autores das melhores propostas, até o máximo de 3 (três), oferecer novos lances verbais e sucessivos, quaisquer que sejam os preços oferecidos.

14.7 – Caso duas ou mais propostas escritas apresentarem preços iguais, será realizado sorteio, também, para determinação da ordem de oferta dos lances.

14.8 – A Pregoeira convidará individualmente as licitantes qualificadas a apresentarem os lances verbais, a começar pelo autor da proposta escrita de maior preço por hora seguido dos demais, em ordem decrescente de valor;

14.9 – A Pregoeira poderá, motivadamente, estabelecer limite de tempo para lances, bem como o valor ou percentual mínimo para redução dos lances, mediante prévia comunicação aos licitantes e expressa menção na ata da Sessão;

14.10 – Só serão aceitos lances cujos valores sejam INFERIORES ao último apresentado;

14.11 – A desistência de apresentar lance verbal, quando convocada pela Pregoeira, implicará na exclusão da licitante da etapa de lances verbais e na manutenção do último lance apresentado pela licitante para efeito de ordenação das propostas;

14.12 – A desistência dos lances já ofertados sujeitará a licitante às penalidades previstas nos itens de penalidades dos termos de referências.

14.13 – O encerramento da etapa competitiva dar-se-á quando, indagados pela Pregoeira, as licitantes qualificadas manifestarem seu desinteresse em apresentar novos lances, ou quando encerrado o prazo estipulado na forma do subitem 14.9;

14.14 – Examinada a proposta classificada em primeiro lugar, quanto ao objeto e preço, caberá à Pregoeira decidir motivadamente a respeito de sua aceitabilidade, vedada a aceitação de propostas cujos preços dos itens sejam superiores aos estimados na Planilha de Quantitativos e preços, conforme previsto no item 3.3 deste Edital.

14.15 – A microempresa ou a empresa de pequeno porte mais bem classificada, nos termos do art. 44 da Lei Complementar nº 123/2006, com preços iguais ou até 5 % (cinco por cento) superior à proposta de melhor preço, será convocada para apresentar nova proposta no prazo máximo de 5 minutos após o encerramento dos lances, sob pena de preclusão, de acordo com o estabelecido no § 3º, art. 45, da Lei Complementar nº 123/06.

14.15.1 – Não ocorrendo a apresentação da proposta da microempresa ou empresa de pequeno porte, na forma do subitem 14.15, serão convocadas, na ordem classificatória, as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese acima, para o exercício do mesmo direito.



14.15.2 – O disposto no subitem 14.15 somente se aplicará quando **a melhor oferta inicial** não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

14.16 – A Pregoeira poderá negociar diretamente com a licitante vencedora para que seja obtido melhor preço aceitável, devendo esta negociação se dar em público e ser formalizada em ata;

14.17 – Sendo aceitável a proposta final classificada em primeiro lugar, após negociação com a Pregoeira, será aberto o envelope contendo a documentação de habilitação da licitante que a tiver formulado, **para confirmação das suas condições de habilitação, descrita no item 12 do Edital**, assegurado-se ao já cadastrado no Cadastro de Fornecedores e Prestadores de Serviços da Prefeitura Municipal de Bom Jardim, o direito de apresentar a documentação atualizada e regularizada na própria sessão de apreciação dos documentos;

14.18 – Verificado o atendimento das exigências de habilitação fixadas no edital, a Pregoeira declarará a licitante vencedora, caso nenhum licitante manifeste a intenção de recorrer;

14.19 – Caso a licitante vencedora desatenda as exigências de habilitação, a Pregoeira examinará as ofertas subsequentes, na ordem de classificação, verificando, conforme o caso, a aceitabilidade da proposta e o atendimento das exigências de Habilitação, até que uma licitante cumpra as condições fixadas neste edital, sendo o objeto do certame a ela adjudicado, quando constatado o desinteresse dos demais licitantes na interposição de recursos;

14.20 – Na reunião lavrar-se-á ata, em que serão registradas as ocorrências relevantes, e, ao final, será assinada pela Pregoeira e demais membros de equipe de apoio, bem como pelas licitantes presentes. A recusa da licitante em assinar a ata, bem como a ausência de participante naquele momento será circunstanciada em ata;

14.21 – A Pregoeira manterá em seu poder os envelopes de habilitação dos demais licitantes até a formalização do contrato com a adjudicatária, sendo assegurado o prazo máximo de 150 (cento e cinquenta) dias corridos para a retirada do mesmo, sob pena de destruição.

15 – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

15.1 – Ao final da sessão e declarada a licitante vencedora pela Pregoeira, qualquer licitante poderá manifestar imediatamente e motivadamente a intenção de recorrer, com registro em ata da síntese das suas razões desde que munido de carta de credenciamento ou procuração com poderes específicos para tal. As licitantes poderão interpor recurso no prazo de 3 (três) dias úteis, ficando os demais licitantes desde logo intimados para apresentar contrarrazões por igual prazo, que começará a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada a vista imediata dos autos;

15.2 – A falta de manifestação imediata e motivada da licitante importará a decadência do direito de recurso e a adjudicação do objeto da licitação pela Pregoeira ao vencedor;



15.3 – O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento;

15.4 – A petição poderá ser feita na própria sessão de recebimento, e, se oral, será reduzida a termo em ata;

15.5 – O recurso contra decisão da Pregoeira não terá efeito suspensivo;

15.6 – Os recursos e as contrarrazões interpostos pelas licitantes deverão ser entregues no Protocolo da Prefeitura Municipal de Bom Jardim, situado na Praça Governador Roberto Silveira, nº 44, Centro – Bom Jardim, no horário das 9:00 às 12:00 horas e 13:00 às 17:00 horas, diariamente, exceto aos sábados domingos e feriados;

15.7 – Os recursos e as contrarrazões serão dirigidos à Pregoeira, que poderá reconsiderar ou enviar para a Autoridade Competente, que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, decidirá de forma fundamentada;

15.8 – Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos praticados, a Autoridade Competente adjudicará o objeto e homologará o procedimento licitatório;

15.9 – Dos atos da Administração, após a Adjudicação, decorrentes da aplicação da Lei no 8.666/93, caberá:

I – recurso, dirigido à Autoridade Competente, por intermédio da Pregoeira, interposto no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, a ser protocolizado no endereço referido no subitem 15.6 deste Edital, nos casos de:

- a) anulação ou revogação da licitação;
- b) rescisão do Contrato, a que se refere o inciso I do artigo 79 da Lei no 8.666/93;
- c) aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou multa.

II – representação, no prazo de 05 (cinco) dias úteis da intimação da decisão relacionada com o objeto da licitação ou do Contrato, de que não caiba recurso hierárquico;

III – pedido de reconsideração de decisão da Autoridade Competente, no caso de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, no prazo de 10 (dez) dias úteis da intimação do ato.

15.10 – O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio da que praticou o ato recorrido, a qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhá-lo devidamente informado àquela autoridade. Neste caso, a decisão deverá ser proferida dentro de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do recurso, sob pena de responsabilidade (§ 4º do artigo 109 da Lei no 8.666/93).



15.11 – Interposto, o recurso será aberto prazo aos demais licitantes, que poderão impugná-lo em até 5 (cinco) dias úteis.

15.12 – A intimação dos atos referidos no inciso I do subitem 15.9, excluindo-se as penas de advertência e multa de mora, e no inciso III, será feita mediante publicação no órgão oficial do Município.

16 – DINÂMICA DE EXECUÇÃO E RECEBIMENTO DO CONTRATO

Vide termo de referência

17 – DURAÇÃO, ALTERAÇÃO, CANCELAMENTO E REVOGAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

17.1 – A ata de registro de preços terá duração de 12 meses, com eficácia na forma do art. 61, parágrafo único da Lei Federal nº 8.666/93, sendo vedada sua prorrogação.

17.2 – As contratações oriundas da ata de registro de preços terão duração idêntica a esta, observados os prazos para fornecimento e pagamento pela Administração.

17.3 – As obrigações disciplinadas na ata de registro de preços e no instrumento convocatório poderão ser alteradas por comum acordo das partes, após justificativa da Administração, nas seguintes hipóteses:

17.3.1 – Quando conveniente a substituição de garantia de execução;

17.3.2 – Quando necessária a modificação da forma de fornecimento ou da dinâmica de execução, em razão da verificação técnica de inaplicabilidade dos termos originais;

17.3.3 – Quando necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes, mantido o valor inicial atualizado, sendo vedada a antecipação do pagamento sem a correspondente contraprestação do fornecimento;

17.3.4 – Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos da CONTRATADA e a retribuição da Administração para a justa remuneração, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial, quando sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

17.4 – O registro do fornecedor será cancelado quando:

17.4.1 – Descumprir as condições da ata de registro de preços;

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

17.4.3 – Não aceitar reduzir o seu preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou



17.4.4 – Sofrer sanção administrativa cujo efeito torne-o proibido de celebrar contrato administrativo, alcançando o órgão gerenciador e órgão(s) participante(s).

17.5 – O cancelamento de registros será formalizado por despacho do órgão gerenciador, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

17.6 – O cancelamento do registro de preços poderá ocorrer por fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados por razão de interesse público ou a pedido do fornecedor.

17.7 – A ata de registro de preços será revogada quando não restarem fornecedores registrados ou por razões de interesse público, devidamente fundamentado.

18 – CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA

Vide termo de referência

19 – PENALIDADES

Vide termo de referência

20 – FORMA DE PAGAMENTO

Vide termo de referência

21 – GESTOR DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS E ATRIBUIÇÕES

Vide termo de referência

22 – FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E ATRIBUIÇÕES

Vide termo de referência

23 – SUBCONTRATAÇÃO

Vide termo de referência

24 – GARANTIA DE EXECUÇÃO

Vide termo de referência

25 – DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

25.1 – Qualquer empresa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório do presente pregão, protocolizando pedido em até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para o recebimento das propostas, no endereço: Praça Governador Roberto Silveira, 44, Centro, Bom Jardim - RJ, deste edital, cabendo ao Secretário Municipal sobre a petição até o prazo de 03 (três) dias úteis, conforme Portaria Municipal nº 425/17, de 16 de novembro de 2017.

25.2 – Caso seja acolhida a petição contra o ato convocatório, será designada nova data para realização do certame, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas.



26– DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

26.1 – Os créditos pelos quais as despesas relativas à presente licitação correrão por conta das seguintes dotações orçamentária.

PROG. DE TRABALHO	NAT. DESPESA
0800.1030100652.075	3390.39.00
0800.1030100652.207	3390.39.00

27 – DO EDITAL

27.1 – O Edital estará disponível aos interessados em participar do certame no Setor de Licitações do Município, situada na Praça Governador Roberto Silveira, nº 44, Centro – Bom Jardim (2º andar – Comissão Geral de Licitações e Compras), de segunda-feira a sexta-feira, das 09h às 12h e das 13h às 17h, bem como no site da Prefeitura Municipal de Bom Jardim – RJ, através do link www.bomjardim.rj.gov.br.

28 – PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES

28.1 – Todas as comunicações entre a Administração e a CONTRATADA serão feitas por escrito, preferencialmente por meio eletrônico.

28.2 – A CONTRATADA, ao apresentar sua proposta comercial, deverá informar seu endereço para correio eletrônico, ou caso não disponha, o seu endereço comercial para recebimento das comunicações.

28.3 – Presumem-se válidas as intimações e comunicações dirigidas aos endereços informados pela CONTRATADA, incluindo as comunicações por meios eletrônicos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada à Administração, fluindo os prazos a partir da juntada do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço.

28.4 - Fica facultado à Administração comunicar à Contratada por meio de publicação em órgão da imprensa oficial, caso os métodos usuais não sejam efetivos, sem prejuízo do previsto no item 28.3

29 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

29.1 – É facultado a Pregoeira ou autoridade superior, em qualquer fase da licitação, promover diligência a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informação que deveria constar no ato da sessão pública.



29.1.1 – A Pregoeira poderá a qualquer momento convocar funcionário competente da Prefeitura para esclarecer eventuais dúvidas técnicas relacionadas à especificação dos itens e a proposta apresentada pelas empresas.

29.2 – Os proponentes assumirão todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas, não cabendo ao Município de Bom Jardim responsabilidade por qualquer custo, independente da condução ou do resultado do processo licitatório.

29.3 – Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

29.4 – Após a apresentação da proposta, não caberá desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Pregoeira.

29.5 – Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local estabelecidos, desde que não haja comunicação diversa por parte da Pregoeira.

29.6 – Na contagem dos prazos estabelecidos neste edital, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, iniciando-se os prazos em dias de expediente da Prefeitura Municipal de Bom Jardim.

29.7 – O desatendimento à exigências formais não essenciais e sanáveis não importará na exclusão do licitante, desde que seja possível a exata compreensão da sua proposta e a aferição da sua habilitação durante a realização da sessão pública de pregão.

29.8 – As normas que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, em comprometimento da segurança do futuro contrato.

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

29.10 – As disposições estabelecidas neste edital poderão ser alteradas, observadas as disposições do Parágrafo 4º do art. 21 da Lei 8.666/93.

29.11 – O recebimento dos envelopes não gera nenhum direito para o licitante perante o Município.

29.12 – Fica assegurado ao Município de Bom Jardim, sem que caiba aos licitantes indenizações:

- a) Adiar a data da abertura da presente licitação, dando disso conhecimento aos interessados, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas;
- b) Revogar, no todo ou em parte, a presente licitação, dando disso ciência aos interessados e anular a presente licitação, dando disso ciência aos interessados.

29.13 – Fica eleito o foro da Comarca de Bom Jardim, para dirimir quaisquer questões ou controvérsias oriundas da presente licitação, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.



29.14 – A participação das empresas interessadas nesta licitação implicará no total conhecimento das condições estabelecidas neste Edital e em seus anexos, bem como das normas legais e regulamentares que regem a matéria, ficando consignado que na hipótese de ocorrência de casos omissos, estes serão solucionados à luz das disposições contidas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, na Lei Federal nº 10.520, no Decreto Municipal nº 1.393/05 e no Decreto Municipal nº 2156/10, e demais normas pertinentes, com suas posteriores alterações.

29.15 – Qualquer pedido de esclarecimento em relação e eventuais dúvidas na interpretação do presente Edital e seus Anexos, deverão ser encaminhadas para o e-mail: licitacao.bomjardim@gmail.com, ou ainda, feitas pessoalmente a Pregoeira, no horário de 9:00 às 12:00 horas e 13h00min. às 17h00min., na Praça Governador Roberto Silveira nº 44 , 2º andar, Centro, Bom Jardim/RJ, onde poderá ser retirada cópia integral do Edital e seus anexos, tel (22) 2566–2916 ou 2566–2316.

30 – ANEXOS QUE INTEGRAM ESTE EDITAL

Os anexos que integram este Edital, como partes inseparáveis, são os seguintes:

- 30.1 – ANEXO I – Termo Referência
- 30.2 – ANEXO II – Proposta de Preços
- 30.3 – ANEXO III – Minuta da Ata de Registro de Preços
- 30.4 – ANEXO IV – Modelo de Declaração de Fatos Impeditivos
- 30.5 – ANEXO V – Modelo de Carta de Credenciamento
- 30.6 – ANEXO VI – Modelo de Declaração relativa a trabalho de menores
- 30.7 – ANEXO VII – Modelo Declaração ME ou EPP
- 30.8 – ANEXO VIII – Declaração de Atendimento aos Requisitos de Habilitação
- 30.9 – ANEXO IX – Declaração de Idoneidade.
- 30.10 – Anexo X – Declaração de Não Parentesco
- 30.11 – ANEXO XI – Minuta de Contrato

Bom Jardim, 10 de Novembro de 2021.

Wueliton Pires
Secretário Municipal de Saúde



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061 /2021
ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

1 – DEFINIÇÃO DO OBJETO

1.1 – O presente Termo de Referência destina-se a estabelecer os parâmetros mínimos para eventual e futura aquisição de MATERIAL GRÁFICO mediante o Sistema de Registro de Preços, para atender a demanda das Unidades de Saúde, CAPS, CREAPSIS e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde.

1.2 – DETALHAMENTO DO OBJETO

1.2.1 – Serão registrados os preços dos seguintes bens, em suas respectivas qualidades e quantidades:

ITEM	DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	PREVISÃO MÍNIMA ANUAL	PREVISÃO MÁXIMA ANUAL
01	ATESTADO DE SAÚDE – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 01	BLOCO	100	200



02	ATESTADO MÉDICO – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 02	BLOCO	100	200
03	AUTO DE APREENSÃO em papel Autocopiativo, 25x3 picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 03	BLOCO	02	03
04	AUTO DE INFRAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 04	BLOCO	02	03
05	AUTO DE MULTA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 05	BLOCO	02	03
06	AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 06	BLOCO	10	20
07	BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 07	BLOCO	100	200
08	CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA 180 gr Em conformidade com anexo 08	UNID	2.500	4.000
09	CARTÃO DE GESTANTE – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 09	UNID	2.500	3.000
10	COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. 10x13 cm Em conformidade com anexo 10	UNID	850	1.500
11	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO – 100 folhas tam. 12x18 cm (ou meia folha A4) Em conformidade com anexo 11	BLOCO	100	250
12	EXAME DE ALTO CUSTO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 12	BLOCO	200	300
13	EXAMES SOLICITADOS SIMPLES – 100 folhas tam. 11x15 cm Em conformidade com anexo 13	BLOCO	1.280	1.300
14	FICHA DE REGISTRO DO VACINADO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 14	BLOCO	100	200
15	FICHA DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. 20x14,5 cm Em conformidade com anexo 15	UNID	700	1.400
16	FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 16	BLOCO	15	30
17	FICHA MÉDICA DA GESTANTE – 100	BLOCO		



	folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 17		15	30
18	FOLHA DE FREQUÊNCIA MENSAL (FISIOTERAPIA) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 18	BLOCO	05	10
19	FOLHA TIMBRADA A4 com logotipo COLORIDO, 75 gr/m ² - Bloco com 100 folhas Em conformidade com anexo 19, em cores (arquivo a ser enviado)	BLOCO	02	10
20	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 20	BLOCO	100	150
21	MARCAÇÃO DE CONSULTA – 100 folhas tam. 9,5x5 cm Em conformidade com anexo 21	BLOCO	500	1.000
22	PLANILHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURATIVO E AFINS PARA PACIENTE – 100 folhas tam. Meia Folha A4 Em conformidade com anexo 22	BLOCO	20	100
23	PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL CORRELATO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 23	BLOCO	15	40
24	PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 24	BLOCO	15	40
25	PRONTUÁRIO MÉDICO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 25	BLOCO	500	1.000
26	RECEITUÁRIO BRANCO COMUM – 100 folhas tam. 10x21 cm Em conformidade com anexo 26	BLOCO	2.500	3.000
27	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL – 2 VIAS – 100 folhas tam. 15,5x22 cm, Gr 56, 1ª via branca e 2ª via rosa Em conformidade com anexo 27	BLOCO	550	700
28	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL TIPO B NA COR AZUL COM 50 FOLHAS Gr 56 Modelo em conformidade com anexo 28 – mesma cor do canhoto da receita anexado	TALÃO	400	450
29	REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 29	BLOCO	100	200
30	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 30	BLOCO	400	500
		BLOCO		



31	SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 31		50	150
32	SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA- 100 folhas tam. A4gr 56 Em conformidade com anexo 32	BLOCO	150	200
33	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO- 100 UNIDADES GR 56 Em conformidade com anexo 33	BLOCO	50	100
34	BOLETIM DE INSPEÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, 3 vias (branco, amarelo e azul) numeradas Em conformidade com anexo 34	BLOCO	04	05
35	FICHA DE VISITA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. 14X9 CM Em conformidade com anexo 35	BLOCO	20	25
36	FICHA DE VISTORIA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 36	BLOCO	10	15
37	PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE – PMCD (VIG. AMBIENTAL) – RESUMO SEMANAL DOS AGENTES – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 37	BLOCO	10	15
38	REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 38	BLOCO	35	40
39	BOLETIM DE CAMPO LIRAa 75g/m² Em conformidade com anexo 39	UNID	250	300
40	CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4 Em conformidade com anexo 40	LIVRETO	300	350
41	CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4 Em conformidade com anexo 41	LIVRETO	300	350
42	CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO – 03 páginas – capa em papel cartão 180 g e página única, frente e verso, em papel 120 g tam 16 x 12 cm Em conformidade com anexo 42	LIVRETO	300	350
43	CADASTRO DOMICILIAR – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 43	BLOCO	50	150
44	DECLARAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 44	BLOCO	50	150
45	ETIQUETA LIRAa, 75 g/m² e 07x05 cm	UNID		



	Em conformidade com anexo 45		350	500
46	FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE E ACOMPANHAMENTO/SISPRENATAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 46	BLOCO	05	10
47	FICHA DE CONSULTA À PUÉPERA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 47	BLOCO	50	100
48	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 48	BLOCO	150	200
49	FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 49	BLOCO	250	300
50	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL (E-SUS) (FRENTE E VERSO) – 100 FOLHAS tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 50	BLOCO	10	25
51	FICHA DE LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE BPA – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 51	BLOCO	30	150
52	FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 52	BLOCO	90	100
53	FICHA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO INSERIDOS NAS LISTAGENS OFICIAIS – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 53	BLOCO	40	80
54	PLANILHA DE CONTROLE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 54	BLOCO	90	100
55	PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 55	BLOCO	10	25
56	REFERÊNCIA ODONTOLÓGICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 56	BLOCO	20	25
57	REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL – 2 VIAS – 50 folhas – ENUMERADAS tam. 11x16 cm-1ª via branca e 2ª via amarela Em conformidade com anexo 57	BLOCO	144	300
58	TERMO DE ADVERTÊNCIA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folllhas Em conformidade com anexo 58	BLOCO	02	03
59	TERMO DE APREENSÃO DE AMOSTRAS em papel Autocopiativo 25x3, picotadas,	BLOCO	02	03



	impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 59			
60	TERMO DE INTERDIÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 60	BLOCO	02	03
61	TERMO DE INTIMAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 61	BLOCO	04	05
62	CAPA DE PROCESSO – PAPEL BRANCO 180 gr/m² tam. 23,5x32,5 cm Em conformidade com anexo 62	UNIDADE	350	500
63	FICHA DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA – 100 FOLHAS tam Folha A4 Em conformidade com anexo 63	BLOCO	20	25
64	BANNER IMPRESSO, sem armação, em material lona, medidas: 342x93cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 64 em cores (arquivo a ser enviado)	UNIDADE	01	10
65	BANNER IMPRESSO, em material lona, medidas: 115x60cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 65 em cores (arquivo a ser enviado)	UNID	01	05
66	Tabela de registro de produção diária (Bloco com 100 folhas, tamanho, folha A4), conforme com anexo 66	BLOCO	15	25

1.2.2 – Os itens serão fornecidos de acordo com as solicitações requisitadas pela Secretaria de Saúde, devendo os mesmos serem entregues junto ao setor responsável, ficando a Administração no direito de solicitar apenas quantidade estritamente necessária, sendo as despesas com a entrega de responsabilidade da empresa contratada.

1.2.3 - As quantidades máximas e mínimas ora dispostas são mera estimativa, elaboradas com intuito de orientar a empresa na apresentação de sua proposta, não obrigando a Administração a adquirir a quantidade integral dos bens.

1.3 – SITUAÇÕES QUE ORIGINA A DEMANDA

A aquisição de material gráfico faz-se necessária para atender a demanda das unidades subordinadas a Secretaria Municipal de Saúde, por período estimado de 12 (doze) meses, a fim de que possa ser realizado o trabalho administrativo de forma mais ampla e eficaz.



As fichas gráficas são necessárias e indispensáveis para acompanhamento médico aos usuários da rede municipal.

1.4 – ESTUDOS TÉCNICOS QUE EMBASAM A SOLUÇÃO

O Setor de Almoxarifado analisou o consumo de cada setor subordinado à Secretaria de Saúde, para indicar, o mais precisamente possível, a demanda necessária ao atendimento para 12 (doze) meses. Por tratar-se de aquisição simplificada não foi elaborado estudo técnico preliminar.

1.5 – JUSTIFICATIVA DA QUANTIDADE

Os quantitativos especificados baseiam-se no consumo médio mensal de 3(três) anos anteriores, apontado pelo Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde, com um acréscimo de segurança, para atender eventual demanda.

1.6 – JUSTIFICATIVA DO PARCELAMENTO

Tendo em vista o objetivo de propiciar a ampla participação dos licitantes, sem prejuízos ou perda de economia, fez-se a opção pelo parcelamento da solução, com a aquisição pelo **MENOR PREÇO POR ITEM**.

2 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

2.1 – A CONTRATADA deve cumprir todas as obrigações constantes no instrumento convocatório, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa execução do objeto e, ainda:

2.1.1 – Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Termo de Referência e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, que constará as especificações referentes ao objeto.

2.1.2 – Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990);

2.1.3 – Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado pela Administração, o objeto com avarias ou defeitos;

2.1.4 – Comunicar à Administração, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

2.1.5 – Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

2.1.6 – Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;



2.1.7 – Comunicar à Administração sobre qualquer alteração no endereço, conta bancária ou outros dados necessários para recebimento de correspondência, enquanto perdurar os efeitos da contratação;

2.1.8 – Receber as comunicações da Administração e respondê-las ou atendê-las nos prazos específicos constantes da comunicação;

2.1.9 – Arcar com todas as despesas diretas e indiretas decorrentes do objeto, tais como tributos, encargos sociais e trabalhistas, transporte, depósito e entrega dos objetos.

3 – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO

3.1 – A Administração está sujeita às seguintes obrigações:

3.1.1 – Emitir a ordem de início e receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos;

3.1.2 – Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do instrumento convocatório e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

3.1.3 – Comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

3.1.4 – Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da CONTRATADA, através de comissão ou servidor especialmente designado para tanto, aplicando sanções administrativas em caso de descumprimento das obrigações sem justificativa;

3.1.5 – Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no instrumento convocatório e seus anexos;

3.2 – A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da CONTRATADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

4 – DINÂMICA DE EXECUÇÃO E RECEBIMENTO DO CONTRATO

4.1 – A Administração emitirá por escrito ordem de fornecimento, com a quantidade e identificação dos bens que serão fornecidos indiretamente, de forma parcelada, o local de fornecimento, o prazo máximo para a entrega, a identificação e assinatura do gestor responsável pela emissão da ordem e a identificação da pessoa jurídica a que se destina a ordem.

4.2 – Os bens a serem adquiridos serão fornecidos em remessa parcelada, conforme ordens de fornecimento, em prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após o recebimento desta, no seguinte endereço: Almoxarifado da Secretaria de Saúde, sito a Avenida Tancredo Neves, 441- Térreo – Edifício Filinho – Bairro Maravilha – Bom Jardim/RJ, de 2ª a 6ª feira de 09:00 as 16:00 hs. Os mesmos deverão ser conferidos e recebidos pelo Chefe do setor, que atestará a Nota Fiscal ou alguém delegado por ele, devendo ser servidor estatutário.



4.3 – O prazo para conclusão do fornecimento dos bens requisitados poderá ser prorrogado, mediante justificativa idônea e autorização expressa da fiscalização do contrato, mantidas as demais condições da contratação.

4.4 – Os itens serão recebidos provisoriamente pelo responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no instrumento convocatório, em seus anexos ou na proposta.

4.5 – Os itens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes no instrumento convocatório, em seus anexos ou na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 15 dias úteis, a contar da notificação ao adjudicatário, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

4.6 – Os itens serão recebidos definitivamente no prazo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado ou ateste das notas fiscais.

4.7 – Caso a verificação de conformidade não seja procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

4.8 – O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

5 – PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES

5.1 – Todas as comunicações entre a Administração e a CONTRATADA serão feitas por escrito, preferencialmente por meio eletrônico.

5.2 – A CONTRATADA, ao apresentar sua proposta comercial, deverá informar seu endereço para correio eletrônico, ou caso não disponha, o seu endereço comercial para recebimento das comunicações.

5.3 – Presumem-se válidas as intimações e comunicações dirigidas aos endereços informados pela CONTRATADA, incluindo as comunicações por meios eletrônicos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada à Administração, fluindo os prazos a partir da juntada do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço.

5.4 - Fica facultado à Administração comunicar à Contratada por meio de publicação em órgão da imprensa oficial, caso os métodos usuais não sejam efetivos, sem prejuízo do previsto no item 5.3.

6 – GESTOR DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS E ATRIBUIÇÕES

6.1 – O órgão responsável pelo gerenciamento da ata de registro de preço é a Secretaria Municipal de Saúde, representado pelo Sr. Wueliton Pires – Secretário Municipal de Saúde – Mat. 11/2035 - SMS

6.2 – Compete ao órgão responsável pelo gerenciamento da ata de registro de preços:



- 6.2.1 – Verificar, antes de emitir a ordem de fornecimento, se há saldo orçamentário disponível para a execução;
- 6.2.2 – Emitir a ordem de fornecimento, nos moldes do instrumento convocatório e seus anexos;
- 6.2.3 – Solicitar à fiscalização que inicie os procedimentos de acompanhamento e fiscalização;
- 6.2.4 – Encaminhar comunicações à CONTRATADA ou fornecer meios para que a fiscalização se comunique com a CONTRATADA;
- 6.2.5 – Aplicar sanções por descumprimento contratual;
- 6.2.6 – Requerer ou conceder ajustes, aditivos, suspensões, prorrogações ou supressões, na forma da legislação;
- 6.2.7 – Cancelar o registro dos licitantes, nas hipóteses do instrumento convocatório e seus anexos, convocando os licitantes remanescentes registrados para substituí-los (vide item 12.4)
- 6.2.8 – Revogar a ata de registro de preços, nas hipóteses do instrumento convocatório e da legislação aplicável;
- 6.2.9 – Controlar os quantitativos máximos estipulado, respeitando as cotas dos participantes;
- 6.2.10 – Tomar demais medidas necessárias para a regularização de faltas ou eventuais problemas;
- 6.2.11 – gerenciar, planejar e realizar comunicações relativas às pesquisas de mercado periódicas, em tempo hábil para observância ao prazo não superior de 180 (cento e oitenta) dias, a fim de verificar a vantajosidade dos preços registrados na ata de registro de preços.

6.2.11.1 – Entende-se como tempo hábil o prazo mínimo de 90 dias (noventa) de antecedência ao prazo máximo previsto no item 6.2.11

6.3 – Não haverá outros órgãos participantes além do órgão responsável pelo gerenciamento da ata de registro de preços.

6.4 – Não será admitida a adesão de órgãos que não participaram da presente licitação.

7 – FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E ATRIBUIÇÕES

7.1 – Serão responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização do contrato o(s) servidor(es)

Christiano de Paula – Auxiliar Administrativo I – 12/1975 – SMS

Eno Carlos Feliciano Pinto – Auxiliar de Serviços de Saúde – 10/1734-5 - SMS

7.2 – Compete à fiscalização do contrato:

- 7.2.1 – Realizar os procedimentos de acompanhamento da execução do contrato;
- 7.2.2 – Apresentar-se pessoalmente no local, data e horário para o recebimento dos bens;
- 7.2.3 – Apurar ouvidorias, reclamações ou denúncias relativas à execução do contrato, inclusive anônimas;
- 7.2.4 – Receber e analisar os documentos emitidos pela CONTRATADA que são exigidos no instrumento convocatório e seus anexos;



- 7.2.5 – Elaborar o registro próprio e emitir termo circunstanciando, recibos e demais instrumentos de fiscalização, anotando todas as ocorrências da execução do contrato;
- 7.2.6 – Verificar a quantidade, qualidade e conformidade dos bens fornecidos;
- 7.2.7 – Recusar os bens entregues em desacordo com o instrumento convocatório e seus anexos, exigindo sua substituição no prazo disposto no instrumento convocatório e seus anexos;
- 7.2.8 – Atestar o recebimento definitivo dos objetos entregues em acordo com o instrumento convocatório e seus anexos.

8 – FORMA DE PAGAMENTO

8.1 – O CONTRATANTE terá:

- 8.1.1 – O prazo de 05 (cinco) dias corridos, contados da data do recebimento definitivo dos bens, para realizar o pagamento, nos casos de bens recebidos cujo valor não ultrapasse R\$17.600,00 (dezesete mil e seiscentos reais), na forma do art. 5º, §3º da Lei Federal nº 8666/93.
- 8.1.2 – O prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento definitivo dos bens, para realizar o pagamento, nas demais hipóteses.

8.2 – Os documentos fiscais serão emitidos em nome do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ nº 11.867.889/0001-25, situado na Praça Governador Roberto Silveira, nº 44, 3º andar -Centro, Bom Jardim - RJ, CEP 28660-000.

8.3 – Junto aos documentos fiscais, a CONTRATADA deverá apresentar os documentos de habilitação e regularidade fiscal e trabalhista com validade atualizada exigidas no instrumento convocatório e seus anexos.

8.4 – Após a juntada da prova de recebimento definitivo, a Administração incluirá o crédito da CONTRATADA na respectiva fila de pagamento, a fim de garantir o pagamento em obediência à estrita ordem cronológica das datas de exigibilidade dos créditos.

8.5 – A ordem de pagamento poderá ser alterada por despacho fundamentado da autoridade superior, nas hipóteses de:

- 8.5.1 – Haver suspensão do pagamento do crédito;
- 8.5.2 – Grave perturbação da ordem, situação de emergência ou calamidade pública;
- 8.5.3 – Haver seguros veiculares e imobiliários;
- 8.5.4 – Evitar fundada ameaça de interrupção dos serviços essenciais da Administração ou para restaurá-los;
- 8.5.5 – Cumprimento de ordem judicial ou decisão de Tribunal de Contas;
- 8.5.6 – Pagamento de direitos oriundos de contratos em caso de falência, recuperação judicial ou dissolução da empresa contratada;
- 8.5.7 – Ocorrência de casos fortuitos ou força maior;
- 8.5.8 – Créditos decorrentes de empréstimos e financiamentos bancários;



8.5.9 – Outros motivos de relevante interesse público, devidamente comprovados e motivados.

8.6 – O pagamento será suspenso, por meio de decisão motivada dos servidores competentes, em caso de constada irregularidade na documentação da CONTRATADA ou irregularidade durante o processo de liquidação.

8.7 – O pagamento será feito em depósito em conta corrente informada pela CONTRATADA, em parcelas correspondentes a cada ordem de fornecimento, na forma da legislação vigente.

8.7.1 – Os itens relativos ao fornecimento deverão corresponder, em sua totalidade, aos itens constantes na ordem de fornecimento e na nota de empenho emitida pela Administração, sem qualquer divergência entre estes.

8.7.2 – É vedada a antecipação do pagamento sem a correspondente contraprestação do fornecimento em sua totalidade.

8.8 – Os pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à CONTRATADA, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IPC-A e juros moratórios de 0,5% ao mês.

8.9 – A compensação financeira será calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula: $EM = N \times V \times I$, onde EM é o encargo moratório devido, N é o número de dias atrasados do pagamento, V é o valor que deveria ser pago, e I é o índice de compensação, com valor de 0,00016438.

8.10 – Na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando prejuízo econômico extraordinário e extracontratual, para restabelecer a relação que os contratantes pactuaram inicialmente entre os encargos da CONTRATADA e a Administração para o justo pagamento, a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro deverá ser expressamente solicitada, justificada e devidamente comprovada pela CONTRATADA.

8.11 – É vedado à CONTRATADA a cessão de crédito para instituições financeiras decorrentes dos pagamentos futuros dispostos no instrumento convocatório e seus anexos, ressalvada a hipótese do art. 46 da Lei Complementar nº 123/06.

9 – REAJUSTES DOS PREÇOS

9.1 – A Administração realizará pesquisa de mercado periodicamente, em intervalos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias, a fim de verificar a vantajosidade dos preços registrados na ata de registro de preços.

9.2 – Os preços estabelecidos poderão ser revistos em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo dos bens registrados, cabendo ao órgão gerenciador promover as negociações junto aos fornecedores, observadas as disposições contidas na alínea “d” do inciso II do caput do art. 65 da Lei Federal nº 8.666, de 1993.



9.3 – Quando o preço registrado tornar-se superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, o órgão gerenciador convocará a adjudicatária para negociar a redução dos preços aos valores praticados pelo mercado.

9.4 – Os fornecedores que não aceitarem reduzir seus preços aos valores praticados pelo mercado serão liberados do compromisso assumido, sem aplicação de penalidade.

9.5 – A ordem de classificação dos fornecedores que aceitarem reduzir seus preços aos valores de mercado observará a classificação original.

9.6 – Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador poderá liberar a adjudicatária do compromisso assumido, caso a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento, sem aplicação da penalidade quando confirmada a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados.

9.7 – Os licitantes remanescentes serão convocados para fornecer o produto pelo preço registrado, observada a classificação original.

9.8 – Não será aplicada penalidade ao licitante convocado na forma deste item que não aceitar a proposta da Administração.

9.9 – Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador deverá proceder à revogação da ata de registro de preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

10 – PENALIDADES

10.1 – Pela inexecução total ou parcial do contrato, bem como pela inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos, a CONTRATADA ficará sujeita aos termos do disposto nos artigos 86 a 88 da Lei Federal nº 8.666/93, sendo-lhe aplicada, garantidas a prévia defesa, as seguintes penalidades:

10.1.1 – Advertência;

10.1.2 – Multa(s);

10.1.3 – Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

10.1.4 – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2 – São infrações leves as condutas que caracterizam inexecução parcial do contrato, mas sem prejuízo à Administração, em especial:

10.2.1 – Não fornecer os bens conforme as especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos, corrigindo em tempo hábil o fornecimento;

10.2.2 – Não observar as cláusulas contratuais referentes às obrigações, quando não importar em conduta mais grave;



- 10.2.3 – Deixar de adotar as medidas necessárias para adequar o fornecimento às especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos;
- 10.2.4 – Deixar de apresentar imotivadamente qualquer documento, relatório, informação, relativo à execução do contrato ou ao qual está obrigado pela legislação;
- 10.2.5 – Apresentar intempestivamente os documentos que comprovem a manutenção das condições de habilitação e qualificação exigidas na fase de licitação.
- 10.3 – São infrações médias as condutas que caracterizam inexecução parcial do contrato, em especial:
- 10.3.1 – Reincidir em conduta ou omissão que ensejou a aplicação anterior de advertência;
- 10.3.2 – Atrasar o fornecimento ou a substituição dos bens;
- 10.3.3 – Não completar, de forma parcial, o fornecimento dos bens;
- 10.4 – São infrações graves as condutas que caracterizam inexecução parcial ou total do contrato, em especial:
- 10.4.1 – Recusar-se o adjudicatário, sem a devida justificativa, a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração;
- 10.4.2 – Atrasar o fornecimento dos bens em prazo superior a 15 dias úteis.
- 10.4.3 – Atrasar reiteradamente o fornecimento ou substituição dos bens.
- 10.4.4 – Não atender prontamente a solicitação da Chefia do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde.
- 10.5 – São infrações gravíssimas as condutas que induzam a Administração a erro ou que causem prejuízo ao erário, em especial:
- 10.5.1 – Apresentar documentação falsa;
- 10.5.2 – Simular, fraudar ou não iniciar a execução do contrato;
- 10.5.3 – Praticar atos ilícitos visando frustrar os objetivos da contratação;
- 10.5.4 – Cometer fraude fiscal;
- 10.5.5 – Comportar-se de modo inidôneo;
- 10.5.6 – Não manter sua proposta.
- 10.5.7 - Não recolher os tributos, contribuições previdenciárias e demais obrigações legais, incluindo o FGTS, quando cabível;
- 10.6 – Será aplicada a penalidade de advertência às condutas que caracterizam infrações leves que importarem em inexecução parcial do contrato, bem como a inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos.
- 10.7 – Será aplicada a penalidade de multa às condutas que caracterizam infração média, grave ou gravíssima que importarem em inexecução parcial ou total do contrato, bem como a inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos, observada as seguintes gradações:
- 10.7.1 – Para as infrações médias, o valor da multa será arbitrado entre 1 a 50 UNIFBJ;
- 10.7.2 – Para as infrações graves, o valor da multa será arbitrado entre 51 a 100 UNIFBJ;



- 10.7.3 – Para as infrações gravíssimas, o valor da multa será arbitrado entre 101 a 200 UNIFBJ.
- 10.8 – Será aplicada a penalidade de suspensão temporária, cumulativamente com a penalidade de multa, quando a CONTRATADA, mesmo após a aplicação reiterada de multa, se recusar a adotar as medidas necessárias para adequar o fornecimento às especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos, por até 02 (dois) anos.
- 10.9 – Será aplicada a penalidade de declaração de inidoneidade, cumulativamente com a penalidade de multa, quando a CONTRATADA cometer infração gravíssima com dolo, má-fé ou em conluio com servidores públicos ou outras licitantes.
- 10.10 – A sanção de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal produz efeitos apenas para o Município de Bom Jardim - RJ.
- 10.11 – A sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública produz efeito em todo o território nacional.
- 10.12 – Para assegurar os efeitos da declaração de inidoneidade e da suspensão temporária, a Administração incluirá as empresas sancionadas no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, até a reabilitação da empresa sancionada.
- 10.13 – A reabilitação da declaração de inidoneidade será concedida quando a empresa ou profissional penalizado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de 02 (dois) anos de sua aplicação.
- 10.14 – Sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis, quando o licitante vencedor não manter a sua proposta no respectivo prazo de validade; ou ainda quando o adjudicatário se recusar a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração, esta poderá convocar os licitantes remanescentes, observada a ordem de classificação, para substituir o licitante faltoso.
- 10.15 – As penalidades de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, dispostas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, poderão ser aplicados aos profissionais ou às empresas que praticarem os ilícitos previstos nos incisos do art. 88 do mesmo diploma legal, garantido o direito ao contraditório e ampla defesa.
- 10.16 – Serão utilizadas, para conversão dos valores das multas em moeda corrente, os valores atuais da unidade fiscal de referência de Bom Jardim – UNIFBJ, na forma do art. 439 do Código Tributário Municipal (LCM nº 218/2016), equivalente a 44,27 (quarenta e quatro inteiros e vinte e sete centésimos) de UFIR-RJ.
- 10.17 – As multas aplicadas deverão ser recolhidas em favor do Município no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação.
- 10.18 – As multas aplicadas e não recolhidas no prazo do instrumento convocatório serão inscritas em dívida ativa e executadas judicialmente conforme o disposto na Lei Federal nº 6.830/80 e na legislação tributária vigente, acrescida dos encargos correspondentes.



10.19 – As penalidades só poderão ser relevadas na hipótese de caso fortuito ou força maior, devidamente justificado e comprovado, a juízo da Administração.

11 – CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA

11.1 – Uma vez homologado o resultado da licitação, a licitante vencedora será convocada para assinar e retirar o termo de ata de registro de preços, sendo cientificada de que sua omissão ensejará decaimento do direito à contratação, sem prejuízo à aplicação das penalidades dispostos no instrumento convocatório e seus anexos.

11.2 – Alternativamente ao comparecimento perante o órgão ou entidade para a assinatura, a licitante vencedora poderá enviar o termo da ata de registro de preços ou aceite assinado mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou por meio eletrônico com a respectiva assinatura digital, cujo marco do cumprimento será contado a partir da data de postagem.

11.3 – O aceite de nota de empenho, ordem de fornecimento ou instrumento equivalente, emitida à licitante vencedora, implica no reconhecimento que:

11.3.1 – A nota de empenho, ordem de fornecimento ou instrumento equivalente está substituindo o contrato, aplicando-se à relação de negócios ali estabelecida as disposições da Lei Federal nº 8.666, de 1993;

11.3.2 – A contratada se vincula à sua proposta e às previsões contidas no instrumento convocatório e seus anexos.

11.4 – O prazo para assinar, aceitar ou retirar o termo da ata de registro de preços será de 05 (cinco) dias úteis, contados da data do recebimento da convocação, podendo ser prorrogado por igual período, desde que solicitado pela parte durante o seu transcurso e tenha ocorrido fato justificado aceito pela Administração.

11.5 – Como requisito para celebração da ata de registro de preços, a licitante vencedora deverá manter as mesmas condições de habilitação consignadas no instrumento convocatório e seus anexos.

12 – DURAÇÃO, ALTERAÇÃO, CANCELAMENTO E REVOGAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

12.1 – A ata de registro de preços terá duração de 12 meses, com eficácia na forma do art. 61, parágrafo único da Lei Federal nº 8.666/93, sendo vedada sua prorrogação.

12.2 – As contratações oriundas da ata de registro de preços terão duração idêntica a esta, observados os prazos para fornecimento e pagamento pela Administração.

12.3 – As obrigações disciplinadas na ata de registro de preços e no instrumento convocatório poderão ser alteradas por comum acordo das partes, após justificativa da Administração, nas seguintes hipóteses:

12.3.1 – Quando conveniente a substituição de garantia de execução;

12.3.2 – Quando necessária a modificação da forma de fornecimento ou da dinâmica de execução, em razão da verificação técnica de inaplicabilidade dos termos originais;



12.3.3 – Quando necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes, mantido o valor inicial atualizado, sendo vedada a antecipação do pagamento sem a correspondente contraprestação do fornecimento;

12.3.4 – Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos da CONTRATADA e a retribuição da Administração para a justa remuneração, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial, quando sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

12.4 – O registro do fornecedor será cancelado quando:

12.4.1 – Descumprir as condições da ata de registro de preços;

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

12.4.3 – Não aceitar reduzir o seu preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou

12.4.4 – Sofrer sanção administrativa cujo efeito torne-o proibido de celebrar contrato administrativo, alcançando o órgão gerenciador e órgão(s) participante(s).

12.5 – O cancelamento de registros será formalizado por despacho do órgão gerenciador, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

12.6 – O cancelamento do registro de preços poderá ocorrer por fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados por razão de interesse público ou a pedido do fornecedor.

12.7 – A ata de registro de preços será revogada quando não restarem fornecedores registrados ou por razões de interesse público, devidamente fundamentado.

13 – SUBCONTRATAÇÃO

13.1 – Não será admitida subcontratação para o presente objeto.

14 – CRITÉRIO DE JULGAMENTO E ADJUDICAÇÃO

14.1 – O critério de julgamento é o MENOR PREÇO.

14.2 – A adjudicação será feita pelo MENOR PREÇO POR ITEM.

15 – QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

15.1 – Comprovação de capacidade técnico-operacional, através de no mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, em favor da licitante, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, assinado por representante legal ou funcionário autorizado, discriminando o teor da contratação e os



dados da contratada, que comprove que a licitante forneceu bens em prazo, características e quantidades compatíveis os descritos no instrumento convocatório e seus anexos.

16 – QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

16.1 - A apresentação da certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor do local do principal estabelecimento da pessoa jurídica, na forma do art. 3º da L. 11.101/05, não sendo causa de inabilitação da licitante a anotação de distribuição de processo de recuperação judicial ou pedido de homologação extrajudicial, caso haja comprovação de que o plano já tenha sido aprovado ou homologado pelo juízo competente, quando da entrega da documentação de habilitação.

16.2 – A apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta, aceitos, alternativamente:

1 – por publicação em diário oficial;

2 – por publicação em jornal;

3 – por cópia ou fotocópia de livro diário incluindo os termos de abertura e encerramento devidamente registrado na Junta Comercial da sede ou domicílio do proponente;

4 – por Escrituração Contábil Digital (ECD), através da apresentação de cópias das respectivas folhas do SPED, inclusive do termo de abertura e encerramento, devidamente transmitido via eletrônica, e obrigatoriamente observado o prazo de entrega estipulado no art. 1078 do Código Civil.

16.3 – A comprovação da boa situação financeira da empresa, constatada mediante obtenção do índice de Liquidez Geral (LG) igual ou superior a 1,0 (um inteiro e zero décimos), resultante da aplicação da fórmula $LG = (AC + RLP) / (PC + PNC)$, onde AC é ativo circulante, RLP é realizável em longo prazo, PC é passivo circulante e PNC é passivo não circulante, vedado arredondamento do cálculo.

16.4 – A licitante que apresentar resultado inferior a 1,0 (um inteiro e zero décimos) do índice de Liquidez Geral (LG) deverá comprovar, considerados os riscos para a Administração, o patrimônio líquido mínimo de 10% do valor estimado dos itens vencidos pelo licitante.

16.5 – Em caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade.

16.6 – Em caso de haver previsão legal ou previsão no contrato social, admite-se a apresentação de balanço patrimonial intermediário.

16.7 – O licitante enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar nº 123/ 2006 estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual, da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício, caso seja a sua primeira contratação com administração pública, sendo devidamente declarado.

17 – GARANTIA DE EXECUÇÃO

17.1 – Não haverá exigência de garantia contratual da execução.



18 – DEMAIS OBSERVAÇÕES

18.1 – O presente estará disponível aos interessados em participar do certame no Setor de Licitações do Município, situada na Praça Governador Roberto Silveira, nº 44, Centro – Bom Jardim (4º andar – Comissão Permanente de Licitações e Compras), de segunda-feira a sexta-feira, das 09h às 12h e das 13h às 17h.

18.2 – Anexos ao Termo de Referência constam os modelos de documentos a serem confeccionados.

18.3 – A licitação será regida pela Lei Federal nº 10.520/2002.

19 – RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA E CIÊNCIA DOS FISCAIS E GESTOR DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO.

19.1 – É responsável pela elaboração deste documento o servidor:

Christiano de Paula – Chefe de Almoxarifado mat. 12/1975 - SMS

19.2 – Estão cientes de suas indicações e atribuições:

Christiano de Paula
Chefe de Almoxarifado mat. 12/1975 - SMS
Fiscal do Contrato

Eno Carlos Feliciano Pinto
Auxiliar de Serviços de Saúde mat. 10/1734-5 - SMS
Fiscal do Contrato

19.3 – Está de acordo com os termos:

Wueliton Pires
Secretário Municipal de Saúde
Gestor da Ata de Registro de Preço



ANEXO I



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO DE SAÚDE

ATESTO que _____
não sofre doença infecto-contagiosa ou repulsiva, não tem lesão órgãos da visão
e audição e não tem defeito físico ou mental que _____ impeça de _____

_____ de _____ de 20 _____

Médico

ANEXO II



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____
necessita de _____ de afastamento do trabalho por motivos de doença
a partir de _____ / _____ / 20 _____.

Bom Jardim, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Médico



ANEXO III



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



AUTO DE APREENSÃO

☐ E COLETA

☐ E INUTILIZAÇÃO

Nº 000

Nome/Razão Social:		
CPF/CNPJ:		
Endereço:		Cidade:
Tel:	e-mail:	
Ramo de Atividade:		
Nesta data, às ____:____h, com fundamento na(s) disposição(ões) do(s): _____ _____ _____, lavrei(amos) o presente Auto contra o estabelecimento em Epígrafe, para: _____ do(s) produto(s) abaixo especificado(s): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Assinatura e Carimbo dos Técnicos da VISA:		Local e Data: _____ ____/____/____
Às ____:____h do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente. _____ Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição		
Ou testemunhas:		
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO IV



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA

Nº 000

Nome/Razão Social:	
CPF/CNPJ:	
Endereço:	Cidade:
Tel:	e-mail:
Ramo de Atividade:	

Nesta data, às ____:____h, no exercício de fiscalização sanitária, tendo constatado que a Empresa/Instituição em epígrafe, _____

_____, o que constitui infração ao(s) artigo(s) _____

_____ lavrei o presente auto em três vias, para dar início ao competente processo administrativo.

Fica a Empresa/Instituição notificada de que poderá apresentar defesa ou impugnação ao presente Auto no prazo de _____ dias, a contar desta data, de acordo com o artigo 74 da Lei Municipal nº 1297 de 21/12/2010

Assinatura e Carimbo dos Técnicos da VISA:	Local e Data:
	_____/_____/____

Às ____:____h do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição

Ou testemunhas:

Nome	Assinatura	Identificação
____	____	____
Nome	Assinatura	Identificação
____	____	____

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO V



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



AUTO DE MULTA

Nº 000

Nome/Razão Social:	
CPF/CNPJ:	
Endereço:	Cidade:
Tel:	e-mail:
Ramo de Atividade:	

Pela presente, fica notificada a empresa acima nomeada para, em face do que se apurou mediante o Auto de Infração nº _____ de ____/____/____, para que recolha no prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento desta, o valor total de R\$ _____ (_____

_____)

que deverá ser efetuado na Tesouraria da Secretaria Municipal de Saúde, devendo ser remetido a este serviço 02 (duas) vias do Recibo devidamente autenticados, no prazo de 5 (cinco) dias.

Segundo artigo nº 75, §3, da Lei Municipal 1297, de 21 de dezembro de 2010, a multa imposta poderá sofrer redução de 20% (vinte por cento) caso seja recolhida no prazo de 20 (vinte) dias, implicando neste ato, em desistência tácita de defesa ou recurso.

Caso a multa não seja quitada no prazo acima estipulado, o processo será remetido à Procuradoria da Prefeitura Municipal de Bom Jardim, para a cobrança, na forma da Lei.

Assinatura e Carimbo dos Técnicos da VISA:	Local e Data: _____ ____/____/____
--	--

Às ____:____h do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO VI



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
Secretaria Municipal de Saúde

AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

Nome: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

_____ Tel.: _____

Profissão: _____ Idade: _____ Nasc.: _____ / _____ / _____

Médico Responsável: _____

Diagnóstico: _____

Início do Tratamento: _____ Término: _____

Fisioterapeuta Responsável: _____

Q.P.: _____

H.D.A.: _____

H.P.P.:

Medicação:

Terapais Anteriores:

Cirurgias:

Exames Complementares:



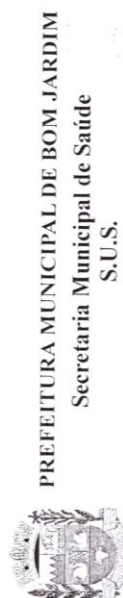
ANEXO VII

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA		SUS Sistema Único de Saúde			
BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA DE SERVIÇO DE SAÚDE					
UNIDADE ASSISTENCIAL _____		_____/_____/20_____ DATA			
PROFISSIONAL DE SAÚDE					
N.º DE ORDEM	NOME	SEXO		IDADE	CONSULTA OUTROS PROCEDIMENTOS
		F	M		
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					



ANEXO VIII

FRENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM

Secretaria Municipal de Saúde

S.U.S.

Serviço de Eletrocardiograma

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____ Médico Requirante

VERSO

Nome: _____

Idade: _____ Biotipo: _____

Dados Clínicos: _____

RESULTADO

MÉDICO

ANEXO IX

FRENTE

[illegible]



ANEXO X



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO
CONTRA _____

Nome: _____

Idade: _____

Residência: _____

DOSES	DATA	RESPONSÁVEL
1. ^a		
2. ^a		
3. ^a		
REF.		
REF.		



FRENTE

ATENÇÃO:

Para proteção contra tétano são necessárias
3 (três) doses da vacina, mais 1 (um) reforço
a cada 10 anos.

uma dose apenas não é suficiente.
Complete o esquema vacinal na Unidade
de Saúde mais próxima à sua residência.

Este COMPROVANTE É MUITO IMPORTANTE,
Guarde-o junto com seus documentos e
se perder volte ao Posto de Saúde.

EM CASO DE ACIDENTE, APRESENTE-O AO MÉDICO



VERSO



ANEXO XI



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que _____
compareceu a esta unidade de saúde, para consulta médica no dia ____ / ____ / ____
das ____ às ____ horas.

Bom Jardim, ____ de ____ de 20 ____.

Chefia da Unidade



ANEXO XII
VERSO

LAUDO MÉDICO (Obrigatório preencher)	
I - Clínica Médica (história da doença / exame físico)	
I - Identificação do Paciente:	
Nome:	_____
Idade:	_____
Residência, Rua:	_____
Bairro:	_____
Cidade:	_____
Estado:	_____
II - Exame Solicitado	
II - Exame Ginecológico e/ou Obstétrico:	
Útero:	_____
Anexo:	_____
Colo Uterino:	_____
Mamas:	_____
D.U.M. ____ / ____ / ____	D.P.P. ____ / ____ / ____
Costa ____	Para ____
IV - Questões:	
Aborto ____	Cezareana ____
BFC ____	Altura fundo útero ____
Patologia existente: _____	
III - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:	

Data ____ / ____ / ____	
(Especialidade)	(Ass. e carimbo médico)
IV - DESPACHO DA CHEFIA:	
Autorizado: ☐ Sim ☐ Não	
Data : ____ / ____ / ____	
(carimbo e assinatura)	
Data do exame: ____ / ____ / ____	
Local: _____	



ANEXO XIII

		ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
EXAMES					
Nome _____					
Idade _____	Sexo M ☐ F ☐	Cor B ☐ P ☐ A ☐	Peso _____	Altura _____	
Dados Clínicos _____					
Material a Examinar _____					
Exames Solicitados					
_____/_____/20_____ Data			_____ Carimbo e Assinatura		



ANEXO XIV

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Ficha de Registro do Vacinado				Estabelecimento de Saúde						
1º Cadastro		Retorno								
Código CNS										
*Nome:										
*Nome Mãe										
*Data de Nascimento		*Sexo		Raça						
		F ☐ M ☐		Branca ☐ Negra ☐ Pardo ☐ Indígena ☐ Amarela ☐						
País		UF Res.		Município residência						
Endereço:				Nº		CEP				
Complemento:				Bairro		Zona de residência				
						Rural ☐ Urbana ☐				
Telefone (com DDD)				E-mail						
RA	Data de Aplicação	Grupo de Atendimento	Estratégia de Vacinação	Imunobiológico	Dose	Aprazamento	Lote	Labotatório	Assinale X se:	
**									Gestante	Comunicante Hans
				BCG	DU					
					REV					
					D1					
				Hepatite B (HB)-	D2					
					D3					
					REV					
				Oral rotavírus humano (VORH)	D1					
					D2					
					D1					
					D2					
				Oral contra poliomielite (VOP)	D3					
					R1					
					R2					
					REV					
					D1					
				DTP+Hib (Tetra)	D2					
					D3					
					D4					
					DU					
					D1					
				Pneumocócica 10 valente	D2					
					D3					
					R1					
					DU					
					D1					
				Meningocócica Conjugada C (Meningo C)	D2					
					D3					
					R1					
					DU					
				Triplíce Viral (SRV)	D1					
					D2					
					D1					
					D2					
				Triplíce Bacteriana (DTP)	D3					
					R1					
					D2					
					DU					
				Febre Amarela (FA)	REV					
					D1					
					D2					
				Dupla Adulto (dT)	D3					
					REV					
				Outra						
Nome do responsável pelo preenchimento										Data / /

*Campo de preenchimento obrigatório
**Assinale X em caso de registro anterior

Veja no verso:



Fls. _____

FRENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Idade: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: _____ Profissão: _____

[illegible]

VERSO

[illegible]



ANEXO XVI
FRENTE

	ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 Secretaria Municipal SAÚDE Bom Jardim - RJ A Saúde levada a sério!	 SUS Sistema Único de Saúde																																	
FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA			Registro nº _____																																	
Nome: _____ Sexo: _____																																				
Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____																																				
Estado Civil: _____ Profissão: _____																																				
Nome do Pai: _____																																				
Endereço: _____																																				
			ÓBITO																																	
			Data: ____/____/____																																	
			Causa: _____																																	
H. FISIOLÓGICA		H. PATOLÓGICA																																		
Menarca _____ Dispareunia _____		Hemorragia _____																																		
Rit. Menst. _____ Libido _____		Abortos: Prov _____ Exp _____																																		
Sint. Pré Menst. _____		Meio Antic. _____																																		
Sint. Infra Menst. _____		Hormônio: _____																																		
D.U.M. _____ Amament _____		Cauterizadas _____																																		
Inic. Ativ. Sex. _____ Orgasmo _____		Int. Urinal _____																																		
Parto Norm _____		Constip _____																																		
Outros _____		Cir. Ginec. _____ Ca. Fam. _____																																		
		Outros _____																																		
EXAME MAMAS		EXAME GENITAL																																		
Tamanho _____		VULVA: Vulvite _____ Claurose _____																																		
Consistência _____ Nódulo _____		Tumor _____ Herpes _____																																		
Displasia _____		VAGINA: Normal _____ Senil _____																																		
Alt. Pele _____ Descarga _____		COLO: Normal _____ Colpite _____																																		
Gang. Auxiliar _____ Cervical _____		Cervicite _____ C. Naboth _____																																		
Outros _____		Polito _____																																		
		Outros _____																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 10%;">Data</th><th style="width: 60%;">Consulta - Exame de Laboratório - Prescrição - Visita</th><th style="width: 30%;">Rubrica</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>				Data	Consulta - Exame de Laboratório - Prescrição - Visita	Rubrica																														
Data	Consulta - Exame de Laboratório - Prescrição - Visita	Rubrica																																		



Fls. _____

[illegible]



ANEXO XVII
FRENTE



Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Planejamento e Políticas Especiais de Saúde

10

FICHA MÉDICA DA GESTANTE

CENTRO DE SAÚDE HONÓRIO DE FREITAS GUIMARÃES - CÓDIGO SIASUS: 19
BOM JARDIM - CÓDIGO NO IBGE: RJ - CÓDIGO IBGE: 33

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

N.º da Gestante no SISPRENATAL: _____/_____/_____

Nome Gestante: _____ Nasc.: _____/_____/_____

Mãe: _____

Endereço: Rua _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Cartão SUS nº _____ CPF: _____

Identidade: _____ Cart. Trabalho: _____

CONSULTA

Gesta: _____ Para: _____ Cezar: _____ Aborto: _____ P. Normais: _____

Data da última Menstruação: _____/_____/_____ Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____

Glicemia: _____ HB: _____ HT: _____ HIV: _____ VDRL: _____

Outros Exames: _____

Ultrasonografia: _____

N.º Cons.	DATA	I. G.	PESO	PA	A. U.	APR.	BCF	OBSERVAÇÕES / ASS. MÉDICO
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								



ANEXO XVII
VERSO



Prefeitura Municipal de Bom Jardim

13

Secretaria Municipal de Saúde

Coordenadoria de Planejamento e Políticas Especiais de Saúde

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS E MEDICAMENTOS:

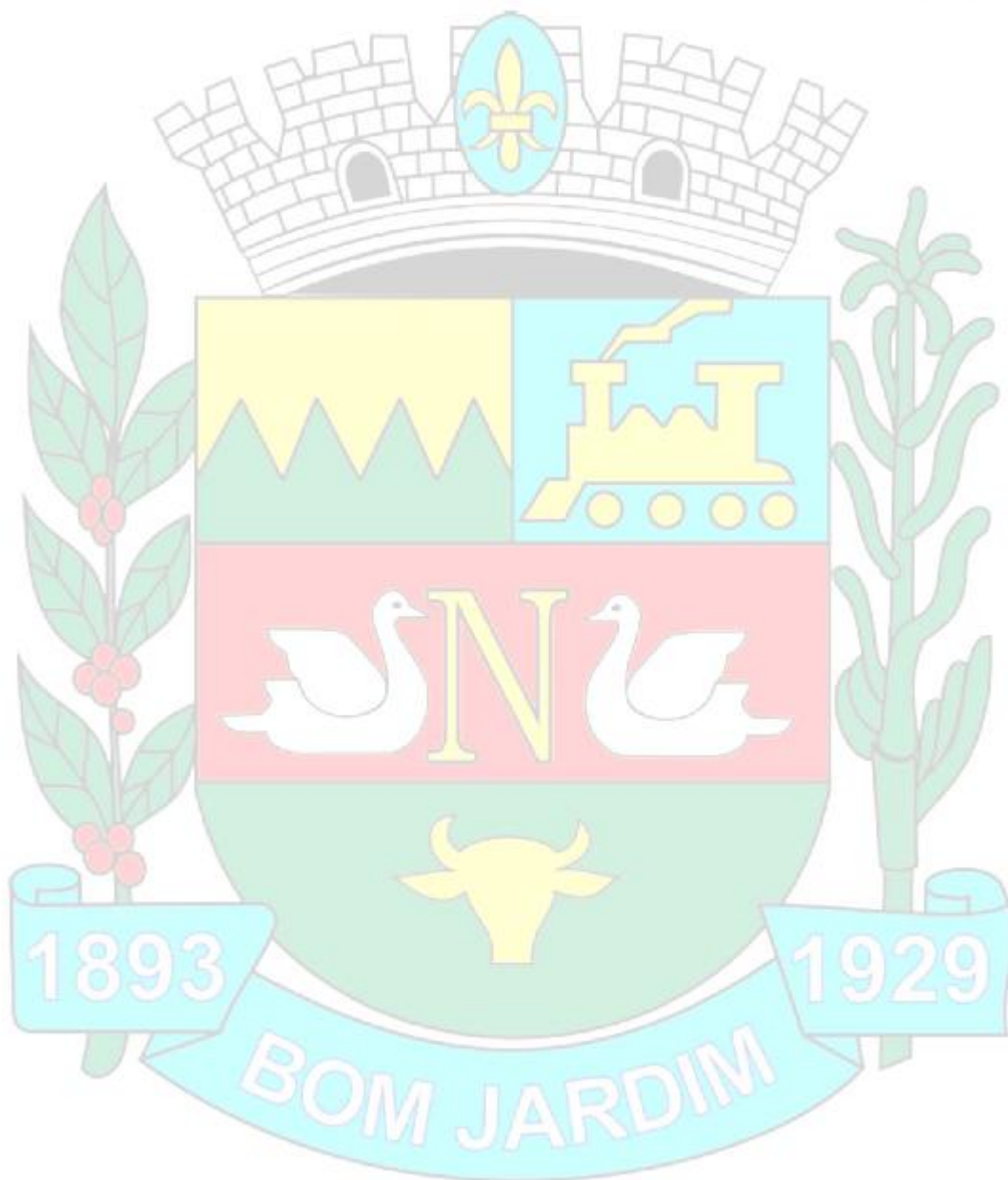
CONSULTA PUERPERAL:



ANEXO XIX



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Praça Gov Roberto Silveira, 44 - Centro - Bom Jardim - RJ
Tel: 22 2566 2766 E-mail: visa.pmbj@gmail.com



ANEXO XX

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO / TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC	PRONTUÁRIO Nº _____				
Identificação da Unidade						
Nome _____		CNPJ _____				
Dados do Paciente						
Nome _____						
CPF / RG _____	Nome da Mãe ou Responsável _____					
Endereço (logradouro, nº, complemento, bairro) _____		Telefone _____				
Município _____	UF _____	Cep _____				
Data de Nascimento _____		Sexo <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Masc</td><td>Fem</td></tr><tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr></table>	Masc	Fem	1	2
Masc	Fem					
1	2					
Convênio <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sim</td><td>Não</td></tr></table>	Sim	Não	Nome do Convênio _____			
Sim	Não					
Dados da Solicitação						
Código do Procedimento _____	Nome do Procedimento _____					
CPF do Médico _____	Nome do Médico _____					
Justificativa do Procedimento						
Hipótese Diagnóstica _____		CID 10 _____				
Resumo do Exame Físico _____						
Exame(s) Realizado(s) Resultado(s) _____						
DATA ____/____/____	Assinatura e Carimbo do Médico ou Técnico _____					



ANEXO XXI



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
Secretaria Municipal de Saúde



Nome: _____

Profissional: _____

Hora: _____ Data: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF

PLANILHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURATIVO E AFINIS PARA
PACIENTE

Unidade: _____ Responsável: _____

Nome do Paciente: _____

Data: ____/____/____

[illegible]



ANEXO XXIII
FRENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF

**PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL
CORRELATO**

Unidade: _____ Responsável: _____ Data ____/____/____

DESCRIÇÃO	ESTOQUE	SOLICITADO	ATENDIDO
ABAIXADOR DE LÍNGUA - PCT C/ 100 unidades			
ÁGUA OXIGENADA 10% - 1 Litro			
AGULHA DESCARTÁVEL 13 x 4,5 - unidade			
AGULHA DESCARTÁVEL 20 x 5,5 - unidade			
AGULHA DESCARTÁVEL 25 x 0,7 - unidade			
AGULHA DESCARTÁVEL 25 x 0,8 - unidade			
AGULHA DESCARTÁVEL 30 x 0,7 - unidade			
AGULHA DESCARTÁVEL 40 x 12 - unidade			
ÁLCOOL 70% - 1 LITRO			
ALGODÃO HIDRÓFILO - PCT C/ 500g			
ALMOTOLIA PLÁSTICA - unidade			
ATADURA CREPE 10 cm x 3m - 9 fios/cm - PCT			
ATADURA CREPE 15 cm x 3 m - 9 fios/cm - PCT			
ATADURA CREPE 20 cm x 3 m - 9 fios/cm - PCT			
AVENTAL CLÍNICO DESCARTÁVEL			
CAIXA COLETORA DE MATERIAIS PERFUROCORTANTES - 7 litros			
CAIXA COLETORA DE MATERIAIS PERFUROCORTANTES - 20 litros			
COMP. CIRÚRGICA DE GAZE HIDRÓFILA - 9 fios - PCT C/ 500 unidades			
CLOREXIDINA DEGERMANTE			
DETSANI - ÓLEO HIDRATANTE			
EQUIPO PARA INFUSÃO VENOSA - unidade			
ESCOVA GINECOLÓGICA CERVICAL - PCT C/ 100 unidades			
ESPARADRAPO 10 cm x 45 m			
ESPÁTULA DE AYRES - PCT C/ 100 UNIDADES			
ESPÉCULO VAGINAL ESTÉRIL - TAM P			
ESPÉCULO VAGINAL ESTÉRIL - TAM M			
FIO CIRÚRGICO AGULHADO NYLON 3.0 - unidade			
FIO CIRÚRGICO AGULHADO NYLON 4.0 - unidade			
FIO CIRÚRGICO AGULHADO NYLON 5.0 - unidade			
FITA ADESIVA HOSPITALAR 19 mm x 50 m			
FITA CIRÚRGICA MICROPOROSA HIPOALERGICA 50mm x 10 m			
FITA HEMOGLICOTESTE - POTE C/ 50 unidades			
GEL LUBRIFICANTE - unidade			
GEL PARA ULTRASSONOGRAFIA - 1 litro			
GEL PARA ULTRASSONOGRAFIA - 5 litros			
ODOPOVIDONA 10% (PVPI) SOLUÇÃO DEGERMANTE - 1 litro			
ODOPOVIDONA 10% (PVPI) SOLUÇÃO TÓPICA - 1 litro			
LÂMINA DE BARBEAR DESCARTÁVEL			
LÂMINA DE BISTURI Nº 11 - unidade			
LENÇOL DE PAPEL PARA MACA - rolo			
LUVA DE PROCEDIMENTO EM LÁTEX P - C/ 100 unidades			

[illegible]

DISPOSITIVO PARA INCONTENENCIA URINÁRIA C/ PRESERVATIVO			
SONDA URETRAL Nº 12			



ANEXO XXIV
FRENTE

ANEXO 24

Anexo 24



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF

PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA

Unidade: _____ Responsável: _____ Data ____/____/____

DESCRIÇÃO ESCRITÓRIO	SOLICITADO	ATENDIDO
ALMOFADA PARA CARIMBO - PRETO		
APONTADOR		
BORRACHA BRANCA		
CADERNO GRANDE CAPA DURA 100 fls ESPIRAL		
CANETA ESFEROGRÁFICA PRETA		
CANETA ESFEROGRÁFICA AZUL		
CANETA ESFEROGRÁFICA VERMELHA		
CANETA PARA RETO PROJETOR 2.0		
CLIPS DE METAL - CAIXA C/ 100 UNIDADES		
COLA BRANCA		
CORRETIVO CANETA		
ENVELOPE PARDO, TAM 176 X 250mm		
ENVELOPE PARDO, TAM 240 X 340mm TIPO OFÍCIO		
EXTRATOR DE GRAMPO METAL		
FICHA PAUTADA - PCT C/ 100 UNIDADES		
FITA ADESIVA TRANSPARENTE - DUREX		
FURADOR DE PAPEL		
GRAMPEADOR DE METAL		
GRAMPO PARA GRAMPEADOR - UNIDADE		
LÁPIS PRETO		
LIVRO DE ATA PRETO - 50 FOLHAS NUMERADAS		
LIVRO DE PONTO 100 FOLHAS		
MARCADOR DE TEXTO VERDE		
PAPEL A4 - UNIDADE		
PAPEL CARBONO AZUL A4 - UNIDADE		
PASTA PLÁSTICA COM ABA - OFÍCIO (FINA)		
PASTA POLIONDA (GROSSA)		
PASTA REGISTRADORA MOLA ALTA OFÍCIO (PASTA JECA)		
PILHA ALCALINA AA NÃO RECARREGÁVEL (PEQUENA)		
PILHA ALCALINA AAA NÃO RECARREGÁVEL (PALITO)		
PILHA ALCALINA C NÃO RECARREGÁVEL (MÉDIA)		
PILHA ALCALINA D NÃO RECARREGÁVEL (GRANDE)		
PILHA BATERIA 9V		
PILHA BATERIA CR 2032 3V (APARELHO (HGT)		
PINCEL ATÔMICO 1.100-P - AZUL		
PINCEL ATÔMICO 1.100-P - PRETO		
PINCEL ATÔMICO 1.100-P - VERMELHO		
RÉGUA PLÁSTICA 30cm		
TESOURA MULTIUSO		
TINTA PARA CARIMBO 40ml - PRETO		
LIVRO ATA PRETO - 100 FOLHAS NUMERADAS		
FITA TRANSPARENTE 45 x 45cm		



ANEXO XXIV
VERSO

DESCRIÇÃO GRÁFICA	SOLICITADO	ATENDIDO
ATESTADO DE SAÚDE		
ATESTADO MÉDICO		
AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA		
BOLETIM PRODUÇÃO DIÁRIA SERVIÇOS DE SAÚDE		
CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA		
CARTÃO DE GESTANTE		
COMPROVANTE DE VACINA CONTRA		
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO		
EXAME DE ALTO CUSTO		
EXAMES SOLICITADOS SIMPLES		
FICHA DE PACIENTE DE FISIOTERAPIA		
FICHA DE REGISTRO DO VACINADO		
FICHA DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA		
FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA		
FICHA MÉDICA DA GESTANTE		
FOLHA DE FREQUÊNCIA MENSAL FISIOTERAPIA		
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAS ESPECÍFICOS		
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC		
MARCAÇÃO DE CONSULTA		
PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE LIMPEZA E HIGIENE		
PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL CORRELATO		
PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA		
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - PRIMEIRA CONSULTA		
PRONTUÁRIO MÉDICO		
RECEITUÁRIO BRANCO COMUM		
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL - 2 VIAS		
REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA		
REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA		
RESUMO DE PRODUÇÃO MENSAL		
SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA		
SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO		
SOLICITAÇÃO DE ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA		



ANEXO XXV
FRENTE



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRONTUÁRIO MÉDICO

Nome: _____ Sexo: _____
Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____

ÓBITO

Data: ____ / ____ / ____

Causa: _____

Inscrição	Data	Imuniz.	Data	Data	Data	Imuniz.	Data	Data	Data

Diagnóstico	Data	Diagnóstico	Data	Diagnóstico	Data

ASSISTÊNCIA MÉDICO - SANITÁRIA

Data	Consulta - Exame de Laboratório - Prescrição - Visita	Rúbrica



Fls. _____

[illegible]



ANEXO XXVI



Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

Nome: _____

Ordem com Desenvolvimento

Fumar faz mal a saúde. Evite o câncer. Não Fume.
Previna as doenças. Vacine os seus filhos. Informe-se sobre a AIDS



ANEXO XXVII

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1.ª VIA - FARMÁCIA
2.ª VIA - PÁCIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JARDIM

Praça Governador Roberto Silveira, 44 - Bom Jardim - Cep:28.660-000

CNPJ:11.867.889/0001-25

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

____/____/20____
Data

Assinatura e Carimbo
do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg.Emis.: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do
Farmacêutico

____/____/20____
Data

DUAS VIAS

1ª Via – cor branca

2ª Via – cor rosa





UF RJ Número B

DATA / /

PACIENTE _____

MEDICAMENTO _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF RJ Número B

DATA / /

Paciente: _____ de _____ de _____

Assinatura do Emitente _____

Identificação do Comprador _____

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade N.º: _____

Código Emissor _____

Telefone: _____

Identidade N.º: _____

Nome do Vendedor _____

Data _____

Prefeitura Municipal de Bom Jardim

- Fundo Municipal de Saúde -

Praça Governador Roberto Silveira, 44 - Centro - Cep 28.660-000
Bom Jardim - RJ - Tel: (22) 2566-6196 CRM - RJ 52-013087-6 PJ

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Prefeitura Municipal de Bom Jardim

- Fundo Municipal de Saúde -

Praça Governador Roberto Silveira, 44 - Centro - Cep 28.660-000
Bom Jardim - RJ - Tel: (22) 2566-6196 CRM - RJ 52-013087-6 PJ

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIAS

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE FISIOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

[76]



ANEXO XXIX



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



REFERÊNCIA

UNIDADE FAMILIAR: _____
NOME: _____ SEXO: M () F ()
END.: _____ DATA NASC,: ____/____/____
MÉDICO / ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____
ESPECIALIDADE REFERIDA: _____

INDICAÇÕES / HISTÓRIA CLÍNICA: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE SAÚDE: _____
NOME: _____ SEXO: M () F ()
END.: _____ DATA NASC,: ____/____/____
SERVIÇO REFERENCIADO: _____

AValiação / CONDUTA: _____



ANEXO XXX
FRENTE

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama			
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	Orgão Emissor	UF	CNPJ (CPF)
Data de Nascimento	Idade	Cor/Raça	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
Dados Residenciais			
Logradouro			
Número	Complemento		
Bairro			UF
Código Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade			
☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)			
1 - Tem nódulo ou caroço na mama?		3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?	
☐ Sim, mama direita		☐ Sim	
☐ Sim, mama esquerda		☐ Nunca foram examinadas anteriormente	
☐ Não			
2 - Apresenta risco elevado para câncer de mama?		4 - Fez mamografia alguma vez?	
☐ Sim		☐ Sim. Quando fez a última mamografia?	
☐ Não		☐ Não	
☐ Não sabe		☐ Não sabe	
☐ Risco elevado são: Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.			



ANEXO XXX
VERSO

INDICAÇÃO CLÍNICA	
5 - Mamografia diagnóstica ☐ mama esquerda ☐ mama direita ☐ ambas	
☐ 5a. Achados no exame clínico	
Mama direita ☐ Lesão papilar Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica Nódulo: Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA Espessamento: Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular	Mama esquerda ☐ Lesão papilar Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica Nódulo: Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA Espessamento: Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular
☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita ☐ nódulo ☐ ☐ microcalcificação ☐ ☐ assimetria focal ☐ ☐ assimetria difusa ☐ ☐ área densa ☐ ☐ distorção focal ☐ Mama esquerda ☐	☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer Mama direita ☐ nódulo ☐ ☐ microcalcificação ☐ ☐ assimetria focal ☐ ☐ assimetria difusa ☐ ☐ área densa ☐ ☐ distorção focal ☐ Mama esquerda ☐
☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante	
6 - ☐ Mamografia de rastreamento Data de solicitação: ____/____/____ Examinador: _____ Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia: _____	
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	
5 - Mamografia Diagnóstica	
5a - Achados no exame clínico	Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)
5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS [®])	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
5c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta
6 - Mamografia de Rastreamento	Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama
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	



ANEXO XXXI



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA

Nome: _____ Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Telefone: _____

1) EEG e Mapeamento Cerebral

Indicação principal do exame:

☐ Crise convulsiva ☐ Perda da consciência de origem obscura ☐ Epilepsia

Outras indicações:

☐ Isquemia cerebral (controle evolutivo) ☐ Demências
☐ Investigação de cefaléia não diagnosticada por outros meios ☐ TCE
☐ Outras encefalopatias _____

Exame Físico: _____

Uso de medicamentos:

☐ Não ☐ Sim Especificar: _____

2) Eletroneuromiografia

Indicação do exame:

☐ Doença ocupacional ☐ Traumatismos ☐ Doença Metabólica ☐ Doença degenerativa
☐ Outras indicações _____

Suspeita de: ☐ Polineuropatia ☐ Mononeuropatia ☐ Radiculopatia ☐ Plexopatia

Principais sinais e sintomas:

☐ anestesia ☐ parestesia ☐ tremores ☐ paresia ☐ tremores ☐ dor
☐ atrofia ☐ impotência funcional ☐ cinestesia ☐ hiperestesia
☐ outros

Uso de medicamentos:

☐ Não ☐ Sim Especificar: _____

Bom Jardim, ____/____/____ _____
Médico

Autorizado: ____/____/____ Marcado para: ____/____/____



ANEXO XXXII



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA

IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DO NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ NOME DA MÃE: _____

USG: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE

DADOS RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL:

DUM: _____ DATA PROVÁVEL DO PARTO: _____

NÚMERO DE GESTAÇÕES: _____ NÚMERO DE ABORTOS: _____

PARTOS CESAREANAS: _____ PARTOS VAGINAIS: _____

OUTROS DADOS CLÍNICOS:

- | | |
|--|---------------------------|
| () HAS | () DOENÇA RESPIRATÓRIA |
| () DIABETES | () DOENÇA NEUROLÓGICA |
| () ALERGIA A MEDICAMENTOS | () DOENÇAS HEMATOLÓGICAS |
| () HISTÓRIA PRÉVIA DE COMPLICAÇÕES NO PARTO | |
| () DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL | |
| () OUTRAS PATOLOGIAS - ESPECIFICAR: _____ | |

EXAME FÍSICO: _____

USG ADICIONAIS: _____

JUSTIFICAR: _____

DATA: ____/____/____

MÉDICO



ANEXO XXXIII



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA DE SAÚDE DE BOM JARDIM

SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

INDICAÇÃO:

- | | |
|---|---|
| ☐ Coronariopatia | ☐ HAS |
| ☐ Arritmia | ☐ Avaliação cardiológica |
| ☐ Valvulopatia | ☐ Outros: _____ |

SINTOMATOLOGIA:

- | | |
|--|--|
| ☐ Assintomático | ☐ Dispnéia aos esforços |
| ☐ Dor precordial típica | ☐ Taquicardia |
| ☐ Dor torácica atípica | ☐ Outros: _____ |

FATORES DE RISCO:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Tabagismo | ☐ História familiar |
| ☐ D.M. | ☐ Obesidade |
| ☐ HAS | ☐ Stress |
| ☐ Dislipidemia | ☐ Sedentarismo |

HISTÓRIA CARDIOLÓGICA:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| ☐ IAM | ☐ Cirurgia de troca valvar | ☐ Arritmia |
| ☐ Angioplastia | ☐ NDN | |
| ☐ Cirurgia de revasc. miocárdica | | |

EXAME CARDIOLÓGICO:

☐ Normal ☐ Anormal: _____

MEDICAMENTOS: _____

Data: ____/____/____

Médico Solicitante

Autorização: ☐ Sim ☐ Não

Assinatura



Fls. _____



Nº 000

Nome/Razão Social:	
CPF/CNPJ:	
Endereço:	Cidade:
Tel:	e-mail:
Ramo de Atividade:	
DESCRIÇÃO	
Assinatura e Carimbo dos Técnicos da VISA:	Local e Data: /____/____
Às ____ : ____ h do dia ____ / ____ / ____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente. Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição	

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO XXXV

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
 VIGILANCIA AMBIENTAL		FICHA DE VISITA			
UF		MUNICIPIO		QUART.	Nº IMÓVEL
BAIRRO					
DATA	HORA	ATIVIDADE	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL	



Fls. _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RESPONSÁVEL			
Gerente		Supervisor de Turma	
Supervisor		Agente	

MUNICÍPIO		CATEGORIA	
BAIRRO		QUART. Nº	

[illegible]

FECHAMENTO					
Residencial	R		Ponto Estratégico	PE	
Comercial	C		Outros	O	
Terreno Baldio	TB		Total Geral		
Pendentes	P				

NOME:	
ASSINATURA	DATA:



Fls. _____

Programa Municipal de Controle da Dengue
PMCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RESUMO SEMANAL DOS AGENTES

Código/Bairro _____ / _____
Ano/ Ciclo _____ / _____

Turma: _____
Semana de _____ a _____

[illegible]

Resumo Semanal dos Agentes / SMS / Município de Bom Jardim / PMCD

Bom Jardim, / /

Agente: _____



Fls.

ANEXO XXXVIII

Folha: _____ / _____

**Governo do
Rio de Janeiro**

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

VISITA		Equipe / Agente	Nº do Quartelão Trabalhado				
NORMAL		Data	Quartelão Concluído?		SIM	NAO	
RECUPERAÇÃO		Localidade Concluída					

Depósitos					Adulticida		Nº Tubitos/ Amostras Coletadas
Eliminados	Tratados				Tipo	Qtde. Cargas	
	BTI	WDG	BTI	G			
	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Trat.	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Trat.			

	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Com <i>Aedes aegypti</i>								
Com <i>Aedes albopictus</i>								

Larvas	Pupas	Exúvia de Pupa	Adultos

C - Depósitos fixos

Data da Entrada	Data da Conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

VERSO



Fls.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Nº DE QUARTEIÕES: _____ Nº DE IMÓVEIS _____ ESTRATO: _____
BAIRROS: _____ FOLHA: _____

Grupo A - Armazenamento de Água p/ consumo humano
A 1- Caixa d'água ligada à rede (depósitos elevados)
A 2- Depósitos ao nível do solo: consumo doméstico (baril, tina, tonel, tambor, depósito de barro, tanque, poço, sistema, cacimba).

Grupo B - Depósitos móveis:
Vasos/frascos com água, pratos, pingadeiras, recip. degel.
bebedouros em geral, peq. fontes ornamentais, mat. dep.
construção, objetos religiosos/rituais

Nº Imóveis positivos p/ *Aedes aegypti*: _____ p/ *Ae albopictus*: _____

Nº TB positivos p/ *Ae. aegypti* _____ p/ *Ae. albopictus* _____

Grupo C - Depósitos fixos
Tanques/depósitos em obras, borracharias e hortas, calhas e lages em desníveis, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornamentais, floreiras em cemitérios, cacos em muros, toldos, peças arquitetônicas (calhas e insetos/bassagem).

Grupo D - Paixíveis de remoção/ proteção
D 1-Pneus e outros materiais rodantes (manchões/câmaras)
D 2-Lixo (recip. plásticos, garras, latas) sucatas em pátio
ferro velhos e recicladoras, entulhos

Grupo E - Naturais
 Aúlas de folhas (bromélias, etc) buracos em árvores e em rochas, cascas, restos de animal (cascos, carapaças)

Nome: _____ Data: ____/____/____

VERSO

Motivo da visita *		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
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																									
Controle ambiental / vetorial	Condiionalidades do Bolsa Família																									
	Saúde mental																									
	Usuário de álcool																									
	Usuário de outras drogas																									
	Ação educativa																									
	Imóvel com foco																									
	Ação mecânica																									
	Tratamento focal																									
	Egresso de Internação																									
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde																									
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.

Tipos de Imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, 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**



ANEXO XL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Caderneta de
Saúde da Criança
Menina**



PASSAPORTE DA CIDADANIA

10ª edição



Brasília - DF
2015

Caderneta de
Saúde da Criança

IDENTIFICAÇÃO

FOTO

Nome da criança: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Município de nascimento: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Endereço: _____
Ponto de Referência: _____
Telefone: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Raça/cor/etnia: () Branca () Negra () Amarela
() Parda () Indígena
Unidade Básica que frequenta: _____
Nº do Prontuário na UBS: _____
Nº da Declaração de Nascido Vivo: _____
Nº do Registro Civil de Nascimento: _____
Nº do Cartão do SUS: _____

2

84

REGISTRO DE VACINAÇÃO - CRIANÇA
REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO

Doença/vacina	BCC	Hepatite B	AB/AO	Leish	Rotavírus	Pneumocócica
3. Dose	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____
5. Dose	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____
3. Dose	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____
1. Dose	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____	Vacina: _____ Data: _____

Caderneta de
Saúde da Criança

85

Vacina	Referido						Campanhas						Outras vacinas					
	DTP	VQP	Pneumocócica	Meningocócica C	Febre Amarela	dT (0-10 anos)	Vacina	Vacina	Vacina	Vacina	Vacina	Vacina	Vacina	Vacina	Vacina			
1 Reforço	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____			
2 Reforço	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Vacina: _____ Data: _____ Unid.: _____ Ass.: _____			



ANEXO XL

Caderneta de
Saúde da Criança

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento:
Nascido às _____ h, do dia ____/____/____
Maternidade/Cidade, UF: _____
Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm
Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____
Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias
Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN
Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____
Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)
() Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro _____
Aleitamento materno na primeira hora de vida: () Sim () Não

Exames/Triage neonatal:
Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo
Conduta: _____
Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado
Conduta: _____
Teste do Pezinho: () Não () Sim Data: ____/____/____
Resultados:
Fenilcetonúria: () Normal () Alterado
Hipotireoidismo: () Normal () Alterado
Anemia falciforme: () Normal () Alterado
Outros: _____
Triagem auditiva: () Não () Sim Data: ____/____/____
Testes realizados: () PEATE¹ () EOA²
Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
Conduta: _____
Reteste:³ () Não () Sim Data: ____/____/____
() PEATE () EOA
Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
Conduta: _____

¹ Idealmente realizado entre o 3º e 7º dia de vida.
² Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.
³ PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.
⁴ EOA – Emissões Otoacústicas Evocadas.
⁵ Indicação quando resposta alterada em uma ou ambas orelhas no teste, devendo ser realizado o reteste, em até 30 dias após o teste.

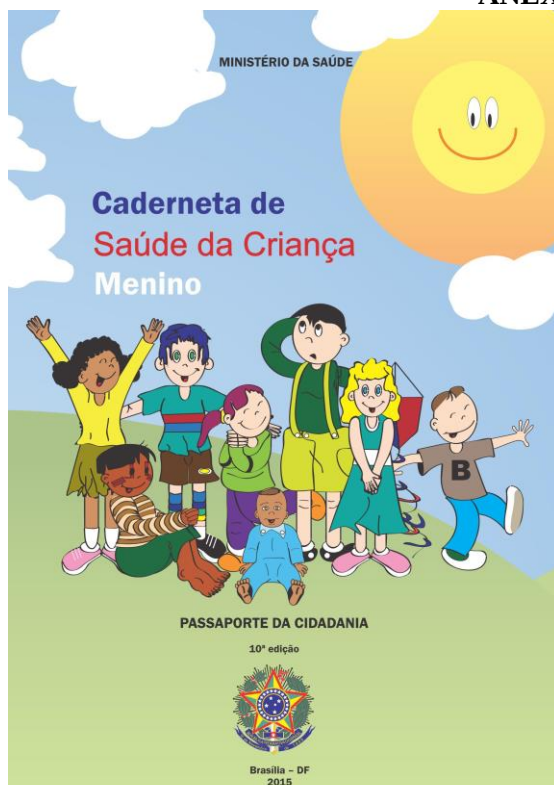
Outros exames: _____

Dados na alta:
Data: ____/____/____ Peso: _____
Alimentação:
() leite materno () leite materno e outro leite () outro leite _____

39



ANEXO XLI



Caderneta de
Saúde da Criança

IDENTIFICAÇÃO

FOTO

Nome da criança: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Município de nascimento: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Endereço: _____
Ponto de Referência: _____
Telefone: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Raça/cor/etnia: () Branca () Negra () Amarela
() Parda () Indígena
Unidade Básica que frequenta: _____
Nº do Prontuário na UBS: _____
Nº da Declaração de Nascido Vivo: _____
Nº do Registro Civil de Nascimento: _____
Nº do Cartão do SUS: _____

2

Caderneta de
Saúde da Criança

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO
NACIONAL DE VACINAÇÃO - CRIANÇA

Dose/vacina	BCG	Hepatite B	VIPVOP	Perna	Rotavírus	Pneumocócica
1ª Dose	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
2ª Dose	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
3ª Dose	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
1ª Dose	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
2ª Dose	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
3ª Dose	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /

84

Caderneta de
Saúde da Criança

Dose/vacina	DTP	VOP	Pneumocócica	Meningocócica C	Febre Amarela	dT 10-10 anos
1º Reforço	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
2º Reforço	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
Outras vacinas	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /
Campanhas	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /	Vacina: / Dose: / Lote: / Unid.: / Ass.: /

85



ANEXO XLI

Caderneta de
Saúde da Criança

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento:
Nascido às _____ h, do dia ____/____/____
Maternidade/Cidade, UF: _____
Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm
Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____
Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias
Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN
Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____
Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)
() Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro _____
Aleitamento materno na primeira hora de vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:
Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo
Conduta: _____
Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado
Conduta: _____
Teste do Pezinho () Não () Sim Data: ____/____/____
Resultados:
Fenilcetonúria: () Normal () Alterado
Hipotireoidismo: () Normal () Alterado
Anemia falciforme: () Normal () Alterado
Outros: _____
Triagem auditiva () Não () Sim Data: ____/____/____
Testes realizados: () PEATE² () EOA⁴
Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
Conduta: _____
Reteste:³ () Não () Sim Data: ____/____/____
() PEATE () EOA
Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
Conduta: _____

¹ Idealmente realizado entre o 3º e 7º dia de vida.
² Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.
³ PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.
⁴ EOA – Emissões Otoacústicas Evocadas.
⁵ Indicado quando resposta alterada em uma ou ambas orelhas no teste, devendo ser realizado o reteste, em até 30 dias após o teste.

Outros exames: _____

Dados na alta:
Data: ____/____/____ Peso _____
Alimentação:
() leite materno () leite materno e outro leite () outro leite _____

39



ANEXO XLII

FRENTE			PRINCIPAIS VACINAS PARA ADULTOS, IDOSOS E GESTANTES		CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO																																								
<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	20 a 59 anos <table border="1"><thead><tr><th>Hepatite B</th><th>Febre Amarela</th><th>Tríplice Viral</th><th>Dupla Adulta</th></tr></thead><tbody><tr><td>3 doses (conforme estado vacinal)</td><td>1 dose se nunca tiver sido vacinado</td><td>conforme idade</td><td>Reforço a cada 10 anos</td></tr></tbody></table> 60 anos ou mais <table border="1"><thead><tr><th>Hepatite B</th><th>Febre Amarela</th><th>Influenza</th><th>Dupla Adulta</th></tr></thead><tbody><tr><td>3 doses (conforme estado vacinal)</td><td>1 dose se nunca tiver sido vacinado</td><td>campanha</td><td>Reforço a cada 10 anos</td></tr></tbody></table> Gestantes <table border="1"><thead><tr><th>Hepatite B</th><th>Febre Amarela</th><th>Influenza</th><th>Dupla Adulta</th><th>dTpa</th></tr></thead><tbody><tr><td>conforme avaliação vacinal</td><td>1 dose se nunca tiver sido vacinado</td><td>campanha</td><td>conforme avaliação vacinal</td><td>por gestação</td></tr></tbody></table> SUS	Hepatite B	Febre Amarela	Tríplice Viral	Dupla Adulta	3 doses (conforme estado vacinal)	1 dose se nunca tiver sido vacinado	conforme idade	Reforço a cada 10 anos	Hepatite B	Febre Amarela	Influenza	Dupla Adulta	3 doses (conforme estado vacinal)	1 dose se nunca tiver sido vacinado	campanha	Reforço a cada 10 anos	Hepatite B	Febre Amarela	Influenza	Dupla Adulta	dTpa	conforme avaliação vacinal	1 dose se nunca tiver sido vacinado	campanha	conforme avaliação vacinal	por gestação	CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO NOME: _____ Dt Nascimento: ____/____/____
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Hepatite B	Febre Amarela	Tríplice Viral	Dupla Adulta																																										
3 doses (conforme estado vacinal)	1 dose se nunca tiver sido vacinado	conforme idade	Reforço a cada 10 anos																																										
Hepatite B	Febre Amarela	Influenza	Dupla Adulta																																										
3 doses (conforme estado vacinal)	1 dose se nunca tiver sido vacinado	campanha	Reforço a cada 10 anos																																										
Hepatite B	Febre Amarela	Influenza	Dupla Adulta	dTpa																																									
conforme avaliação vacinal	1 dose se nunca tiver sido vacinado	campanha	conforme avaliação vacinal	por gestação																																									
<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica				
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica	<table border="1"><tr><td>Dose</td></tr><tr><td>Data ____/____/____</td></tr><tr><td>Lab. Prod.</td></tr><tr><td>Lote</td></tr><tr><td>Rubrica</td></tr></table>	Dose	Data ____/____/____	Lab. Prod.	Lote	Rubrica				
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													
Dose																																													
Data ____/____/____																																													
Lab. Prod.																																													
Lote																																													
Rubrica																																													

VERSO



ANEXO XLIII

SAÚDE		CADASTRO DOMICILIAR		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO:	FOLHA: /

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /
_____	_____	_____	_____	_____

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		Nº:
TIPO DE LOGRADOURO:	NOME DO LOGRADOURO:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura _____

TELEFONES PARA CONTATO	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA	LOCALIZAÇÃO
☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	☐ Proprietário ☐ Parceiro(a) / Meeiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
☐ Asfalto ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento
Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não	Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento
	Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna	☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento
☐ Carro Pipa ☐ Outro	

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar	☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro
☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma	

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☐ Sim ☐ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____



ANEXO XLIV



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO



Eu, Agente de Saúde _____, pertencente ao
PSF _____, responsável pela microárea _____, declaro que
_____/_____/_____ e é regularmente por mim atendido.
_____, reside nesta área desde
Nada mais havendo a declarar, firmo o presente.

Bom Jardim, _____ de _____ de _____

Médico (a) ou Enfermeiro (a) do PSF ou Agente Comunitário de Saúde



ANEXO XLV

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA	
Nº da amostra: _____	
Município: _____	
Bairro: _____	
Estrato: _____	
Quart. _____	Casa nº _____
Rua: _____	
Depósito: _____	
Código do depósito: _____	
Nº de larvas: _____	Pupas: _____
Guarda: _____	
Data: ____/____/____	
Ae aegypti: Larvas _____ Pupas _____	
Ae. albopictus: Larvas _____ Pupas _____	
Outros: Larvas _____ Pupas _____	

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA	
Nº da amostra: _____	
Município: _____	
Bairro: _____	
Estrato: _____	
Quart. _____	Casa nº _____
Rua: _____	
Depósito: _____	
Código do depósito: _____	
Nº de larvas: _____	Pupas: _____
Guarda: _____	
Data: ____/____/____	
Ae aegypti: Larvas _____ Pupas _____	
Ae. albopictus: Larvas _____ Pupas _____	
Outros: Larvas _____ Pupas _____	



ANEXO XLVI
FRENTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE SISPRENATAL N: _____		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0	
FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE		Data do atendimento: ____/____/____	
DADOS DO ESTABELECIMENTO	1 Município do atendimento	2 Código do IBGE	3 Sigla da UF
	4 Nome do Estabelecimento de Saúde	5 Código CNES	6 Nº área
	8 Nome do profissional	9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional	7 Nº microárea
	10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante	11 Nº inscrição social - NIS	
DADOS PESSOAIS	12 Nome da gestante	13 Data nascimento: ____/____/____	
	14 Nome da mãe da gestante	15 Idade: ____/____/____ ☐ menor de 15 anos	
	16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)	17 Nº NIS	
	18 Município de residência:	19 UF:	19 Código IBGE
	20 Logradouro (Rua avenida):	21 Bairro:	
	22 Nº	23 Complemento	24 Ponto de referência
	26 Telefone fixo	27 Celular	25 CEP
	29 Escolaridade	30 Estado civil/união	31 Raça/cor (por autodeclaração):
	32 Nome do cartório:	33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio	34 Livro: 35 Folha: 36 Termo: 37 Data de emissão:
	38 Identidade:	39 Data de emissão: ____/____/____	40 Órgão Emissor: 41 UF: 42 Carteira de trabalho: 43 Série: 44 UF: 45 CPF:
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE			
DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL			
Consulta do: [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [9] Ignorado			
46 DUM: ____/____/____	47 DPP: ____/____/____	48 Altura/cm: ____	49 Peso/gramas: ____
51 Semanas de gestação, se DUM ignorada: ____	52 Tipo de gravidez: ☐ Única ☐ Gêmeas ☐ Tripla ou mais ☐ Ignorada	53 Gravidez Planejada: ☐ NÃO ☐ SIM	54 IG (sem/dias pelo ultrassom): ____/____/____
55 Data do ultrassom: ____/____/____		56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES CLÍNICOS	
Gestas Prévia: ☐ <2500g ☐ >4500g ☐ Pré-eclâmpsia Eclâmpsia		Diabetes: ☐ NÃO ☐ SIM	
Abortos: ☐ 3 ou mais abortos ☐ Partos ☐ Cesariana		Tromboembolismo: ☐ NÃO ☐ SIM	
Parto Vaginal: ☐ Partos ☐ Cesariana		Pré-eclâmpsia: ☐ NÃO ☐ SIM	
Nascidos Vivos: ☐ mortos 1 Semana ☐ depois 1 Semana		Doença Mental: ☐ NÃO ☐ SIM	
Final da gestação anterior: < de 1 ano ☐ 2 Cesarianas prévias ☐		Hipertensão: ☐ NÃO ☐ SIM	
		Cardiopatia: ☐ NÃO ☐ SIM	
		Outros, qual: _____	



ANEXO XLVI
VERSO

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0								
SISPRENATAL:		Data do atendimento: ____/____/____								
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação										
GESTAÇÃO ATUAL	57	Trabalho de parto prematuro	NÃO ☐ SIM ☐	Rotura prematura de membranas	NÃO ☐ SIM ☐	Diabetes Gestacional	NÃO ☐ SIM ☐	Hemorragia 1º Trim.	NÃO ☐ SIM ☐	
		Isomunização RH	☐	Incontinência Istmo-Cervical	☐	Se, sim: Insulina	☐	Hemorragia 2º Trim.	☐	
		Infecção urinária	☐	HIV/AIDS	☐	Pré-Eclâmpsia	☐	Hemorragia 3º Trim.	☐	
		Oligo/polidrâmnio	☐	Cigarros	☐	Eclâmpsia	☐	Hipertensão em uso de medicamento	☐	
		Alcool	☐	Drogas	☐	Violência doméstica	☐	Pós-Datismo	☐	
		Cardiopatia	☐	CIUR	☐					
SITUAÇÃO VACINAL	58	Situação da vacina antitetânica [1] Não vacinada ☐ [2] Imunizada a menos de 5 anos [3] Imunizada a mais de 5 anos [4] Vacinação incompleta [9] Ignorado		59 Hepatite B [1] Sim ☐ [2] Não ☐ [9] Ignorado		60 INFLUENZA [1] Sim ☐ [2] Não ☐ [9] Ignorado		DATA: ____/____/____		
		INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____ Reforço ____/____/____		INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____						
61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____ Código CNES: _____										
62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado ☐						63 Participação em atividade educativa [1]- SIM - DATA: ____/____/____ [2]- NÃO ☐		64 Realizou visita à maternidade: [1]- SIM - DATA: ____/____/____ [2]- NÃO ☐		
TESTES RÁPIDOS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO			
	65	Gravidez	NÃO ☐ SIM ☐	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	66	Sífilis	NÃO ☐ SIM ☐	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____		
	67	HIV	☐	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	68	Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	☐	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____		
EX. DE ROTINA	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO			
	69	Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	NÃO ☐ SIM ☐	Data: ____/____/____	70	Hemoglobina HB<11g/dl	☐	Data: ____/____/____		
	71	Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	☐	Data: ____/____/____	72	VDRL+	☐	Data: ____/____/____		
	73	Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	☐	Data: ____/____/____	74	Toxoplasmose	☐	Data: ____/____/____		
	75	Urina, Alteração?	☐	Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não		IgG Positivo?	☐	Data: ____/____/____		
	77	Anti-HIV Positivo?	☐	Data: ____/____/____		IgM Positivo?	☐	Data: ____/____/____		
	79	Ultrassom Obstétrico		Data: ____/____/____	76	Urocultura Positiva?	☐	Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não		
EX. ADICIONAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO			
	80	Coombs Indireto positivo	NÃO ☐ SIM ☐	Data: ____/____/____	81	Eletroforese de Hemoglobina alterada.	NÃO ☐ SIM ☐	Data: ____/____/____		
	82	Parasitologia de Fezes+	☐	Data: ____/____/____						
	83	TOT alterado	☐	Data: ____/____/____						
EX. EXAMES ESPECIAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO			
	84	Contagem de Plaquetas		Data: ____/____/____	85	Dosagem de Ácido Úrico		Data: ____/____/____		
	86	Dosagem de Uréia		Data: ____/____/____	87	Dosagem de Creatinina		Data: ____/____/____		
	88	Dosagem de Proteína Urina 24h		Data: ____/____/____	89	Eletrocardiograma		Data: ____/____/____		
	90	Ultrassom Obstétrico com Doppler		Data: ____/____/____	91	Outros		Data: ____/____/____		
	92	Cardiotocografia		Data: ____/____/____						
93 Responsável pela digitação: _____						Data da digitação: ____/____/____				



ANEXO XLVII

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO DE SAÚDE SISPRENATAL N: _____		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0	
Data do Atendimento: ____/____/____			
FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERA			
ESTABELECIMENTO	01 Município do Atendimento	02 Código IBGE	03 Sigla da UF
	04 Nome da Unidade de Saúde	05 Código CNES	
	06 Número da Área	07 Número da Micro-Área	
	08 Nome do Profissional	09 CNS Profissional	
	10 Data do Parto	11 IG (Sem / Dias)	12 Tipo de Parto () Vaginal () Cesáreo () Fórceps
DADOS PESSOAIS	13 Nome da Puérpera		14 Data Nascimento
	15 Nome da Mãe da Puérpera		
	16 Nº do Cartão Nacional de Saúde - CNS Puérpera		
DADOS DO PARTO	17 Local da Ocorrência () 1 - Centro de Parto Normal 2 - Domicílio 3 - Hospital 4 - Maternidade 5 - Outro Estabelecimento 6 - Outros		
	18 Estabelecimento do Parto (CNES)		
	19 Teve a Presença de Acompanhante de Sua Livre Escolha Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto? () 1 - Sim 2 - Não		
	20 Foi Atendida na Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera? () 1 - Sim 2 - Não		
Responsável pela Digitação			
Data da Digitação			



Fls.

[illegible]



ANEXO XLVIII
VERSO

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis															
	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	CIAP-2															
	CIAP-2															
CID-10																
CID-10																
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de aglutinação humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código do SIO IAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Prescrição terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante
03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde
03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/Convencional, deixar este campo em branco)
Modalidade do AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.
* Campo obrigatório



ANEXO XLIX
VERSO

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTA 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

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ALCOOL? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA 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, QUAL?

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAIS?

☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outro ☐ 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, QUAL A CAUSA?

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAIS?

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? _____

2 - QUAL? _____

3 - QUAL? _____

EM SITUAÇÃO DE RUA

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 ☐ Outros

☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAIS?

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outros

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura _____



ANEXO L
FRENTE

e-SUS Atenção Básica		FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:		DATA:											
				CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:											
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		Cód. CNES UNIDADE*		Cód. EQUIPE (INE)*		CBO*											
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO		Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO											
Nº				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO				MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
Nº PRONTUÁRIO																	
Nº CARTÃO SUS																	
Data de nascimento*				Dia / mês		Ano											
Sexo*				F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento* (ver legenda)																	
Paciente com Necessidades Especiais																	
Gestante																	
Tipo de Atendimento*																	
Demanda Espontânea																	
Consulta Agendada																	
Escuta Inicial / Orientação																	
Consulta no Dia																	
Atendimento de Urgência																	
Tipo de Consulta*																	
Primeira Consulta Odontológica Programática																	
Consulta de Retorno em Odontologia																	
Consulta de Manutenção em Odontologia																	
Vigilância em Saúde Bucal																	
Abscesso dento alveolar																	
Alteração em tecidos moles																	
Dor de dente																	
Fendas ou Fissuras Lábio Palatais																	
Fluorose dentária moderada ou severa																	
Traumatismo dento alveolar																	
Não identificado																	
Procedimentos (Quantidade realizada)																	
Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)																	
Adaptação de Prótese Dentária																	
Aplicação de carióstático (por dente)																	
Aplicação de selante (por dente)																	
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)																	
Capeamento pulpar																	
Cimentação de prótese																	
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico																	
Drenagem de abscesso																	
Evidenciação de placa bacteriana																	
Exodontia de dente decíduo																	
Exodontia de dente permanente																	
Instalação de prótese dentária																	
Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária																	
Orientação de Higiene Bucal																	



ANEXO L
VERSO

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
PROCEDIMENTOS (Quantidade realizada)	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Pulpotomia dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Radiografia Periapical / Interproximal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Restauração de dente decíduo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Restauração de dente permanente anterior	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Restauração de dente permanente posterior	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Selamento provisório de cavidade dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tratamento de alveolite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Ulotomia / Ulectomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Outros (SIA)		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
FORNECIMENTO	Escova Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Creme Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Fio Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento p/ Grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tratamento Concluído	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Cirurgia BMF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Endodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Estomatologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Implantodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Odontopediatria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Ortodontia / Ortopedia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Periodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Prótese Dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Radiologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
* Campo Obrigatório
** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea



ANEXO LI

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROCESSADOS ATRAVÉS DO BPA-I	
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
8 - NOME DA MÃE			9 - RACIA/COR		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			15 - COD. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF
17 - CEP					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO		QTD	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO		QTD	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO		QTD	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)					
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			CID: 10 PRINCIPAL - CID: 10 SECUNDÁRIO - CID: 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO					
SOLICITAÇÃO					
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			DATA DE SOLICITAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO			NÚMERO DO (CNS/CPF)		
1 - CNS			2 - CPF		
AUTORIZAÇÃO					
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			COD. ÓRGÃO EMISSOR		ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO			NÚMERO DO (CNS/CPF)		
1 - CNS			2 - CPF		
NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO			DATA AUTORIZAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			CNS		



ANEXO LII
FRENTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____		Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero	
Unidade de Saúde _____		Nº Protocolo _____ (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Município 26969 - PSF BOA ESPERANÇA - BOM JARDIM		Prontuário _____	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS* _____			
Nome Completo da Mulher* _____			
Nome Completo da Mãe* _____			
CPF _____		Apelido da Mulher _____	
Data de Nascimento* _____		Nacionalidade _____	
Idade _____		Raça/cor _____	
Dados Residenciais		☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia _____	
Logradouro _____			
Número _____	Complemento _____	Bairro _____	UF _____
Código do Município _____	Município _____		
CEP _____	DDD _____	Telefone _____	
Ponto de Referência _____			Exame Anterior _____
Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE			
1. Motivo do exame* ☐ Rastreamento ☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) ☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)		7. Já fez tratamento por radioterapia* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez* ☐ Sim. Quando fez o último exame? ano _____ ☐ Não ☐ Não sabe		8. Data da última menstruação / regra: * _____/_____/_____ ☐ Não sabe / Não lembra	
3. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe		9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais* (não considerar a primeira relação sexual na vida) ☐ Sim ☐ Não / Não sabe / Não lembra	
4. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe		10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) ☐ Sim ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
5. Usa pílula anticoncepcional* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe			
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe			
EXAME CLÍNICO			
11. Inspeção do colo* ☐ Normal ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) ☐ Alterado ☐ Colo não visualizado		12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? ☐ Sim ☐ Não	
NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.			
Data da coleta* _____		Responsável* _____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



ANEXO LII
VERSO

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:*
RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
AValiação Pré-analítica AMOSTRA REJEITADA POR: ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário ☐ Lâmina danificada ou ausente ☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: _____ ☐ Outras causas; especificar: _____ EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:* ☐ Escamoso ☐ Glandular ☐ Metaplásico	ADEQUABILIDADE DO MATERIAL* ☐ Satisfatória Insatisfatória para avaliação oncológica devido a: ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço ☐ Arrelos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço ☐ Outros, especificar: _____
DIAGNÓSTICO DESCRITIVO DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO? ☐ Sim ☐ Não ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS ☐ Inflamação ☐ Metaplasia escamosa imatura ☐ Reparação ☐ Atrófia com inflamação ☐ Radiação ☐ Outros; especificar: _____ MICROBIOLOGIA ☐ Lactobacillus sp ☐ Cocos ☐ Sugestivo de Chlamydia sp ☐ Actinomyces sp ☐ Candida sp ☐ Trichomonas vaginalis ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus) ☐ Outros bacilos _____ ☐ Outros; especificar: _____	CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Escamosas: ☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) Glandulares: ☐ Possivelmente não neoplásicas ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau De origem indefinida: ☐ Possivelmente não neoplásicas ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I) ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III) ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão ☐ Carcinoma epidermóide invasor ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES ☐ Adenocarcinoma "in situ" Adenocarcinoma invasor: ☐ Cervical ☐ Endometrial ☐ Sem outras especificações ☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____ ☐ PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
Observações Gerais: _____	
Screening pelo citotécnico: _____ Responsável* _____	
Data do Resultado* _____	



ANEXO LIII

Sugestões de laudo médico para solicitação de medicamentos não inseridos nas listagens oficiais



Paciente

Nome : _____
Idade : _____ CNS : _____ Município: _____

1

Qual é o medicamento solicitado? (Deve ser informada a substância ativa.)

O medicamento solicitado tem registro na ANVISA?

() Sim () Não

3

Qual a concentração, posologia e período do tratamento?

Concentração: _____

Posologia: _____

Período do tratamento: _____

4

Paciente utilizou algum medicamento anterior constantes das relações oficiais no SUS? Em caso positivo, informe a substância e duração do tratamento.

() Não

() Sim - Substância: _____

Tempo: _____

5

Justificativas da necessidade para a troca do fármaco fornecido pelo SUS.



Assinaturas

Unidade de saúde

Médico solicitante

Município

Data e carimbo médico



ANEXO LIV
FRENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
Secretaria Municipal de Saúde
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF

REMUME - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Lista de medicamento definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica publicada na Portaria nº 9, de 3 de janeiro de 2012

PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Unidade: _____ Responsável: _____ Data ____/____/____

DESCRIÇÃO	ESTOQUE	SOLICITADO	ATENDIDO
Ácido Acetilsalicílico 100 mg - Comprimido			
Ácido Fólico 5 mg - Comprimido			
Albendazol 400 mg - Comprimido mastigável			
Albendazol 40 mg/ml - Suspensão oral - frasco 10 ml			
Amiodarona 200 mg - Comprimido			
Amoxicilina 500 mg - Cápsula ou comprimido			
Amoxicilina 250 mg/5 ml - Suspensão oral - Frasco 150 ml			
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500 mg + 125mg - Comprimido			
Amox. + Clav. De potássio 50 + 12,5 mg/ml - Suspensão oral - fr 75 ml			
Anlodipina 10 mg - Comprimido			
Atenolol 50 mg - Comprimido			
Azitromicina 500 mg - Comprimido			
Azitromicina 40 mg/ml - Pó suspensão oral - frasco 15 ml			
Beclometasona, Dipropionato de, 50 mcg/dose - Aerosol - 200 doses			
Beclometasona, Diprop. de, 250 mcg/dose - Aerosol Nasal - 200 doses			
Bromoprida 4 mg/ml - Frasco gotas - 20 ml			
Captopril 25 mg - Comprimido			
Cefalexina 500 mg - Cápsula ou comprimido			
Cefalexina 50 mg/ml - Suspensão oral - frasco 100 ml			
Ciprofloxacino 500 mg - Comprimido			
Dexametasona 0,1% - Creme - tubo 10 g			
Dexcloferinamina 0,4 mg/ml - Solução oral - frasco 100 ml			
Digoxina 0,25 mg - Comprimido			
Dipirona 500 mg/ml - Solução oral - frasco 10 ml			
Enalapril 10 mg - Comprimido			
Eritromicina 50 mg/ml - Suspensão oral - frasco 60 ml			
Espironolactona 25 mg - Comprimido			
Espironolactona 100 mg - Comprimido			
Furosemida 40 mg - Comprimido			
Glibenclâmida 5 mg - Comprimido			
Hidroclorotiazida 25 mg - Comprimido			
Ibuprofeno 300 mg - Comprimido			
Isossorbida, Mononitrato de, 40 mg - Comprimido			
Ivermectina 6 mg - Comprimido			
Levotiroxina 25 mcg - Comprimido			
Levotiroxina 50 mcg - Comprimido			
Loratadina 10 mg - Comprimido			
Metformina 850 mg - Comprimido			



ANEXO LIV
VERSO

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

DESCRIÇÃO	ESTOQUE	SOLICITADO	ATENDIDO
Metildopa 250 mg - Comprimido			
Metoclopramida 4 mg/ml - Solução oral - frasco 10 ml			
Metronidazol 250 mg - Comprimido			
Metronidazol 40 mg/ml - Suspensão oral - frasco 100 ml			
Metronidazol 100 mg/g - Gel vaginal - Bisnaga 50 g com 1 aplicador			
Miconazol 2% - Creme Vaginal - Bisnaga 50 g com 1 aplicador			
Nistatina 100.000 UI/ml - Suspensão Oral - frasco 50 ml			
Omeprazol 20 mg - Cápsula			
Paracetamol 500 mg - Comprimido			
Paracetamol 200 mg/ml - Solução Oral - frasco 15 ml			
Permetrina 1% - Solução tópica - frasco 60 ml			
Prednisona 5 mg - Comprimido			
Prednisona 20 mg - Comprimido			
Prednisolona, fosfato sódico 1,34 mg/ml - Solução oral - frasco 100 ml			
Propranolol 40 mg - Comprimido			
Ranitidina 150 mg - Comprimido			
Sais para Reidratação Oral - Pó para solução oral - envelope 27,9 g			
Sinvastatina 20 mg - Comprimido			
Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg - Comprimido			
Sulfametoxazol 40 mg + Trimetoprima 8 mg/ml - Susp. Oral - frasco			
Sulfato Ferroso 25 mg/ml - Fe+2 - Solução oral - frasco 30 ml			
Sulfato Ferroso 40 mg de Fe++ - Comprimido			

Medicamentos para uso exclusivo dentro das Unidades de Saúde			
Fenoterol, bromidrato 5 mg/ml - Solução para Nebulização - Frasco			
Ipratrópio, brometo 0,25 mg/ml - Solução Inalante - frasco 20 ml			
Sulfadiazina de prata 1% - Pasta - pote 400 g			

OBSERVAÇÕES

- 1 - É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento da coluna **ESTOQUE**, o descumprimento acarretará no atraso do envio do pedido;
- 2 - Enviar para CAF conforme cronograma definido da Unidade.



ANEXO LV



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

Coordenação Odontológica

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

(Cumprimento da exigência contida no inciso VIII do artigo 5º do Código de Ética Odontológica)

Identificação do Paciente

Nome: _____

RG: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Distrito: _____

Histórico médico

Sofre alguma doença? () Sim () Não _____

Está em tratamento médico? () Sim () Não _____

Está tomando alguma medicação? () Sim () Não _____

Nome e telefone do médico? _____

Gravidez? () Sim () Não Toma anticoncepcional? () Sim () Não

Já foi operado? () Sim () Não _____

Já teve problema com cicatrização? () Sim () Não _____

Já teve problema com anestesia? () Sim () Não _____

Já teve problema com hemorragia? () Sim () Não _____

Teve ou tem algumas destas doenças?

☐ Diabetes

☐ Hepatite

☐ Anemia

☐ Hemofilia

☐ Febre Reumática

☐ Problemas Neurológicos

☐ Problemas Renais

☐ Problemas Gástricos

☐ Desmaios

☐ Alergia

☐ Doença Cardíaca

☐ Aids

☐ Hipertensão

☐ Outros: _____

Antecedentes Familiares _____

Observações importantes _____

Assinatura do paciente ou responsável



ANEXO LVI



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Coordenação Odontológica

REFERÊNCIA

ESPECIALIDADE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ NASC: _____ P.S.F.: _____

TELEFONE: _____ MUNICÍPIO: _____

ENDEREÇO: _____

CASA,APTº: _____ BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

PROCEDIMENTO INDICADO: _____

ELEMENTO: _____ ACS: _____

RESUMO AS HISTÓRIA CLÍNICA: _____

RX: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____

DATA: _____ ASS.: _____

RESPOSTA (CEO)

INICIO DO TRATAMENTO: _____

PARECER E CONDUTA: _____

TÉRMINO DO TRATAMENTO: _____ RX: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



ANEXO LVII

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM Secretaria Municipal de Saúde NOTA DE ABASTECIMENTO		Nº 003500 Data: ____/____/____
Carro: _____ Placa: _____		
Nome: _____ Setor: _____		
Local de Abastecimento: _____		
GASOLINA	Litros	
DIESEL	Litros	
ÁLCOOL	Litros	
ÓLEO LUBRIF.	Litros	
Assinatura:		

1ª via - cor branca
2ª via - cor amarela

OBS: DAR SEQUENCIA À ESSA
NUMERAÇÃO.



ANEXO LVIII



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



TERMO DE ADVERTÊNCIA

Nº 000

Nome/Razão Social:	
CPF/CNPJ:	
Endereço:	Cidade:
Tel:	e-mail:
Ramo de Atividade:	

Às ____:____h, pela presente, fica a Empresa/Instituição em epígrafe, ADVERTIDA na pessoa do seu representante Legal/Responsável Técnico a cumprir no prazo de _____ dias as seguintes exigências:

o que caracteriza infração sanitária, nos termos da Lei Municipal 1297, de 21 de Dezembro de 2010 e demais legislações sanitárias vigentes.

Fica o infrator(a) ciente que a autoridade sanitária retornará no prazo estabelecido para nova inspeção e que, como previsto na legislação em vigor, a reincidência acarretará a aplicação de penalidade mais grave, incluindo multa e/ou interdição do estabelecimento/produto, sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis na forma da Lei.

Assinatura e Carimbo dos Técnicos da VISA:	Local e Data:
	____/____/____

Às ____:____h do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição

Ou testemunhas:		
Nome	Assinatura	Identificação
Nome	Assinatura	Identificação

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO LIX



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



TERMO DE APREENSÃO DE AMOSTRAS

Nº 000

Nome/Razão Social: _____		
CPF/CNPJ: _____		
Endereço: _____		Cidade: _____
Tel: _____	e-mail: _____	
Ramo de Atividade: _____		
Nesta data, às ____:____h, com fundamento no(s) artigo(s) _____, em visita realizada no Estabelecimento em epígrafe, apreendi _____ unidade(s) do produto denominado _____ marca _____ registro nº _____, lote _____ data de fabricação ____/____/____, data de validade ____/____/____, forma de apresentação: _____ armazenado _____, fabricado/importado por _____ CNPJ Nº _____ estabelecido à _____ constituindo amostra representativa/indicativa do estoque existe, que foi dividida em três partes, sendo autenticadas e tornadas invioláveis através dos lacres nº _____, contendo cada parte _____ unidades do citado produto. A parte da amostra com lacre nº _____ foi deixada no estabelecimento em poder do Sr. _____ para servir de contraprova, se for o caso, e as outras duas serão enviadas ao Laboratório Oficial _____ para análise: ☐ Microscópica ☐ Microbiológica ☐ Físico-química ☐ Outras _____		
Assinatura e Carimbo dos Técnicos da VISA: _____		Local e Data: _____ _____/____/____
Às ____:____h do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente. _____ Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição		
Ou testemunhas:		
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO LX



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



TERMO DE INTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTO SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº 000

☐ TOTAL ☐ PARCIAL ☐ CAUTELAR

Nome/Razão Social:		
CPF/CNPJ:		
Endereço:		Cidade:
Tel:	e-mail:	
Ramo de Atividade:		
Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____: _____ h, no exercício da fiscalização sanitária, com fundamento no art. 23, §4, da Lei Federal nº 6.437/77, interditei(amos) cautelaramente, pelo prazo de _____ dias, pela(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Contrariando o dispositivo no(s) artigo(s) _____ _____ Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, o descumprimento desta interdição poderá acarretar responsabilização na forma da Lei.		
Assinatura e Carimbo dos Técnicos:		Local e Data: _____ _____/_____/_____ _____/_____/_____
Às _____: _____ h do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente. _____ Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição		
Ou testemunhas:		
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



Fls. _____



Nº 000

1ª Via – Branca-VISA, 2ª Via – Amarela-Empresa/Instituição, 3ª Via – Azul-Arquivo



ANEXO LXIII

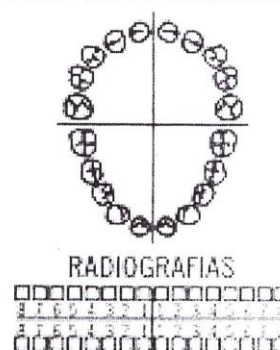
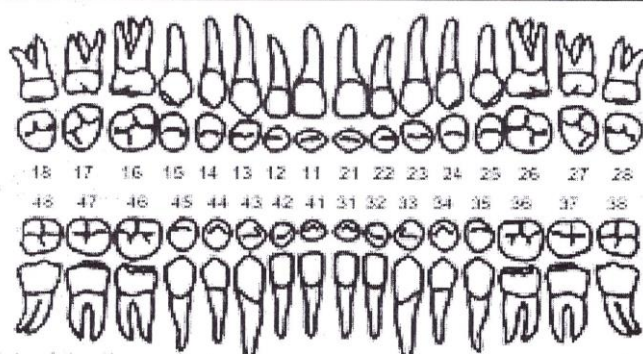


Nome: _____

D.N. ____/____/____ Est. Civil: _____ Profissão: _____

Indicação: _____ Convênio: _____

Telefone: _____ Endereço: _____



Observações: _____

Alérgico: ☐ Não ☐ Antibiótico ☐ Anestésico: _____

Tomando medicamento: ☐ Não ☐ Sim: _____

Problema de saúde: ☐ Não ☐ Sim: _____

PLANO DE TRATAMENTO Início: ____/____/____ Término: ____/____/____



ANEXO LXIV



Centro de Atenção Psicossocial





ANEXO LXV





EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021

PROPOSTA DE PREÇOS

ANEXO II

Modelo de Proposta

EMPRESA: _____

ENDEREÇO: _____

Item Descrição	Und. De medida	Quant.	MARCA	Valor Unitário (Em R\$)	Valor Total (Em R\$)
001- ATESTADO DE SAÚDE – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 01	BLC	200			
002-ATESTADO MÉDICO– 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 02	BLC	200			
003- AUTO DE APREENSÃO em papel Autocopiativo,25x3 picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 03	BLC	3			
004- AUTO DE INFRAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 04	BLC	3			
005-AUTO DE MULTA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 Em conformidade com anexo 05	BLC	3			
006- AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 06	BLC	20			
007-BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 07	BLC	200			
008- CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA 180 grEm conformidade com anexo 08	UN	4.000			
009- CARTÃO DE GESTANTE – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 09	UN	3.000			
010- COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE	UN	1.500			



E VERSO) tam. 10x13 cm Em conformidade com anexo 10					
011- DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO – 100 folhas tam. 12x18 cm (ou meia folha A4) Em conformidade com anexo 11	BLC	250			
012- EXAME DE ALTO CUSTO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 12	BLC	300			
013- EXAMES SOLICITADOS SIMPLES – 100 folhas tam. 11x15 cm Em conformidade com anexo 13	BLC	1.300			
014- FICHA DE REGISTRO DO VACINADO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 14	BLC	200			
015- FICHA DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. 20x14,5 cm Em conformidade com anexo 15	UN	1.400			
016- FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 16	BLC	30			
017- FICHA MÉDICA DA GESTANTE – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 17	BLC	30			
018- FOLHA DE FREQUÊNCIA MENSAL (FISIOTERAPIA) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 18	BLC	10			
019- FOLHA TIMBRADA A4 com logotipo COLORIDO, 75 gr/m ² - Bloco com 100 folhasEm conformidade com anexo 19	BLC	10			
020- LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 20	BLC	150			
021- MARCAÇÃO DE CONSULTA – 100 folhas tam. 9,5x5 cmEm conformidade com anexo 21	BL.	1.000			
022- PLANILHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURATIVO E AFINS PARA PACIENTE – 100 folhas tam. Meia Folha A4 Em conformidade com anexo 22	BL.	100			
023- PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL CORRELATO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 23	BL.	40			
024- PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 24	BLC	40			



025- PRONTUÁRIO MÉDICO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 25	BL.	1.000			
026- RECEITUÁRIO BRANCO COMUM – 100 folhas tam. 10x21 cmEm conformidade com anexo 26	BLC	3.000			
027- RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL – 2 VIAS – 100 folhas tam. 15,5x22 cm, Gr 56, 1ª via branca e 2ª via rosa Em conformidade com anexo 27	BL.	700			
028- RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL TIPO B NA COR AZUL COM 50 FOLHASGr 56Modelo em conformidade com anexo 28 – mesma cor do canhoto da receita anexado	TL	450			
029- REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 29	BL.	200			
030- REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 30	BL.	500			
031- SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 31	BL.	150			
032- SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA- 100 folhas tam. A4gr 56Em conformidade com anexo 32	BLC	200			
033- FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO- 100 UNIDADES GR 56Em conformidade com anexo 33	BLC	100			
034-BOLETIM DE INSPEÇÃO em papel Autocopiativo25x3,picotadas, impressão em uma cor, 3 vias (branco,amarelo e azul) numeradas Em conformidade com anexo 34	BLC	5			
035- FICHA DE VISITA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. 14X9 CMEm conformidade com anexo 35	BL.	25			
036- FICHA DE VISTORIA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 36	BL.	15			
037- PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE – PMCD (VIG. AMBIENTAL) – RESUMO SEMANAL DOS AGENTES – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 37	BL.	15			



038- REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 38	BL.	40			
039- BOLETIM DE CAMPO LIRAA 75g/m²Em conformidade com anexo 39	UN	300			
040- CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4Em conformidade com anexo 40	LIV.	350			
041- CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4Em conformidade com anexo 41	LIV.	350			
042- CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO – 03 páginas – capa em papel cartão 180 g e página única, frente e verso, em papel 120 g tam 16 x 12 cmEm conformidade com anexo 42	LIV.	350			
043- CADASTRO DOMICILIAR – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 43	BL.	150			
044- DECLARAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 44	BL.	150			
045- ETIQUETA LIRAA, 75 g/m² e 07x05 cmEm conformidade com anexo 45	UN	500			
046- FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE E ACOMPANHAMENTO/SISPRENATAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 46	BL.	10			
047- FICHA DE CONSULTA À PUÉPERA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 47	BL.	100			
048- FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 48	BL.	200			
049- FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 49	BL.	300			
050- FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL (E-SUS) (FRENTE E VERSO) – 100 FOLHAS tam. Folha A4Em conformidade com anexo 50	BL.	25			
051- FICHA DE LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE BPA – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 51	BL.	150			
052- FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – 100 folhas tam. A4Em	BL.	100			



conformidade com anexo 52					
053- FICHA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO INSERIDOS NAS LISTAGENS OFICIAIS – 100 folhas tam.A4Em conform	BL.	80			
054- PLANILHA DE CONTROLE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 54	BL.	100			
055- PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 55	BL.	25			
056- REFERÊNCIA ODONTOLÓGICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 56	BL.	25			
057- REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL – 2 VIAS – 50 folhas – ENUMERADAS tam. 11x16 cm-1ª via branca e 2ª via amarela Em conformidade com anexo 57	BL.	300			
058- TERMO DE ADVERTÊNCIA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 follhasEm conformidade com anexo 58	BL.	3			
059- TERMO DE APREENSÃO DE AMOSTRAS em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 59	BL.	3			
060- TERMO DE INTERDIÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 60	BL.	3			
061- TERMO DE INTIMAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 61	BL.	5			
062- CAPA DE PROCESSO – PAPEL BRANCO 180 gr/m²tam. 23,5x32,5 cmEm conformidade com anexo 62	UN	500			
063- FICHA DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA – 100 FOLHAS tam Folha A4Em conformidade com anexo 63	BL.	25			
064- BANNER IMPRESSO, sem armação, em material lona, medidas: 342x93cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 64 em cores (arquivo a ser enviado)	UN	10			
065- BANNER IMPRESSO, em material lona, medidas: 115x60cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 65 em cores (arquivo a ser	UN	5			



enviado)					
066- Tabela de registro de produção diária(Bloco com 100 folhas, tamanho, folha A4), conforme com anexo 66	BL.	25			
VALOR GLOBAL=					

Declaro para os devidos fins que nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente no fornecimento dos bens.

Validade da Proposta: 60 dias

Esta proposta deverá ser preenchida e enviada à PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM, devidamente assinada por responsável da firma informante, em envelope lacrado.

BANCO : _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

OPERAÇÃO: _____

Bom Jardim/RJ, _____ de _____ de 2021.

Carimbo do CNPJ e assinatura do proponente



EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

ANEXO III

Aos _____ dias do mês de _____ do ano de _____, na Comissão de Licitações e Compras, registram-se os preços da Empresa _____, com sede na _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representada pelo seu _____, _____, portador da carteira de Identidade nº _____, órgão expedidor _____, CPF nº _____. Constitui objeto desta Licitação o Registro de Contratação eventual e futura aquisição de MATERIAL GRÁFICO mediante o Sistema de Registro de Preços, para atender a demanda das Unidades de Saúde, CAPS, CREAPSIS e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde. Integram esta Ata de Registro de Preços o Termo de Proposta Comercial – Anexo II, independente de transcrição.

Item Descrição	Und. De medida	Quant.	Marca	Valor Unitário (Em R\$)	Valor Total (Em R\$)
001- ATESTADO DE SAÚDE – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 01	BLC	200			
002-ATESTADO MÉDICO– 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 02	BLC	200			
003- AUTO DE APREENSÃO em papel Autocopiativo, 25x3 picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 03	BLC	3			
004- AUTO DE INFRAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 04	BLC	3			
005-AUTO DE MULTA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 Em conformidade com anexo 05	BLC	3			
006- AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 06	BLC	20			
007-BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 07	BLC	200			
008- CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA 180 gr Em conformidade com anexo 08	UN	4.000			
009- CARTÃO DE GESTANTE – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 09	UN	3.000			



010- COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. 10x13 cm Em conformidade com anexo 10	UN	1.500			
011- DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO – 100 folhas tam. 12x18 cm (ou meia folha A4) Em conformidade com anexo 11	BLC	250			
012- EXAME DE ALTO CUSTO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 12	BLC	300			
013- EXAMES SOLICITADOS SIMPLES – 100 folhas tam. 11x15 cm Em conformidade com anexo 13	BLC	1.300			
014- FICHA DE REGISTRO DO VACINADO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 14	BLC	200			
015- FICHA DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – PAPEL BRANCO 180 gr/m² (FRENTE E VERSO) tam. 20x14,5 cm Em conformidade com anexo 15	UN	1.400			
016- FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 16	BLC	30			
017- FICHA MÉDICA DA GESTANTE – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 17	BLC	30			
018- FOLHA DE FREQUÊNCIA MENSAL (FISIOTERAPIA) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 18	BLC	10			
019- FOLHA TIMBRADA A4 com logotipo COLORIDO, 75 gr/m² - Bloco com 100 folhasEm conformidade com anexo 19	BLC	10			
020- LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 20	BLC	150			
021- MARCAÇÃO DE CONSULTA – 100 folhas tam. 9,5x5 cmEm conformidade com anexo 21	BL.	1.000			
022- PLANILHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURATIVO E AFINS PARA PACIENTE – 100 folhas tam. Meia Folha A4 Em conformidade com anexo 22	BL.	100			
023- PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL CORRELATO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 23	BL.	40			
024- PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em	BLC	40			



conformidade com anexo 24					
025- PRONTUÁRIO MÉDICO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 25	BL.	1.000			
026- RECEITUÁRIO BRANCO COMUM – 100 folhas tam. 10x21 cmEm conformidade com anexo 26	BLC	3.000			
027- RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL – 2 VIAS – 100 folhas tam. 15,5x22 cm, Gr 56, 1ª via branca e 2ª via rosa Em conformidade com anexo 27	BL.	700			
028- RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL TIPO B NA COR AZUL COM 50 FOLHASGr 56Modelo em conformidade com anexo 28 – mesma cor do canhoto da receita anexado	TL	450			
029- REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 29	BL.	200			
030- REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 30	BL.	500			
031- SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 31	BL.	150			
032- SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA- 100 folhas tam. A4gr 56Em conformidade com anexo 32	BLC	200			
033- FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO- 100 UNIDADES GR 56Em conformidade com anexo 33	BLC	100			
034-BOLETIM DE INSPEÇÃO em papel Autocopiativo25x3,picotadas, impressão em uma cor, 3 vias (branco,amarelo e azul) numeradas Em conformidade com anexo 34	BLC	5			
035- FICHA DE VISITA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. 14X9 CMEm conformidade com anexo 35	BL.	25			
036- FICHA DE VISTORIA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 36	BL.	15			
037- PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE – PMCD (VIG. AMBIENTAL) – RESUMO SEMANAL DOS AGENTES – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 37	BL.	15			



038- REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 38	BL.	40			
039- BOLETIM DE CAMPO LIRAA 75g/m²Em conformidade com anexo 39	UN	300			
040- CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4Em conformidade com anexo 40	LIV.	350			
041- CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4Em conformidade com anexo 41	LIV.	350			
042- CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO – 03 páginas – capa em papel cartão 180 g e página única, frente e verso, em papel 120 g tam16 x 12 cmEm conformidade com anexo 42	LIV.	350			
043- CADASTRO DOMICILIAR – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 43	BL.	150			
044- DECLARAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE– 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 44	BL.	150			
045- ETIQUETA LIRAA, 75 g/m² e 07x05 cmEm conformidade com anexo 45	UN	500			
046- FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE E ACOMPANHAMENTO/SISPRENATAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 46	BL.	10			
047- FICHA DE CONSULTA À PUÉPERA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 47	BL.	100			
048- FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 48	BL.	200			
049- FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 49	BL.	300			
050- FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL (E-SUS) (FRENTE E VERSO) – 100 FOLHAS tam. Folha A4Em conformidade com anexo 50	BL.	25			
051- FICHA DE LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE BPA – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 51	BL.	150			
052- FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 52	BL.	100			



053- FICHA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO INSERIDOS NAS LISTAGENS OFICIAIS – 100 folhas tam.A4Em conform	BL.	80			
054- PLANILHA DE CONTROLE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – 100 folhas tam. A4Em conformidade com anexo 54	BL.	100			
055- PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 55	BL.	25			
056- REFERÊNCIA ODONTOLÓGICA – 100 folhas tam. Folha A4Em conformidade com anexo 56	BL.	25			
057- REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL – 2 VIAS – 50 folhas – ENUMERADAS tam. 11x16 cm-1ª via branca e 2ª via amarela Em conformidade com anexo 57	BL.	300			
058- TERMO DE ADVERTÊNCIA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 follhasEm conformidade com anexo 58	BL.	3			
059- TERMO DE APREENSÃO DE AMOSTRAS em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 59	BL.	3			
060- TERMO DE INTERDIÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 60	BL.	3			
061- TERMO DE INTIMAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor,em 3 vias numeradas – 100 folhasEm conformidade com anexo 61	BL.	5			
062- CAPA DE PROCESSO – PAPEL BRANCO 180 gr/m²tam. 23,5x32,5 cmEm conformidade com anexo 62	UN	500			
063- FICHA DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA – 100 FOLHAS tam Folha A4Em conformidade com anexo 63	BL.	25			
064- BANNER IMPRESSO, sem armação, em material lona, medidas: 342x93cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 64 em cores (arquivo a ser enviado)	UN	10			
065- BANNER IMPRESSO, em material lona, medidas: 115x60cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 65 em cores (arquivo a ser enviado)	UN	5			
066- Tabela de registro de produção diária(Bloco com 100 folhas, tamanho, folha A4), conforme com	BL.	25			



anexo 66

1 - DETALHAMENTO DO OBJETO

1.1 – DETALHAMENTO DO OBJETO

1.1.2 – Serão registrados os preços dos seguintes itens, em suas respectivas qualidades e quantidades:

ITEM	DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	PREVISÃO O MÍNIMA ANUAL	PREVISÃO O MÁXIMA ANUAL
01	ATESTADO DE SAÚDE – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 01	BLOCOS	100	200
02	ATESTADO MÉDICO – 100 folhas tam. 16x11 cm Em conformidade com anexo 02	BLOCOS	100	200
03	AUTO DE APREENSÃO em papel Autocopiativo, 25x3 picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 03	BLOCOS	02	03
04	AUTO DE INFRAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 04	BLOCOS	02	03
05	AUTO DE MULTA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 05	BLOCOS	02	03
06	AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 06	BLOCOS	10	20
07	BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 07	BLOCOS	100	200
08	CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA 180 gr Em conformidade com anexo 08	UNID	2.500	4.000
09	CARTÃO DE GESTANTE – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 09	UNID	2.500	3.000
10	COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. 10x13 cm Em conformidade com anexo 10	UNID	850	1.500
11	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO – 100 folhas tam. 12x18 cm (ou meia folha A4)	BLOCOS	100	250



	Em conformidade com anexo 11			
12	EXAME DE ALTO CUSTO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 12	BLOCOS	200	300
13	EXAMES SOLICITADOS SIMPLES – 100 folhas tam. 11x15 cm Em conformidade com anexo 13	BLOCOS	1.280	1.300
14	FICHA DE REGISTRO DO VACINADO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 14	BLOCOS	100	200
15	FICHA DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – PAPEL BRANCO 180 gr/m ² (FRENTE E VERSO) tam. 20x14,5 cm Em conformidade com anexo 15	UNID	700	1.400
16	FICHA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 16	BLOCOS	15	30
17	FICHA MÉDICA DA GESTANTE – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 17	BLOCOS	15	30
18	FOLHA DE FREQUÊNCIA MENSAL (FISIOTERAPIA) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 18	BLOCOS	05	10
19	FOLHA TIMBRADA A4 com logotipo COLORIDO, 75 gr/m ² - Bloco com 100 folhas Em conformidade com anexo 19, em cores (arquivo a ser enviado)	BLOCOS	02	10
20	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 20	BLOCOS	100	150
21	MARCAÇÃO DE CONSULTA – 100 folhas tam. 9,5x5 cm Em conformidade com anexo 21	BLOCOS	500	1.000
22	PLANILHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURATIVO E AFINIS PARA PACIENTE – 100 folhas tam. Meia Folha A4 Em conformidade com anexo 22	BLOCOS	20	100
23	PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE E SOLICITAÇÃO DE MATERIAL CORRELATO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 23	BLOCOS	15	40
24	PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E GRÁFICA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 24	BLOCOS	15	40
25	PRONTUÁRIO MÉDICO (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 25	BLOCOS	500	1.000
26	RECEITUÁRIO BRANCO COMUM – 100 folhas tam. 10x21 cm	BLOCOS	2.500	3.000



	Em conformidade com anexo 26			
27	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL – 2 VIAS – 100 folhas tam. 15,5x22 cm, Gr 56, 1ª via branca e 2ª via rosa Em conformidade com anexo 27	BLOCOS	550	700
28	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL TIPO B NA COR AZUL COM 50 FOLHAS Gr 56 Modelo em conformidade com anexo 28 – mesma cor do canhoto da receita anexado	TALÃO	400	450
29	REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 29	BLOCOS	100	200
30	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 30	BLOCOS	400	500
31	SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM NEUROLOGIA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 31	BLOCOS	50	150
32	SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA- 100 folhas tam. A4gr 56 Em conformidade com anexo 32	BLOCOS	150	200
33	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO- 100 UNIDADES GR 56 Em conformidade com anexo 33	BLOCOS	50	100
34	BOLETIM DE INSPEÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, 3 vias (branco, amarelo e azul) numeradas Em conformidade com anexo 34	BLOCOS	04	05
35	FICHA DE VISITA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. 14X9 CM Em conformidade com anexo 35	BLOCOS	20	25
36	FICHA DE VISTORIA (VIG. AMBIENTAL) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 36	BLOCOS	10	15
37	PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE – PMCD (VIG. AMBIENTAL) – RESUMO SEMANAL DOS AGENTES – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 37	BLOCOS	10	15
38	REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 38	BLOCOS	35	40
39	BOLETIM DE CAMPO LIRAa 75g/m² Em conformidade com anexo 39	UNID	250	300
40	CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4	LIVRETO	300	350



	Em conformidade com anexo 40			
41	CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO – 04 páginas – capa em papel cartão 180 g e páginas em papel 120 g – Colorido 4x4 tam meia folha A4 Em conformidade com anexo 41	LIVRETO	300	350
42	CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO – 03 páginas – capa em papel cartão 180 g e página única, frente e verso, em papel 120 g tam 16 x 12 cm Em conformidade com anexo 42	LIVRETO	300	350
43	CADASTRO DOMICILIAR – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 43	BLOCOS	50	150
44	DECLARAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 44	BLOCOS	50	150
45	ETIQUETA LIRAA, 75 g/m ² e 07x05 cm Em conformidade com anexo 45	UNID	350	500
46	FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE E ACOMPANHAMENTO/SISPRENATAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 46	BLOCOS	05	10
47	FICHA DE CONSULTA À PUÉPERA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 47	BLOCOS	50	100
48	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 48	BLOCOS	150	200
49	FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FRENTE E VERSO) – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 49	BLOCOS	250	300
50	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL (E-SUS) (FRENTE E VERSO) – 100 FOLHAS tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 50	BLOCOS	10	25
51	FICHA DE LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE BPA – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 51	BLOCOS	30	150
52	FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 52	BLOCOS	90	100
53	FICHA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO INSERIDOS NAS LISTAGENS OFICIAIS – 100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 53	BLOCOS	40	80
54	PLANILHA DE CONTROLE E SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS –	BLOCOS	90	100



	100 folhas tam. A4 Em conformidade com anexo 54			
55	PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 55	BLOCOS	10	25
56	REFERÊNCIA ODONTOLÓGICA – 100 folhas tam. Folha A4 Em conformidade com anexo 56	BLOCOS	20	25
57	REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL – 2 VIAS – 50 folhas – ENUMERADAS tam. 11x16 cm-1ª via branca e 2ª via amarela Em conformidade com anexo 57	BLOCOS	144	300
58	TERMO DE ADVERTÊNCIA em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 58	BLOCOS	02	03
59	TERMO DE APREENSÃO DE AMOSTRAS em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 59	BLOCOS	02	03
60	TERMO DE INTERDIÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 60	BLOCOS	02	03
61	TERMO DE INTIMAÇÃO em papel Autocopiativo 25x3, picotadas, impressão em uma cor, em 3 vias numeradas – 100 folhas Em conformidade com anexo 61	BLOCOS	04	05
62	CAPA DE PROCESSO – PAPEL BRANCO 180 gr/m² tam. 23,5x32,5 cm Em conformidade com anexo 62	UNID	350	500
63	FICHA DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA – 100 FOLHAS tam Folha A4 Em conformidade com anexo 63	BLOCOS	20	25
64	BANNER IMPRESSO, sem armação, em material lona, medidas: 342x93cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 64 em cores (arquivo a ser enviado)	UNID	01	10
65	BANNER IMPRESSO, em material lona, medidas: 115x60cm com ilhós por toda lateral. Em conformidade com anexo 65 em cores (arquivo a ser enviado)	UNID	01	05
66	Tabela de registro de produção diária (Bloco com 100 folhas, tamanho, folha A4), conforme com anexo 66	BLOCOS	15	25

2 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA



2.1 – A CONTRATADA deve cumprir todas as obrigações constantes no instrumento convocatório, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa execução do objeto e, ainda:

2.1.1 – Efetuar a entrega do itens em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Termo de Referência e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, que constará as especificações referentes ao objeto.

2.1.2 – Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990);

2.1.3 – Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado pela Administração, o objeto com avarias ou defeitos;

2.1.4 – Comunicar à Administração, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

2.1.5 – Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

2.1.6 – Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;

2.1.7 – Comunicar à Administração sobre qualquer alteração no endereço, conta bancária ou outros dados necessários para recebimento de correspondência, enquanto perdurar os efeitos da contratação;

2.1.8 – Receber as comunicações da Administração e respondê-las ou atendê-las nos prazos específicos constantes da comunicação;

2.1.9 – Arcar com todas as despesas diretas e indiretas decorrentes do objeto, tais como tributos, encargos sociais e trabalhistas, transporte, depósito e entrega dos objetos.

3 – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO

3.1 – A Administração está sujeita às seguintes obrigações:

3.1.1 – Emitir a ordem de início e receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos;

3.1.2 – Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do instrumento convocatório e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

3.1.3 – Comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

3.1.4 – Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da CONTRATADA, através de comissão ou servidor especialmente designado para tanto, aplicando sanções administrativas em caso de descumprimento das obrigações sem justificativa;



3.1.5 – Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no instrumento convocatório e seus anexos;

3.2 – A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da CONTRATADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

4 – DURAÇÃO, ALTERAÇÃO E EXTINÇÃO CONTRATUAL

4.1 – A ata de registro de preços terá duração de 12 meses, com eficácia na forma do art. 61, parágrafo único da Lei Federal nº 8.666/93, sendo vedada sua prorrogação. A iniciar a partir da assinatura da ata de registro de preços.

4.2 – As obrigações disciplinadas na ata de registro de preços e no instrumento convocatório poderão ser alteradas por comum acordo das partes, após justificativa da Administração, nas seguintes hipóteses:

4.2.1 – Quando conveniente a substituição de garantia de execução;

4.2.2 – Quando necessária a modificação da forma de fornecimento ou da dinâmica de execução, em razão da verificação técnica de inaplicabilidade dos termos originais;

4.2.3 – Quando necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes, mantido o valor inicial atualizado, sendo vedada a antecipação do pagamento sem a correspondente contraprestação do fornecimento;

4.2.4 – Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos da CONTRATADA e a retribuição da Administração para a justa remuneração, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial, quando sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

4.4 – O registro do fornecedor será cancelado quando:

4.4.1 – Descumprir as condições da ata de registro de preços;

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

4.4.3 – Não aceitar reduzir o seu preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou

4.4.4 – Sofrer sanção administrativa cujo efeito torne-o proibido de celebrar contrato administrativo, alcançando o órgão gerenciador e órgão(s) participante(s).

4.5 – O cancelamento de registros será formalizado por despacho do órgão gerenciador, assegurado o contraditório e a ampla defesa.



4.6 – O cancelamento do registro de preços poderá ocorrer por fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados por razão de interesse público ou a pedido do fornecedor.

4.7 – A ata de registro de preços será revogada quando não restarem fornecedores registrados ou por razões de interesse público, devidamente fundamentado.

5 – DINÂMICA DE EXECUÇÃO E RECEBIMENTO DO CONTRATO

5.1 – A Administração emitirá por escrito ordem de fornecimento, com a quantidade e identificação dos bens que serão fornecidos indiretamente, de forma parcelada, o local de fornecimento, o prazo máximo para a entrega, a identificação e assinatura do gestor responsável pela emissão da ordem e a identificação da pessoa jurídica a que se destina a ordem.

5.2 – Os bens a serem adquiridos serão fornecidos em remessa parcelada, conforme ordens de fornecimento, em prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após o recebimento desta, no seguinte endereço: Almoxarifado da Secretaria de Saúde, sito a Avenida Tancredo Neves, 441- Térreo – Edifício Filinho – Bairro Maravilha – Bom Jardim/RJ, de 2ª a 6ª feira de 09:00 as 16:00 hs. Os mesmos deverão ser conferidos e recebidos pelo Chefe do setor, que atestará a Nota Fiscal ou alguém delegado por ele, devendo ser servidor estatutário.

5.3 – O prazo para conclusão do fornecimento dos bens requisitados poderá ser prorrogado, mediante justificativa idônea e autorização expressa da fiscalização do contrato, mantidas as demais condições da contratação.

5.4 – Os itens serão recebidos provisoriamente pelo responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no instrumento convocatório, em seus anexos ou na proposta.

5.5 – Os itens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes no instrumento convocatório, em seus anexos ou na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 15 dias úteis, a contar da notificação ao adjudicatário, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

5.6 – Os itens serão recebidos definitivamente no prazo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado ou ateste das notas fiscais.

5.7 – Caso a verificação de conformidade não seja procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

5.8 – O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.



6 – GESTOR DO CONTRATO E ATRIBUIÇÕES

6.1 – O gestor do contrato é a Secretaria de Saúde, representado Wueliton Pires, Matrícula nº. 11/2035, Secretário Municipal de Saúde.

6.2 – Compete ao gestor do contrato:

- 6.2.1 – Emitir a ordem de início da execução contratual;
- 6.2.2 – Solicitar à fiscalização do contrato que inicie os procedimentos de acompanhamento e fiscalização;
- 6.2.3 – Encaminhar comunicações à CONTRATADA ou fornecer meios para que a fiscalização se comunique com a CONTRATADA;
- 6.2.4 – Aplicar sanções por descumprimento contratual;
- 6.2.5 – Requerer ou conceder ajustes, aditivos, suspensões, prorrogações ou supressões ao contrato, na forma da legislação;
- 6.2.6 – Rescindir o contrato, nas hipóteses do instrumento convocatório e da legislação aplicável;
- 6.2.7 – Tomar demais medidas necessárias para a regularização de faltas ou eventuais problemas relacionados à execução do contrato.
- 6.2.8 – Solicitar ao Fiscal de Contrato o envio de relatórios relativos à fiscalização de contrato.

7 – FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E ATRIBUIÇÕES

7.1 – Será responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato os servidores **Christiano de Paula** - Chefe de Almoxarifado mat. 12/1975 – SMS Fiscal do Contrato e **Eno Carlos Feliciano Pinto** - Auxiliar de Serviços de Saúde mat. 10/1734-5 – SMS Fiscal do Contrato.

7.2 – Compete à fiscalização do contrato:

- 7.2.1 – Realizar os procedimentos de acompanhamento da execução do contrato;
- 7.2.2 – Apresentar-se pessoalmente no local, data e horário para o recebimento dos serviços;
- 7.2.3 – Apurar ouvidorias, reclamações ou denúncias relativas à execução do contrato, inclusive anônimas;
- 7.2.4 – Receber e analisar os documentos emitidos pela CONTRATADA que são exigidos no instrumento convocatório e seus anexos;
- 7.2.5 – Elaborar o registro próprio e emitir termo circunstanciando, recibos e demais instrumentos de fiscalização, anotando todas as ocorrências da execução do contrato;
- 7.2.6 – Verificar a quantidade, qualidade e conformidade da prestação de serviços;
- 7.2.7 – Recusar os serviços entregues em desacordo com o instrumento convocatório e seus anexos, exigindo sua substituição no prazo disposto no instrumento convocatório e seus anexos;



7.2.8 – Atestar o recebimento definitivo dos serviços entregues em acordo com o instrumento convocatório e seus anexos.

8 – FORMA DE PAGAMENTO

8.1 – O CONTRATANTE terá:

8.1.1 – O prazo de 05 (cinco) dias corridos, contados da data do recebimento definitivo dos serviços, para realizar o pagamento, nos casos de serviços recebidos cujo valor não ultrapasse R\$17.600,00 (dezesete mil e seiscentos reais), na forma do art. 5º, §3º da Lei Federal nº 8666/93.

8.1.2 – O prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento definitivo dos serviços, para realizar o pagamento, nas demais hipóteses.

8.2 – Os documentos fiscais serão emitidos em nome do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JARDIM, CNPJ nº 11.867.889/0001-25, situado na Praça Governador Roberto Silveira, nº 44, Centro, Bom Jardim - RJ, CEP 28660-000.

8.3 – Junto aos documentos fiscais, a CONTRATADA deverá apresentar os documentos de habilitação e regularidade fiscal e trabalhista com validade atualizada exigidas no instrumento convocatório e seus anexos.

8.4 – Após a juntada da prova de recebimento definitivo, a Administração incluirá o crédito da CONTRATADA na respectiva fila de pagamento, a fim de garantir o pagamento em obediência à estrita ordem cronológica das datas de exigibilidade dos créditos.

8.5 – A ordem de pagamento poderá ser alterada por despacho fundamentado da autoridade superior, nas hipóteses de:

8.5.1 – Haver suspensão do pagamento do crédito;

8.5.2 – Grave perturbação da ordem, situação de emergência ou calamidade pública;

8.5.3 – Haver seguros veiculares e imobiliários;

8.5.4 – Evitar fundada ameaça de interrupção dos serviços essenciais da Administração ou para restaurá-los;

8.5.5 – Cumprimento de ordem judicial ou decisão de Tribunal de Contas;

8.5.6 – Pagamento de direitos oriundos de contratos em caso de falência, recuperação judicial ou dissolução da empresa contratada;

8.5.7 – Ocorrência de casos fortuitos ou força maior;

8.5.8 – Créditos decorrentes de empréstimos e financiamentos bancários;

8.5.9 – Outros motivos de relevante interesse público, devidamente comprovados e motivados.

8.6 – O pagamento será suspenso, por meio de decisão motivada dos servidores competentes, em caso de constada irregularidade na documentação da CONTRATADA ou irregularidade durante o processo de liquidação.



8.7 – O pagamento será feito em depósito em conta corrente informada pela CONTRATADA, em parcelas correspondentes a cada ordem de fornecimento, na forma da legislação vigente.

8.7.1 – Os itens relativos ao fornecimento deverão corresponder, em sua totalidade, aos itens constantes na ordem de fornecimento e na nota de empenho emitida pela Administração, sem qualquer divergência entre estes.

8.7.2 – É vedada a antecipação do pagamento sem a correspondente contraprestação do fornecimento em sua totalidade.

8.8 – Os pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à CONTRATADA, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IPC-A e juros moratórios de 0,5% ao mês.

8.9 – A compensação financeira será calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula: $EM = N \times V \times I$, onde EM é o encargo moratório devido, N é o número de dias atrasados do pagamento, V é o valor que deveria ser pago, e I é o índice de compensação, com valor de 0,00016438.

8.10 – Na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando prejuízo econômico extraordinário e extracontratual, para restabelecer a relação que os contratantes pactuaram inicialmente entre os encargos da CONTRATADA e a Administração para o justo pagamento, a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro deverá ser expressamente solicitada, justificada e devidamente comprovada pela CONTRATADA.

8.11 – É vedado à CONTRATADA a cessão de crédito para instituições financeiras decorrentes dos pagamentos futuros dispostos no instrumento convocatório e seus anexos, ressalvada a hipótese do art. 46 da Lei Complementar nº 123/06.

9 – REAJUSTES DOS PREÇOS

9.1 – A Administração realizará pesquisa de mercado periodicamente, em intervalos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias, a fim de verificar a vantajosidade dos preços registrados na ata de registro de preços.

9.2 – Os preços estabelecidos poderão ser revistos em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo dos bens registrados, cabendo ao órgão gerenciador promover as negociações junto aos fornecedores, observadas as disposições contidas na alínea “d” do inciso II do caput do art. 65 da Lei Federal nº 8.666, de 1993.

9.3 – Quando o preço registrado tornar-se superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, o órgão gerenciador convocará a adjudicatária para negociar a redução dos preços aos valores praticados pelo mercado.

9.4 – Os fornecedores que não aceitarem reduzir seus preços aos valores praticados pelo mercado serão liberados do compromisso assumido, sem aplicação de penalidade.



9.5 – A ordem de classificação dos fornecedores que aceitarem reduzir seus preços aos valores de mercado observará a classificação original.

9.6 – Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador poderá liberar a adjudicatária do compromisso assumido, caso a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento, sem aplicação da penalidade quando confirmada a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados.

9.7 – Os licitantes remanescentes serão convocados para fornecer o produto pelo preço registrado, observada a classificação original.

9.8 – Não será aplicada penalidade ao licitante convocado na forma deste item que não aceitar a proposta da Administração.

9.9 – Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador deverá proceder à revogação da ata de registro de preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

10 – PENALIDADES

10.1 – Pela inexecução total ou parcial do contrato, bem como pela inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos, a CONTRATADA ficará sujeita aos termos do disposto nos artigos 86 a 88 da Lei Federal nº 8.666/93, sendo-lhe aplicada, garantidas a prévia defesa, as seguintes penalidades:

10.1.1 – Advertência;

10.1.2 – Multa(s);

10.1.3 – Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

10.1.4 – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2 – São infrações leves as condutas que caracterizam inexecução parcial do contrato, mas sem prejuízo à Administração, em especial:

10.2.1 – Não prestar os serviços conforme as especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos, corrigindo em tempo hábil o fornecimento;

10.2.2 – Não observar as cláusulas contratuais referentes às obrigações, quando não importar em conduta mais grave;

10.2.3 – Deixar de adotar as medidas necessárias para adequar os serviços às especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos;

10.2.4 – Deixar de apresentar imotivadamente qualquer documento, relatório, informação, relativo à execução do contrato ou ao qual está obrigado pela legislação;

10.2.5 – Apresentar intempestivamente os documentos que comprovem a manutenção das condições de habilitação e qualificação exigidas na fase de licitação.



10.3 – São infrações médias as condutas que caracterizam inexecução parcial do contrato, em especial:

10.3.1 – Reincidir em conduta ou omissão que ensejou a aplicação anterior de advertência;

10.3.2 – Atrasar a substituição dos serviços;

10.3.3 – Não completar, de forma parcial, a prestação de serviços;

10.4 – São infrações graves as condutas que caracterizam inexecução parcial ou total do contrato, em especial:

10.4.1 – Recusar-se o adjudicatário, sem a devida justificativa, a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração;

10.4.2 – Atrasar a prestação dos serviços em prazo superior a 05 dias úteis.

10.4.3 – Atrasar reiteradamente a substituição dos serviços.

10.5 – São infrações gravíssimas as condutas que induzam a Administração a erro ou que causem prejuízo ao erário, em especial:

10.5.1 – Apresentar documentação falsa;

10.5.2 – Simular, fraudar ou não iniciar a execução do contrato;

10.5.3 – Praticar atos ilícitos visando frustrar os objetivos da contratação;

10.5.4 – Cometer fraude fiscal;

10.5.5 – Comportar-se de modo inidôneo;

10.5.6 – Não manter sua proposta.

10.5.7 - Não recolher os tributos, contribuições previdenciárias e demais obrigações legais, incluindo o FGTS, quando cabível.

10.6 – Será aplicada a penalidade de advertência às condutas que caracterizam infrações leves que importarem em inexecução parcial do contrato, bem como a inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos.

10.7 – Será aplicada a penalidade de multa às condutas que caracterizam infração média, grave ou gravíssima que importarem em inexecução parcial ou total do contrato, bem como a inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos, observada as seguintes gradações:

10.7.1 - Será aplicada multa de 1 a 50 UNIFBJ quando a CONTRATADA reincidir em conduta ou omissão que lhe ensejou a aplicação anterior de advertência.

10.7.2 - Será aplicada multa de 51 a 100 UNIFBJ quando a CONTRATADA atrasar ou não completar o serviço no prazo pactuado.

10.7.3 - Será aplicada multa de 101 a 200 UNIFBJ quando a CONTRATADA deixar de recolher os tributos, contribuições previdenciárias e demais obrigações legais, incluindo o depósito de FGTS, quando cabível.

10.7.4 - As multas devem ser fixada pela UNIFBJ, fazendo referência expressa ao art. 439 do Código Tributário Municipal. Segundo este dispositivo, a Unidade Fiscal do Município de Bom Jardim – UNIF-BJ tem valor fixado anualmente equivalente a 44,27 (quarenta e quatro inteiros e vinte e sete centésimos) UFIR-RJ. A UFIR-RJ foi instituída pelo Decreto Estadual nº 27.518/00 e tem valor



anualmente atualizado pela Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro (atualmente R\$3,55 – Resolução SEFAZ nº 101/2019).

10.8 – Será aplicada a penalidade de suspensão temporária, cumulativamente com a penalidade de multa, quando a CONTRATADA, mesmo após a aplicação reiterada de multa, se recusar a adotar as medidas necessárias para adequar o fornecimento às especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos, por até 02 (dois) anos.

10.9 – Será aplicada a penalidade de declaração de inidoneidade, cumulativamente com a penalidade de multa, quando a CONTRATADA cometer infração gravíssima com dolo, má-fé ou em conluio com servidores públicos ou outras licitantes.

10.10 – A sanção de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal produz efeitos apenas para o Município de Bom Jardim - RJ.

10.11 – A sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública produz efeito em todo o território nacional.

10.12 – Para assegurar os efeitos da declaração de inidoneidade e da suspensão temporária, a Administração incluirá as empresas sancionadas no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, até a reabilitação da empresa sancionada.

10.13 – A reabilitação da declaração de inidoneidade será concedida quando a empresa ou profissional penalizado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de 02 (dois) anos de sua aplicação.

10.14 – Sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis, quando o licitante vencedor não mantiver a sua proposta no respectivo prazo de validade; ou ainda quando o adjudicatário se recusar a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração, esta poderá convocar os licitantes remanescentes, observada a ordem de classificação, para substituir o licitante faltoso.

10.15 – As penalidades de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, dispostas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, poderão ser aplicados aos profissionais ou às empresas que praticarem os ilícitos previstos nos incisos do art. 88 do mesmo diploma legal, garantido o direito ao contraditório e ampla defesa.

10.16 – Serão utilizadas, para conversão dos valores das multas em moeda corrente, os valores atuais da unidade fiscal de referência de Bom Jardim – UNIFBJ, na forma do art. 439 do Código Tributário Municipal (LCM nº 218/2016), equivalente a 44,27 (quarenta e quatro inteiros e vinte e sete centésimos) de UFIR-RJ.

10.17 – As multas aplicadas deverão ser recolhidas em favor do Município no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação.



10.18 – As multas aplicadas e não recolhidas no prazo do instrumento convocatório serão inscritas em dívida ativa e executadas judicialmente conforme o disposto na Lei Federal nº 6.830/80 e na legislação tributária vigente, acrescida dos encargos correspondentes.

10.19 – As penalidades só poderão ser relevadas na hipótese de caso fortuito ou força maior, devidamente justificado e comprovado, a juízo da Administração.

11 – RECURSO FINANCEIRO (ART. 55, V)

11.1 – Os créditos pelos quais as despesas relativas à presente licitação correrão por conta das seguintes dotações orçamentária.

PROG. DE TRABALHO	NAT. DESPESA
0800.1030200652.075	3390.39.00
0800.1030100652.207	3390.39.00

12 – TRANSMISSÃO DE DOCUMENTOS

12.1 – Todas as comunicações entre a Administração e a CONTRATADA serão feitas por escrito, preferencialmente por meio eletrônico.

12.2 – A CONTRATADA, ao apresentar sua proposta comercial, deverá informar seu endereço para correio eletrônico, ou caso não disponha, o seu endereço comercial para recebimento das comunicações.

12.3 – Presumem-se válidas as intimações e comunicações dirigidas aos endereços informados pela CONTRATADA, incluindo as comunicações por meios eletrônicos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada à Administração, fluindo os prazos a partir da juntada do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço.

12.3.1 – Fica facultado à Administração comunicar ao CONTRATADO por publicação, caso os métodos usuais não sejam efetivos, sem prejuízo do subitem 12.3.

13 - DA PUBLICAÇÃO (ART. 61, PARÁGRAFO ÚNICO)

A contratante deverá providenciar no prazo de até 20 dias, contatos da assinatura do presente Contrato a publicação do respectivo extrato no jornal oficial do Município.

14 – CASOS OMISSOS (ART. 55, XII)

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei 8.666/93, e dos princípios gerais de direito.

15 – FORO (ART. 55, § 2º)

Fica eleito o foro da Comarca de Bom Jardim, RJ, para dirimir dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento contratual, em 03 (três vias) iguais e rubricadas para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.



Bom Jardim / RJ, XX de XXXX de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
CONTRATADA
TESTEMUNHAS



EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

_____(nome da empresa) _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, sediada _____ (endereço completo), declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos Supervenientes e/ou Impeditivos, para sua habilitação no presente processo licitatório, assim como ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e data

Assinatura do representante legal

Carimbo CNPJ

Observações:

- 1- Esta declaração NÃO deverá ser colocada dentro dos envelopes**



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021
ANEXO V
CARTA DE CREDENCIAMENTO (modelo)

(local) _____, de _____ de 2021.

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM

Praça Gov. Roberto Silveira nº 44 – 4º andar

Centro-Bom Jardim – RJ.

À Pregoeira

Pela presente, fica credenciado o SR. _____, portador da Célula de Identidade nº _____, expedida em ____/____/____ e CPF nº _____, para representar a empresa _____

Inscrita no CNPJ sob o nº _____, na Licitação modalidade PREGÃO PRESENCIAL nº _____, a ser realizada em _____

No endereço acima mencionado, às _____ horas, podendo, para tanto praticar todos os atos necessários, inclusive poderes para formular ofertas e lances de preços, prestar esclarecimentos, receber notificação, interpor recursos e manifestar-se quanto à desistência de interpô-los, bem como assinar contratos e Atas.

Atenciosamente.

Assinatura do representante legal.

Carimbo do CNPJ.

OBS: A carta de credenciamento deverá ser assinada pelo representante legal da licitante, com poderes para constituir mandatário.

A Carta de Credenciamento NÃO deverá ser colocada dentro dos envelopes.



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021
ANEXO VI

DECLARAÇÃO

NOME DA EMPRESA: _____

Declaramos que esta empresa cumpre, rigorosamente, o disposto no inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal, onde é proibido o trabalho noturno ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho aos menores de quatorze anos, salvo na condição de aprendiz.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do representante legal.

NOME:

CART. DE IDENTIDADE:

CPF.:

CARGO NA EMPRESA:



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021
ANEXO VII
DECLARAÇÃO DE ME OU EPP

_____(nome da empresa) _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, sediada _____(endereço completo), vem por intermédio de seu representante legal o Sr. (a) _____

Portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF _____

DECLARA, sob as penas da Lei, que é _____

(MICRO EMPRESA ou EMPRESA DE PEQUENO PORTE), que cumpre os requisitos legais para efeito de qualificação como ME-EPP e que não se enquadra em nenhuma das hipóteses elencadas no § 4º do art. 3º da Lei Complementar nº 123, estando apta a usufruir dos direitos de que tratam os artigos 42 e 45 da mencionada Lei, não havendo fato superveniente impeditivo da participação no presente certame.

(data)

(representante legal)

1- Esta declaração NÃO deverá ser colocada dentro dos envelopes



EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇO Nº 061/2021

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO (modelo)

Ref.: Pregão nº _____

_____, (razão social da empresa), sediada _____ (endereço completo), inscrita no CNPJ nº _____, vem por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em atenção ao disposto no art. 4º, VII, da Lei nº 10.520/02, declarar que cumpre plenamente os requisitos exigidos para a habilitação na licitação modalidade Pregão Presencial nº _____/____ da Prefeitura Municipal de Bom Jardim.

Declaro, ademais, que não está impedida de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública em razão de penalidades, nem de fatos impeditivos de sua habilitação.

Local e data

(Assinatura do representante legal)

OBS: A declaração em epígrafe deverá ser apresentada em papel timbrado da licitante e estar assinada pelo representante legal da empresa.

Esta Declaração NÃO deverá ser colocada dentro dos envelopes.



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL Nº 061/2021
ANEXO IX
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaramos para os fins de direito, na qualidade de Proponente do procedimento de licitação, sob a modalidade Pregão Presencial nº, instaurado pelo Município de Bom Jardim/RJ, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público Municipal de Bom Jardim/RJ, bem como não foi declarada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, assim comunicarei qualquer fato ou evento superveniente à entrega dos documentos de habilitação que venha alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e idoneidade econômico-financeira.

Local e data

Assinatura do representante legal

carimbo CNPJ

Observações:

1- Esta declaração NÃO deverá ser colocada dentro dos envelopes



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL Nº 061/21
ANEXO X
DECLARAÇÃO DE NÃO PARENTESCO

Ref.: Pregão nº _____

_____ (razão social da empresa), sediada
_____ (endereço completo), inscrita no CNPJ nº _____, vem por
intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº
_____ e do CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da lei, a inexistência no quadro da
empresa, de sócios ou representantes com vínculo de parentesco em linha reta, colateral ou por
afinidade até o terceiro grau, de gestores públicos (servidores e agentes políticos) ocupantes do quadro
da Prefeitura Municipal de Bom Jardim – RJ, envolvidos no procedimento licitatório.

Local e data

(Assinatura do representante legal)

Esta Declaração NÃO deverá ser colocada dentro dos envelopes.



EDITAL
PREGÃO PRESENCIAL Nº 061/21
ANEXO XI
MINUTA DE CONTRATO



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Minuta de Contrato nº. XXX/2021.

Ref.: Pregão Presencial Para Registro de Preços nº. xxx/2021

**CONTRATO PARA EVENTUAL E FUTURA
AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO QUE
ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE
SAÚDE E A EMPRESA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.**

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público, situado na Praça Governador Roberto Silveira, 144 – Centro – Bom Jardim/RJ, inscrito no CNPJ sob o nº 11.867.889/0001-25, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde **WUELITON PIRES**, brasileiro, divorciado, portador da Carteira de Identidade nº 08891332-2, expedida pelo IFP, inscrito no CPF/MF sob o nº 781.922.777-04, com endereço profissional na Praça Governador Roberto Silveira, nº. 44, Centro, Bom Jardim/RJ, a seguir denominado **CONTRATANTE** e a empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrita no CNPJ sob o nº. xxxxxxxxxxxx, com sede na xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, neste ato representado por xxxxxxxxxxxx, nacionalidade, estado civil, profissão, portador da carteira de identidade nº. xxxxxxxxxxxx, e inscrito no CPF/MF sob o nº. xxxxxxxxxxxx, a seguir denominada **CONTRATADA**, resolvem celebrar o presente instrumento, na modalidade de Pregão Presencial Para Registro de Preços nº. xxx/2021, previsto na Lei 10.520 de 17 de julho de 2002, bem como no Decreto Municipal nº 1.393/2005, de 08 de abril de 2005, e da Lei nº. 8.666/93, constante dos autos dos Processo Administrativo nº. 1.006/2021, acordam e ajustam firmar o presente Contrato, nos termos da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, suas alterações e demais legislações pertinentes, pelos termos da proposta da Contratada e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente contrato tem por objeto eventual e futura aquisição de MATERIAL GRÁFICO mediante o Sistema de Registro de Preços, para atender a demanda das Unidades de Saúde, CAPS, CREAPSIS e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde, conforme especificações no Anexo I – Termo de Referência do Edital.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parágrafo Primeiro – Integram e completam o presente Termo Contratual, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas no Edital, juntamente com seus anexos e a proposta da Contratada.

Parágrafo Segundo - O valor estimado constitui mera estimativa, não se obrigando a Administração Pública a utilizá-lo integralmente.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

O Contrato começará a vigor a partir da assinatura da Ata de Registro de Preços e findará em 12 (doze) meses.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR CONTRATUAL

Pelo objeto ora contratado, a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA o valor estimado de **R\$ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, pelos itens xxxxx.**

CLÁUSULA QUARTA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO (ART. 55, III, alíneas c e d)

O CONTRATANTE terá:

Parágrafo Primeiro – O prazo de 05 (cinco) dias corridos, contados da data do recebimento definitivo, para realizar o pagamento, nos casos de serviços recebidos cujo valor não ultrapasse R\$17.600,00 (dezessete mil e seiscentos reais), na forma do art. 5º, §3º da L8666/93, observado o disposto no cronograma de desembolso.

Parágrafo Segundo – O prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento, para realizar o pagamento, nas demais hipóteses, observado o disposto no cronograma de desembolso.

Parágrafo Terceiro – Os documentos fiscais serão emitidos em nome do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ nº 11.867.889/0001-25, situado na Praça Governador Roberto Silveira, nº 44, Centro, Bom Jardim - RJ, CEP 28660-000.

Parágrafo Quarto – Junto aos documentos fiscais, a CONTRATADA deverá apresentar os documentos de habilitação e regularidade fiscal e trabalhista com validade atualizada exigidas no instrumento convocatório e seus anexos.

Parágrafo Quinto – Após a juntada da prova de recebimento definitivo, o CONTRATANTE incluirá o crédito da CONTRATADA na respectiva fila de pagamento, a fim de garantir o pagamento em obediência à estrita ordem cronológica das datas de exigibilidade dos créditos.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parágrafo Sexto – A ordem de pagamento poderá ser alterada por despacho fundamentado da autoridade superior, nas hipóteses de:

- I – Haver suspensão do pagamento do crédito.
- II – Grave perturbação da ordem, situação de emergência ou calamidade pública.
- III – Haver seguros veiculares e imobiliários.
- IV – Evitar fundada ameaça de interrupção dos serviços essenciais da Administração ou para restaurá-los.
- V – Cumprimento de ordem judicial ou decisão de Tribunal de Contas.
- VI – Pagamento de direitos oriundos de contratos em caso de falência, recuperação judicial ou dissolução da empresa contratada.
- VII – Ocorrência de casos fortuitos ou força maior.
- VIII – Créditos decorrentes de empréstimos e financiamentos bancários.
- IX – Outros motivos de relevante interesse público, devidamente comprovados e motivados.

Parágrafo Sétimo - O pagamento será suspenso, por meio de decisão motivada dos servidores competentes, em caso de constada irregularidade na documentação da CONTRATADA ou irregularidade no processo de liquidação.

Parágrafo Oitavo - O pagamento será feito em depósito em conta corrente informada pela CONTRATADA, observado o respectivo Cronograma de Desembolso e na forma da legislação vigente.

Parágrafo Nono - Os pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à CONTRATADA, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IPC-A e juros moratórios de 0,5% ao mês.

Parágrafo Décimo - A compensação financeira será calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula: $EM = N \times V \times I$, onde EM é o encargo moratório devido, N é o número de dias atrasados do pagamento, V é o valor que deveria ser pago, e I é o índice de compensação.

I - O índice de compensação, para fins deste tópico, é de 0,00016438.



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Parágrafo Décimo Primeiro - Na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando prejuízo econômico extraordinário e extracontratual, para restabelecer a relação que os contratantes pactuaram inicialmente entre os encargos da CONTRATADA e o CONTRATANTE para o justo pagamento, a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro deverá ser expressamente solicitada, justificada e devidamente comprovada pela CONTRATADA.

CLÁUSULA QUINTA – RECURSO FINANCEIRO (ART. 55, V)

As despesas decorrentes do presente Contrato serão efetuadas com a seguinte dotação orçamentária, *P.T*: 0800.1030100652.075 e 0800.1030100652.207 e *N.D*: 3390.32.00.

CLÁUSULA SEXTA – CRITÉRIO DE REAJUSTE E REVISÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

A Administração realizará pesquisa de mercado periodicamente, em intervalos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias, a fim de verificar a vantajosidade dos preços registrados na ata de registro de preços.

Parágrafo Primeiro - Os preços estabelecidos poderão ser revistos em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo dos bens registrados, cabendo ao órgão gerenciador promover as negociações junto aos fornecedores, observadas as disposições contidas na alínea “d” do inciso II do caput do art. 65 da Lei Federal nº 8.666, de 1993.

Parágrafo Segundo - Quando o preço registrado tornar-se superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, o órgão gerenciador convocará a adjudicatária para negociar a redução dos preços aos valores praticados pelo mercado.

Parágrafo Terceiro - Os fornecedores que não aceitarem reduzir seus preços aos valores praticados pelo mercado serão liberados do compromisso assumido, sem aplicação de penalidade.

Parágrafo Quarto - A ordem de classificação dos fornecedores que aceitarem reduzir seus preços aos valores de mercado observará a classificação original.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parágrafo Quinto - Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador poderá liberar a adjudicatária do compromisso assumido, caso a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento, sem aplicação da penalidade quando confirmada a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados.

Parágrafo Sexto - Os licitantes remanescentes serão convocados para fornecer o produto pelo preço registrado, observada a classificação original.

Parágrafo Sétimo - Não será aplicada penalidade ao licitante convocado na forma deste item que não aceitar a proposta da Administração.

Parágrafo Oitavo - Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador deverá proceder à revogação da ata de registro de preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

CLÁUSULA SÉTIMA – PRAZO, FORMA, LOCAL DE EXECUÇÃO E DETALHAMENTO DO OBJETO (ART. 55, IV)

A Administração emitirá por escrito ordem de fornecimento, com a quantidade e identificação dos bens que serão fornecidos indiretamente, de forma parcelada, o local de fornecimento, o prazo máximo para a entrega, a identificação e assinatura do gestor responsável pela emissão da ordem e a identificação da pessoa jurídica a que se destina a ordem.

Parágrafo Primeiro - Os bens a serem adquiridos serão fornecidos em remessa parcelada, conforme ordens de fornecimento, em prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após o recebimento desta, no seguinte endereço: Almoxarifado da Secretaria de Saúde, sito a Avenida Tancredo Neves, 441- Térreo – Edifício Filinho – Bairro Maravilha – Bom Jardim/RJ, de 2ª a 6ª feira de 09:00 as 16:00 hs. Os mesmos deverão ser conferidos e recebidos pelo Chefe do setor, que atestará a Nota Fiscal ou alguém delegado por ele, devendo ser servidor estatutário.

Parágrafo Segundo - O prazo para conclusão do fornecimento dos bens requisitados poderá ser prorrogado, mediante justificativa idônea e autorização expressa da fiscalização do contrato, mantidas as demais condições da contratação.

Parágrafo Terceiro - Os itens serão recebidos provisoriamente pelo responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

sua conformidade com as especificações constantes no instrumento convocatório, em seus anexos ou na proposta.

Parágrafo Quarto - Os itens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes no instrumento convocatório, em seus anexos ou na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 15 dias úteis, a contar da notificação ao adjudicatário, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

Parágrafo Quinto - Os itens serão recebidos definitivamente no prazo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado ou ateste das notas fiscais.

Parágrafo Sexto - Caso a verificação de conformidade não seja procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Parágrafo Sétimo - O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

CLÁUSULA OITAVA – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES (ART. 55, VII)

Parágrafo primeiro: Constituem obrigações da CONTRATANTE:

1. A CONTRATADA deve cumprir todas as obrigações constantes no instrumento convocatório, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa execução do objeto;
2. Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Termo de Referência e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, que constará as especificações referentes ao objeto.
3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990);
4. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado pela Administração, o objeto com avarias ou defeitos;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5. Comunicar à Administração, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;
6. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
7. Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;
8. Comunicar à Administração sobre qualquer alteração no endereço, conta bancária ou outros dados necessários para recebimento de correspondência, enquanto perdurar os efeitos da contratação;
9. Receber as comunicações da Administração e respondê-las ou atendê-las nos prazos específicos constantes da comunicação;
10. Arcar com todas as despesas diretas e indiretas decorrentes do objeto, tais como tributos, encargos sociais e trabalhistas, transporte, depósito e entrega dos objetos.

Parágrafo segundo: Constituem obrigações da CONTRATADA:

1. Emitir a ordem de início e receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos;
2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do instrumento convocatório e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
3. Comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
4. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da CONTRATADA, através de comissão ou servidor especialmente designado para tanto, aplicando sanções administrativas em caso de descumprimento das obrigações sem justificativa;
5. Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no instrumento convocatório e seus anexos;
6. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da CONTRATADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados.



CLÁUSULA NONA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO CONTRATUAL (ART. 55, VII).

Pela inexecução total ou parcial do contrato, bem como pela inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos, a CONTRATADA ficará sujeita aos termos do disposto nos artigos 86 a 88 da Lei Federal nº 8.666/93, sendo-lhe aplicada, garantidas a prévia defesa, as seguintes penalidades:

- I – Advertência;
- II – Multa(s);
- III – Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- IV – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

Parágrafo Primeiro – São infrações leves as condutas que caracterizam inexecução parcial do contrato, mas sem prejuízo à Administração, em especial:

- I – Não fornecer os bens conforme as especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos, corrigindo em tempo hábil o fornecimento;
- II – Não observar as cláusulas contratuais referentes às obrigações, quando não importar em conduta mais grave;
- III – Deixar de adotar as medidas necessárias para adequar o fornecimento às especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos;
- IV – Deixar de apresentar imotivadamente qualquer documento, relatório, informação, relativo à execução do contrato ou ao qual está obrigado pela legislação;
- V – Apresentar intempestivamente os documentos que comprovem a manutenção das condições de habilitação e qualificação exigidas na fase de licitação.

Parágrafo Segundo - São infrações médias as condutas que caracterizam inexecução parcial do contrato, em especial:

- I – Reincidir em conduta ou omissão que ensejou a aplicação anterior de advertência;
- II – Atrasar o fornecimento ou a substituição dos bens;
- III – Não completar, de forma parcial, o fornecimento dos bens;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parágrafo Terceiro - São infrações graves as condutas que caracterizam inexecução parcial ou total do contrato, em especial:

- I – Recusar-se o adjudicatário, sem a devida justificativa, a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração;
- II – Atrasar o fornecimento dos bens em prazo superior a 15 dias úteis.
- III – Atrasar reiteradamente o fornecimento ou substituição dos bens.
- IV – Não atender prontamente a solicitação da Chefia do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto - São infrações gravíssimas as condutas que induzam a Administração a erro ou que causem prejuízo ao erário, em especial:

- I – Apresentar documentação falsa;
- II – Simular, fraudar ou não iniciar a execução do contrato;
- III – Praticar atos ilícitos visando frustrar os objetivos da contratação;
- IV – Cometer fraude fiscal;
- V – Comportar-se de modo inidôneo;
- VI – Não manter sua proposta.
- VII - Não recolher os tributos, contribuições previdenciárias e demais obrigações legais, incluindo o FGTS, quando cabível;

Parágrafo Quinto – Será aplicada a penalidade de advertência às condutas que caracterizam infrações leves que importarem em inexecução parcial do contrato, bem como a inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos.

Parágrafo Sexto – Será aplicada a penalidade de multa às condutas que caracterizam infração média, grave ou gravíssima que importarem em inexecução parcial ou total do contrato, bem como a inobservância das regras estabelecidas no instrumento convocatório e seus anexos, observada as seguintes gradações:

- I – Para as infrações médias, o valor da multa será arbitrado entre 1 a 50 UNIFBJ;
- II – Para as infrações graves, o valor da multa será arbitrado entre 51 a 100 UNIFBJ;
- III – Para as infrações gravíssimas, o valor da multa será arbitrado entre 101 a 200 UNIFBJ.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parágrafo Sétimo - Será aplicada a penalidade de suspensão temporária, cumulativamente com a penalidade de multa, quando a CONTRATADA, mesmo após a aplicação reiterada de multa, se recusar a adotar as medidas necessárias para adequar o fornecimento às especificidades indicadas no instrumento convocatório e seus anexos, por até 02 (dois) anos.

Parágrafo Oitavo - Será aplicada a penalidade de declaração de inidoneidade, cumulativamente com a penalidade de multa, quando a CONTRATADA cometer infração gravíssima com dolo, má-fé ou em conluio com servidores públicos ou outras licitantes.

Parágrafo Nono - A sanção de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal produz efeitos apenas para o Município de Bom Jardim - RJ.

Parágrafo Décimo - A sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública produz efeito em todo o território nacional.

Parágrafo Décimo Primeiro - Para assegurar os efeitos da declaração de inidoneidade e da suspensão temporária, a Administração incluirá as empresas sancionadas no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, até a reabilitação da empresa sancionada.

Parágrafo Décimo Segundo - A reabilitação da declaração de inidoneidade será concedida quando a empresa ou profissional penalizado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de 02 (dois) anos de sua aplicação.

Parágrafo Décimo Terceiro - Sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis, quando o licitante vencedor não manter a sua proposta no respectivo prazo de validade; ou ainda quando o adjudicatário se recusar a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela Administração, esta poderá convocar os licitantes remanescentes, observada a ordem de classificação, para substituir o licitante faltoso.

Parágrafo Décimo Quarto - As penalidades de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, dispostas nos



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

incisos III e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, poderão ser aplicados aos profissionais ou às empresas que praticarem os ilícitos previstos nos incisos do art. 88 do mesmo diploma legal, garantido o direito ao contraditório e ampla defesa.

Parágrafo Décimo Quinto - Serão utilizadas, para conversão dos valores das multas em moeda corrente, os valores atuais da unidade fiscal de referência de Bom Jardim – UNIFBJ, na forma do art. 439 do Código Tributário Municipal (LCM nº 218/2016), equivalente a 44,27 (quarenta e quatro inteiros e vinte e sete centésimos) de UFIR-RJ.

Parágrafo Décimo Sexto - As multas aplicadas deverão ser recolhidas em favor do Município no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação.

Parágrafo Décimo Sétimo - As multas aplicadas e não recolhidas no prazo do instrumento convocatório serão inscritas em dívida ativa e executadas judicialmente conforme o disposto na Lei Federal nº 6.830/80 e na legislação tributária vigente, acrescida dos encargos correspondentes.

Parágrafo Décimo Oitavo - As penalidades só poderão ser relevadas na hipótese de caso fortuito ou força maior, devidamente justificado e comprovado, a juízo da Administração.

CLÁUSULA DÉCIMA – RESCISÃO (ART. 55, VIII E IX)

O presente CONTRATO poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 78 e seguintes da Lei 8.666/93.

Parágrafo Único - A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE, em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL (ART. 55, XII)

O presente Instrumento Contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL (ART. 55, XII)

O presente Instrumento Contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – TRANSMISSÃO DE DOCUMENTOS

Todas as comunicações entre a Administração e a CONTRATADA serão feitas por escrito, preferencialmente por meio eletrônico.

Parágrafo Primeiro - A CONTRATADA, ao apresentar sua proposta comercial, deverá informar seu endereço para correio eletrônico, ou caso não disponha, o seu endereço comercial para recebimento das comunicações.

Parágrafo Segundo - Presumem-se válidas as intimações e comunicações dirigidas aos endereços informados pela CONTRATADA, incluindo as comunicações por meios eletrônicos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada à Administração, fluindo os prazos a partir da juntada do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço.

Parágrafo Terceiro - Fica facultada à Administração comunicar ao Contratado por publicação, caso os métodos usuais não sejam efetivos, sem prejuízo do parágrafo anterior.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO (ART. 61, PARÁGRAFO ÚNICO).

A contratante deverá providenciar no prazo máximo de até 20 dias, contatos da assinatura do presente contrato a publicação do respectivo extrato no jornal oficial do município.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – CASOS OMISSOS (ART. 55, XII).

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei 8.666/93, e dos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FISCALIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DA CONTRATAÇÃO

Serão responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização do contrato os servidores: Cristiano de Paula, Auxiliar Administrativo I, Mat.12/1975 /SMS e Eno Carlos Feliciano Pinto, Auxiliar de Serviços Gerais, Mat. 10/1734-5/SMS, conforme atribuições definidas no Termo de Referência e no Edital.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Parágrafo Primeiro – O órgão responsável pelo gerenciamento da ata de registro de preço é a Secretaria Municipal de Saúde, representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Sr. Wueliton Pires, Mat.: 11/2035 SMS, conforme atribuições definidas no Termo de Referência e no Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA –OITAVA - FORO (ART. 55, § 2º)

Fica eleito o foro da Comarca de Bom Jardim, RJ, para dirimir dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento contratual, em 03 (três vias) iguais e rubricadas para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Bom Jardim / RJ, xx de xxxxxxxxxxxxxxxx de 2021.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

CPF nº.:

CPF nº.:



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 061/2021

PROCESSO: Nº 1006/2021

Razão Social: _____
CNPJ nº: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: _____
Pessoa para contato: _____
E-mail: _____

Recebemos nesta data, cópia do instrumento convocatório da licitação acima identificada e seus respectivos anexos.

Bom Jardim/RJ, _____ de _____ de 2021.

assinatura

CARIMBO DE CNPJ

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre esta Prefeitura e sua empresa, solicito a V.Sa. preencher o recibo de entrega do edital e remeter a Comissão Permanente de Licitações e Compras.

A não remessa do recibo exime a comissão da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.