



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS
Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP
FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AVISO DE CONTRATAÇÃO DIRETA

FUNDAMENTO: ART. 75, INCISO II, DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

Torna-se público que a PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ, por meio da Coordenadoria de Compras e Licitações, sediada à Avenida Olinda Silveira Cruz Braga, nº 215, Parque Interlagos, Aguai-SP, CEP: 13863-230, realizará contratação direta, através de **DISPENSA DE LICITAÇÃO**, nos termos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, do Decreto Municipal nº 5.154, de 29 de dezembro de 2023 e demais legislação aplicável e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste documento.

DATA LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA: DIA 11/06/2025, às 23:59 horas, via e-mail.

ENDEREÇO ELETRÔNICO PARA ENVIO DA PROPOSTA: emily.constantino@aguai.sp.gov.br

LINK DA CONTRATAÇÃO: <https://www.aguai.sp.gov.br/home/contratacao-direta>

1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa especializada em prestação de serviço de confecção de materiais gráficos, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “Centro de Especialidades” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 52)	Serviço de Confecção/ Bloco	20
2	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. José Edgard Simon Alonso” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 53)	Serviço de Confecção/ Bloco	15
3	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Wilson Luiz Zerbinatti” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 55)	Serviço de Confecção/ Bloco	15
4	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial	Serviço de Confecção/ Bloco	15



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS
Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP
FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

	“UBS Dr. Ricardo Mamede Barbosa” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 56)		
5	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dra. Áurea Oliveira Araújo” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 57)	Serviço de Confecção/ Bloco	05
6	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Celso Luiz Scaravelli” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 58)	Serviço de Confecção/ Bloco	15
7	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “Centro de Atenção Psicossocial” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 59)	Serviço de Confecção/ Bloco	30
8	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Adalberto Fassina” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 60)	Serviço de Confecção/ Bloco	30
9	Serviço gráfico – Confecção de Ficha de Atendimento (FA) Papel offset tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 26)	Serviço de Confecção/ Bloco	100
10	Serviço gráfico – Confecção de Serviço de Cardiologia Papel cartolina tipo cartão, formato abre e fecha, 14,5 x 11 cm. (ITEM 87)	Serviço de Confecção/ Unidade	1000
11	Serviço gráfico – Confecção de Cartão de Identificação e Agendamento Papel cartolina, 15 x 21 cm. (ITEM 87)	Serviço de Confecção/ Unidade	1000
12	Serviço gráfico – Confecção de Controle de Pressão Arterial e Glicemia Papel cartolina, 15 x 21 cm. (ITEM X)	Serviço de Confecção/ Unidade	42.000
13	Serviço gráfico – Confecção de Ficha de Transferência Padrão Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 88)	Serviço de Confecção/ Bloco	9



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS
Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAI – SP
FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

14	Serviço gráfico – Confecção de Relatório de Evolução de Paciente Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 89)	Serviço de Confecção/ Bloco	400
15	Serviço gráfico – Exercício de Ortopedia Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 90)	Serviço de Confecção/ Bloco	05
16	Serviço gráfico – Guia de Referência Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 91)	Serviço de Confecção/ Bloco	54
17	Serviço gráfico – Requisição de Exame Citopatológico Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 92)	Serviço de Confecção/ Bloco	15
18	Serviço gráfico – Requisição de Mamografia Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 94)	Serviço de Confecção/ Bloco	36
19	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Wilson Luiz Zerbinatti” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	100
20	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. José Edgard Simon Alonso” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	150
21	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Celso Luiz Scaravelli” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	100
22	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dra. Áurea Oliveira Araújo” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	110
23	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Adalberto Fassina” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	120
24	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Ricardo Mamede Barbosa” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	120
25	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “Centro de Especialidades” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	100
26	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “Pronto-Socorro Municipal” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	100
27	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “Centro de Atenção Psicossocial” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)	Serviço de Confecção/ Bloco	100
28	Serviço gráfico – Confecção de Solicitação de Vaga Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 96)	Serviço de Confecção/ Bloco	10



Prefeitura Municipal de Aguaí

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS

Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP

FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

29	Serviço gráfico – Confecção de SADT Simples Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM 97)	Serviço de Confecção/ Bloco	21
30	Serviço gráfico – Confecção de Laudo Unificado para Solicitação/Autorização de Procedimento – AIH/APAC Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 98)	Serviço de Confecção/ Bloco	20

2. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Condições de Entrega

2.1. O prazo de entrega dos itens é de 10 (dez) dias úteis, contados da confirmação do recebimento da Autorização de Fornecimento, sendo possível a prorrogação do prazo por igual período, mediante justificativa fundamentada da fornecedora.

3. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

Recebimento

3.1. Os serviços serão recebidos provisoriamente, de forma sumária, no ato da entrega, juntamente com a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, por servidor vinculado à secretaria requisitante ou ao respectivo Almoxarifado Municipal, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste documento e na proposta.

Liquidação

3.2. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de 10 (dez) dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do art. 7º, §3º Decreto Municipal nº 5.153, de 29 de dezembro de 2023.

3.2.1. O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, no caso de aquisição decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021.

3.3. Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o fornecedor providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

Prazo de pagamento

3.4. O pagamento será efetuado no prazo de até 10 (dez) dias úteis contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos do art. 7º, §3º Decreto Municipal nº 5.153, de 29 de dezembro de 2023.

3.4.1. O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, no caso de aquisição decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021.

3.5. No caso de atraso pela Administração, os valores devidos ao fornecedor serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do índice *IPCA* de correção monetária.



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS

Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAI – SP

FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

Forma de pagamento

- 3.6. O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo fornecedor.
- 3.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
- 3.8. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

4. DO PERÍODO PARA ENVIO DA PROPOSTA DE PREÇO/COTAÇÃO

- 4.1. O fornecedor interessado, após a divulgação do aviso de contratação direta, encaminhará, por meio eletrônico (e-mail), a proposta com a descrição do objeto ofertado, a marca do produto, quando for o caso, e o preço, até a data e o horário estabelecidos neste documento.
- 4.2. O presente **AVISO** ficará **ABERTO PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) DIAS ÚTEIS**, a partir da data de publicação no Diário Oficial do Município e no site do Município, e os respectivos documentos deverão ser encaminhados obrigatoriamente ao e-mail: emily.constantino@aguai.sp.gov.br, fazendo referência ao objeto de contratação.
- 4.3. Limite para Apresentação da Proposta de Preços: 11/06/2025 às 23h59min.
- 4.4. A proposta de preço deverá ser apresentada conforme modelo constante no Anexo I deste Aviso ou em modelo próprio que contenham as informações mínimas de identificação da empresa discriminadas no Anexo I.
- 4.5. As propostas de preço que não estiverem em consonância com as exigências deste Aviso serão desconsideradas, julgando-se pela sua desclassificação.

5. DO ENVIO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

- 5.1. Ficam dispensados os documentos para fins de habilitação, com fundamento no art. 8º, §1º do Decreto Municipal nº 5.154, de 29 de dezembro de 2023.

6. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 6.1. As despesas decorrentes da presente aquisição correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Municipal.
- 6.2. A(s) aquisição(es) será(ão) atendida pela(s) seguinte(s) dotação(es):

Unidade	Projeto/Atividade	Fonte de Recurso	Classificação da Despesa	Elemento de despesa	Dotação

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Poderá o Município revogar o presente Aviso de Contratação Direta, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, decorrente de fato superveniente, devidamente justificado.
- 7.2. O Município deverá anular o presente Aviso de Contratação Direta, no todo ou em parte, sempre que verificar ilegalidades insanáveis, de ofício ou por provocação.
- 7.3. A anulação do procedimento de dispensa de licitação, não gera direito à indenização, reembolso, restituição.



Prefeitura Municipal de Aguaí

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS

Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP

FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

7.4. Após a fase de classificação das propostas, não cabe desistência da mesma, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelo Município.

Aguaí, 06 de junho de 2025.

Débora Sorg Oliveira Rehder
Coordenadora Assistência Farmacêutica

Cláudia Mariano
Secretária Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS
Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP
FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

ANEXO I

MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

TELEFONE / CELULAR:

EMAIL:

OBJETO: Contratação de empresa especializada em prestação de serviço de confecção de materiais gráficos, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

Item	Quant.	Descrição	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
01	20	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “Centro de Especialidades” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 52)		
02	15	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. José Edgard Simon Alonso” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 53)		
03	15	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Wilson Luiz Zerbinatti” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 55)		
04	15	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Ricardo Mamede Barbosa” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 56)		
05	05	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dra. Áurea Oliveira Araújo” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote		



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS

Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAI – SP

FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

		lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 57)		
06	15	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Celso Luiz Scaravelli” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 58)		
07	30	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “Centro de Atenção Psicossocial” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 59)		
08	30	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Azul B de Controle Especial “UBS Dr. Adalberto Fassina” – Papel <i>super bond</i> 75g, cor azul, 9,5 x 26 cm, com picote lateral. 50 folhas por bloco. Serrilhado: após o destaque da serrilha, o canhoto permanecerá preso ao bloco. (ITEM 60)		
09	100	Serviço gráfico – Confecção de Ficha de Atendimento (FA) Papel offset tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 26)		
10	1000	Serviço gráfico – Confecção de Serviço de Cardiologia Papel cartolina tipo cartão, formato abre e fecha, 14,5 x 11 cm. (ITEM 87)		
11	1000	Serviço gráfico – Confecção de Cartão de Identificação e Agendamento Papel cartolina, 15 x 21 cm. (ITEM 87)		
12	42.000	Serviço gráfico – Confecção de Controle de Pressão Arterial e Glicemia Papel cartolina, 15 x 21 cm. (ITEM X)		
13	9	Serviço gráfico – Confecção de Ficha de Transferência Padrão Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 88)		
14	400	Serviço gráfico – Confecção de Relatório de Evolução de Paciente Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 89)		



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS

Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP

FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

15	05	Serviço gráfico – Exercício de Ortopedia Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 90)		
16	54	Serviço gráfico – Guia de Referência Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 91)		
17	15	Serviço gráfico – Requisição de Exame Citopatológico Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 92)		
18	36	Serviço gráfico – Requisição de Mamografia Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 94)		
19	100	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Wilson Luiz Zerbinatti” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
20	150	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. José Edgard Simon Alonso” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
21	100	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Celso Luiz Scaravelli” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
22	110	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dra. Áurea Oliveira Araújo” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
23	120	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Adalberto Fassina” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
24	120	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “UBS Dr. Ricardo Mamede Barbosa” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
25	100	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “Centro de Especialidades” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
26	100	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “Pronto-Socorro Municipal” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		



Prefeitura Municipal de Aguai

PAÇO MUNICIPAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS

Av. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 – C. POSTAL 31 - CEP.: 13.863-230 - AGUAÍ – SP

FONE: (19) 3653-7100 – CNPJ: 46.425.229/0001-79

27	100	Serviço gráfico – Confecção de Receituário Simples Branco “Centro de Atenção Psicossocial” – Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM XX)		
28	10	Serviço gráfico – Confecção de Solicitação de Vaga Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 96)		
29	21	Serviço gráfico – Confecção de SADT Simples Papel offset, 14,8 x 21 cm – Bloco com 100 folhas. (ITEM 97)		
30	20	Serviço gráfico – Confecção de Laudo Unificado para Solicitação/Autorização de Procedimento – AIH/APAC Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 98)		
Valor total estimado da contratação (R\$)				

VALOR TOTAL DA PROPOSTA: R\$ _____ (_____)

Propomos executar, sob nossa integral responsabilidade, os serviços objetos do presente ajuste, de acordo com os prazos e as especificações constantes do respectivo Edital e seus Anexos, estando incluídos, nos valores acima propostos todos os encargos operacionais e tributos devidos.

Declaramos que o prazo de validade da proposta é de sessenta (60) dias.

Declaramos que os preços propostos são expressos em reais e serão fixos e irrevogáveis.

Declaramos que o preço proposto compreende todas as despesas como, mão de obra e encargos sociais – inclusive adicional de insalubridade, seguros, e demais encargos necessários, ferramentais e equipamentos, tributos federais, estaduais e municipais, atentando as especificações técnicas contidas neste Aviso de Contratação Direta, necessários à perfeita execução do objeto, assim como sua remuneração e lucro.

Declaramos aceitar, irrestritamente, todas as condições estabelecidas no Aviso de Contratação Direta em referência e em seus Anexos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data,

(assinatura do representante legal da empresa)

item 26



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUIÁ
HOSPITAL CÍNICO MUNICIPAL "CECÍLIA DE LOURDES OLIVEIRA FONSECA"
RUA ALEXANDRINO DE ALENCAR, 127, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUIÁ- SP
CEP: 13.863-016 (19) 3653-7174

Data: ____/____/____
Hora: ____:____:____
REC.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:		Data Nasc.: ____/____/____	
Mãe:	CNS:		
End.:	Nº:		
Bairro:	Município/UF:		
TRIAGEM			
PA: ____:____ mmHg	DESTRO:	HAS:	() SIM () NÃO
PULSO:	FC: ____ bpm	T: ____ °C	SO ₂ : ____
ALT:	PESO:	CHECAGEM:	
PRINCIPAIS QUEIXAS:			
ANAMNESE / HISTÓRICO / EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (COM CID)			
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS			
EXAMES COMPLEMENTARES			
() LABORATORIAS () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS			
CONDUTA: () MEDICADO () ALTA () TRANSFERIDO () ÓBITO			PROFISSIONAL / REGISTRO / CARIMBO
OBS.: () 8HS () 12HS () 24HS			
FAA FEITA POR:			

ESTA FAA DEVE CONSTAR NO SISTEMA ATÉ O FINAL DO PLANTÃO, EXCETO POR FORÇA MAIOR

Item 52

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº	926610
Data _____		
Nome _____		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA _____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	Série J	N.º 26	Centro de Especialidades Dr. Carlos Roberto Pires Rua Alexandrino de Alencar, 127 Jd. Santa Ursula Centro CEP 13.863-062 - AGUAÍ - São Paulo	Quantidade e Forma Farmacêutica	
SP	Nº	926610		Dose por Unidade Posológica	
de _____ de 20 _____			Paciente _____	Posologia	
Assinatura e Carimbo			Endereço _____		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome _____			Nome do Vendedor _____		
Endereço _____			Data _____		
Telefone _____			Órgão Emissor _____		

M&S Reia Artes Graficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Igapaba- Mogi Guaçu - S.P. - CNPJ: 11.444.294.0001-67 - I. Est. 455.193.393.117(26.923.210 @ 26.927.208 Série J (50x11) 09/2023

item 53

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº	918356
Data _____		
Nome _____		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA: _____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	Série J	N.º 26	ESF Dr. José Edgar Simon Alonso		Quantidade e Forma Farmacêutica
SP	Nº	918356	Rua Aparecido Antônio Oliveira, 122 Bairro Cidade Nova		Dose por Unidade Posológica
			CEP: 13.866-026 - AGUAI - São Paulo		Posologia
			Paciente _____		
			Endereço _____		
			Assinatura e Carimbo		
			IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	CARIMBO DO FORNECEDOR	
			Nome: _____	Nome do Vendedor _____	
			Endereço: _____	Data _____	
			Telefone: _____		
			Identidade n.º _____		
			Órgão Emissor: _____		

M&S Reis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Igapaba - Mogi Guaçu - S.P. - CNPJ: 11.444.294.0001-87 - I. Est. 455.190.383.117 (26.917.556 à 26.918.706 Série J (50x1) 09/2023

item 54

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº	922959

Data

Nome

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº	922959

1

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Hospital Clinico Municipal
Cecilia de L.O Fonseca - Pronto Socorro
Rua Alexandrino de Alencar, 127 Jd. Santa Ursula
Centro CEP: 13.863-062 - AGUAL - São Paulo

Paciente

Endereço

do de 20

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Endereço

Telefone

Identidade n.º

Órgão Emissor

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacológica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

Item 55

UF	Série J	N.º 26
SP	N.º 917456	
Data		
Nome		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	Série J	N.º 26	ESF Dr. Wilson Luiz Zerbiniatti		Quantidade e Forma Farmacêutica
SP	N.º 917456		Rua Estrada Municipal do Tanque S/Nº Jd. Aeroporto		Dose por Unidade Posológica
			CEP 13.864-544 - AGUAÍ - São Paulo		Posologia
		de	Paciente		
		de	Endereço		
			Assinatura e Carimbo	CARIMBO DO FORNECEDOR	
			IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
			Nome	Nome do Vendedor	
			Endereço	Data	
			Telefone		
			Identidade n.º		
			Órgão Emissor		

M&S Reais Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Iguaçu - Mogi Guaçu - SP - CNPJ: 11.444.284/0001-67 - I. Est. 455.193.383.117(28.916.906 a 26.917.555 Série J (50x1) 09/2023

UF	Série J	N.º 26
SP	N.º 918957	
Data _____		
Nome _____		

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA: _____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº 918957	

1B

1B
N.º 918957
N.º 26

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESF Dr. Ricardo Mamede Barbosa
Rua Osvaldo Moro 740 Jd. Santa Maria
CEP-13.860-290 - AGUAÍ - São Paulo

DENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESF Dr. Ricardo Mamede Barbosa
Rua Osvaldo Moro, 740 Jd. Santa Maria
CEP. 13.860-290 - AGUAL - São Paulo

Paciente	
Endereço	

Paciente	
Endereço	

ssinatura e Carimbo

DENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

EDUCAMENTO EM SUBSTÂNCIAS

Órgão Emissor: _____

Órgão Emissor: _____

Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Norma do Vendedor

Norma do Vendedor

Norma do Vendedor

MG&S Reis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Igacaba-Mogi Guaçu - S/P - CNPJ: 11.444.294/0001-87 - I. Est. 455.193.383.117(26.918.707 à 26.919.356 Série J (50x1) 09/2023

item 57

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº 921659	
Data		
Nome		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:		

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº 921659	

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESF Aurea Oliveira Araújo
Rua Miguel Angelo, 791 Bairro Parque Miguelito
CEP 13.860-430 - AGUAL - São Paulo

Paciente

Endereço

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Endereço

Telefone

Identidade n.º

Órgão Emissor

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

Item 58

UF SP	Série J Nº 916555	N.º 26
Data _____		
Nome _____		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA _____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF SP	Série J Nº 916555	N.º 26	ESF Dr. Celso Luiz Scaravelli	Quantidade e Forma Farmacêutica	
de _____ de 20 _____			Rua Valler de Freitas Serrate, 407 Jd. Vista da Colina	Dose por Unidade Posológica	
Assinatura e Carimbo			CEP 13.866-332 - AGUAÍ - São Paulo	Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome: _____			Nome do Vendedor _____		
Endereço: _____			Data _____		
Telefone: _____			Órgão Emissor _____		
Identidade n.º _____					

M&S Reis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Iguaçu - Mogi Guaçu - S.P. - CNPJ: 11.444.294/0001-67 - I. Est. 455.193.383.117 (26.916.205 a 26.916.905 Série J (50x1) 09/2023

item 59

UF SP	Série J Nº 926610	N.º 26
Data _____		
Nome _____		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA: _____ _____ _____ _____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF SP	Série J Nº 926610	N.º 26	Centro de Atenção Psicossocial Rua Almirante Barroso, 520, Jd. Santa Úrsula, Aguai- SP CEP: 13.863-058 (19) 3653-7174	Quantidade e Forma Farmacêutica	
de _____ de 20 _____			Paciente _____	Dose por Unidade Posológica	
Assinatura e Carimbo			Endereço _____	Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome: _____			Nome do Vendedor _____		
Endereço: _____			Data _____		
Telefone: _____			Órgão Emissor: _____		
Identidade n.º _____					

M&S Reis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Iguaçu - Mogi Guaçu - SP - CNPJ: 11.444.294.0001-67 - I. Est. 455.193.383.117 (26.923.210 à 26.927.209 Série J (50x1) 09/2023

Item 60

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº 926610	
Data _____		
Nome _____		
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA: _____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	Série J	N.º 26	UBS " Dr. Adalberto Fassina		
SP	Nº 926610		Rua Osório Barbosa, S/N, Jd. Center		Quantidade e Forma Farmacêutica
			City		
			CEP: 13.863-076 (19) 3653-7140		Dose por Unidade Posológica
			Paciente _____		
			de _____ de 20 _____		Posologia
			Endereço _____		
			Assinatura e Carimbo _____		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome: _____			Nome do Vendedor _____		
Endereço: _____			Data _____		
Telefone: _____			Identidade n.º _____ Órgão Emissor: _____		

M&S Relis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Igapaba- Mogi Guaçu - S.P. - CNPJ: 11.444.294.0001-67 - I. Est. 455.193.383.117(26.923.210 & 26.927.209 Série J (50x1) 09/2023

UF	Série J	N.º 26
SP	N.º	912352

Data _____
Nome _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA _____

[illegible]

M&S Reis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271, Jd. Igarapé-Mogi Guapó - S. P. - CNPJ: 11.444.294/0001-87 - I. Est. 455.193.324/25.912.203 e 25.912.452 Sálv. J. (50x1) 0102023



item 62

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUIÁ
UBS DR JOSE EDGARD SIMON ALONSO (UBS CIDADE NOVA)
RUA APARECIDO ANTÔNIO DE OLIVEIRA, 122, CIDADE NOVA
CEP: 13866-026 (19) 3653-7180

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUIÁ
UBS DR JOSE EDGARD SIMON ALONSO (UBS CIDADE NOVA)
RUA APARECIDO ANTÔNIO DE OLIVEIRA, 122, CIDADE NOVA
CEP: 13866-026 (19) 3653-7180

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



Item 63

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI
UBS AUREA OLIVEIRA ARAUJO VILA BRAGA (VILA BRAGA)
RUA MIGUEL ANGELO, 791, PARQUE MIGUELITO
CEP: 13860-430 (19) 3653-7181

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI
UBS AUREA OLIVEIRA ARAUJO VILA BRAGA (VILA BRAGA)
RUA MIGUEL ANGELO, 791, PARQUE MIGUELITO
CEP: 13860-430 (19) 3653-7181

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



item 64

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
UBS SANTA MARIA DR RICARDO MAMEDE BARBOSA (UBS SANTA MARIA)
RUA OSVALDO MORO, 740, JARDIM SANTA MARIA
CEP: 13860-290 (19) 3653-7182

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
UBS SANTA MARIA DR RICARDO MAMEDE BARBOSA (UBS SANTA MARIA)
RUA OSVALDO MORO, 740, JARDIM SANTA MARIA
CEP: 13860-290 (19) 3653-7182

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



UBS DR WILSON LUIZ ZERBINATTI JARDIM AEROPORTO (JD AEROPORTO)
ESTRADA DO TANQUE, S/N - JARDIM AEROPORTO
CEP: 13864-544 (19) 3653-7183

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



UBS DR WILSON LUIZ ZERBINATTI JARDIM AEROPORTO (JD AEROPORTO)
ESTRADA DO TANQUE, S/N - JARDIM AEROPORTO
CEP: 13864-544 (19) 3653-7183

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /

item 65



Item 66

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI
UBS VISTA DA COLINA DR CELSO LUIZ SCARAVELLI (UBS VISTA DA COLINA)
RUA VALTER DE FREITAS SERRATE, 407, VISTA DA COLINA
CEP: 13866-332 (19) 3653-7184

Receituário

Nome:

Em: / /

.....
Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI
UBS VISTA DA COLINA DR CELSO LUIZ SCARAVELLI (UBS VISTA DA COLINA)
RUA VALTER DE FREITAS SERRATE, 407, VISTA DA COLINA
CEP: 13866-332 (19) 3653-7184

Receituário

Nome:

Em: / /

.....
Médico

Item 67



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUI
UBS DR ADALBERTO FASSINA (UBS JD CENTER CITY)
RUA OSÓRIO BARBOSA, S/N, BAIRRO JARDIM CENTER CITY
CEP: 13863-076 (19) 3653-7140

Receituário

Nome:

.....

Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUI
UBS DR ADALBERTO FASSINA (UBS JD CENTER CITY)
RUA OSÓRIO BARBOSA, S/N, BAIRRO JARDIM CENTER CITY
CEP: 13863-076 (19) 3653-7140

Receituário

Nome:

.....

Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

HOSPITAL CLÍNICO MUNICIPAL (CECÍLIA DE LOURDES OLIVEIRA FONSCECA
RUA ALEXANDRINO DE ALENCAR, 127, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAÍ - SP
CEP: 13863-016 (19) 3653-7174

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

HOSPITAL CLÍNICO MUNICIPAL (CECÍLIA DE LOURDES OLIVEIRA FONSCECA
RUA ALEXANDRINO DE ALENCAR, 127, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAÍ - SP
CEP: 13863-016 (19) 3653-7174

Receituário

Nome:

.....
Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUIÁ
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

RUA ALMIRANTE BARROSO, 520, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUIÁ - SP
CEP: 13863-058 (19) 3653-7199

Receituário

Nome:

Em: / /

.....
Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUIÁ
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

RUA ALMIRANTE BARROSO, 520, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUIÁ - SP
CEP: 13863-058 (19) 3653-7199

Receituário

Nome:

Em: / /

.....
Médico

item 70



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

RUA ALEXANDRINO DE ALENCAR, 127, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAÍ - SP

CEP: 13863-016 (19) 3653-7174

Receituário

Nome:

.....

Médico

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

RUA ALEXANDRINO DE ALENCAR, 127, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAÍ - SP

CEP: 13863-016 (19) 3653-7174

Receituário

Nome:

.....

Médico

Em: / /

Item 86
②

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Nome: _____

Idade: _____ Prontuário n.º: _____

Endereço: _____

Fone: () _____

ECG em Repouso

RELATÓRIO:

CONCLUSÃO:

DATA: ____ / ____ / ____



Item 87

Prefeitura Municipal de Aguiá
Secretaria Municipal de Saúde

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO

Nome: _____

Matrícula Nº. _____ Data de Matr. _____

Data de Nasc. _____ Sexo: _____

US _____

Quando voltar queira trazer este cartão

MOD. 07

[illegible]

PREFEITURA DE

AGUAÍ

HONESTIDADE E TRABALHO

FONE: (19) 3653-7100 CNPJ 46.425.229/0001-79

AV. Olinda Silveira Cruz Braga, 215 - Parque Interlagos

CEP: 13860-000 - AGUAÍ-SP

FICHA TRANSFERÊNCIA PADRÃO

UNIDADE SOLICITANTE:

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE AGUAÍ

TEL. (19) 3653-7179 (19) 3653-7174

Rua: Alexandrino de Alencar, 327 -Centro Aguaí/SP

Medico: _____ CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____ D.N. ____/____/____ SEXO () M () F

[illegible]

ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: AGUAÍ TEL: () _____

P.A.	X	FC:	FR:	GLIC:	GLASGOW
------	---	-----	-----	-------	---------

RESUMO CLÍNICO:

EXAME FÍSICO:

EXAMES SUBSIDIÁRIOS:

CONDUTA TOMADA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RECURSO SOLICITADO: _____

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: _____

CONTADO COM O DR: _____

CARIMBO / ASSINATURA DO MÉDICO + CRM

RECOMENDACÃO DO TRANSPORTE

UTI

TRANSPORTE C/ ACOMP. MÉDICO

TRANSFERÊNCIA S/ACOMP. MÉDICO

DATA: ____/____/____ HORA: ____;____

AVALIAÇÃO/ CONDUTA NATRANSFERÊNCIA:

MÉDICO RECEPTOR: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

MÉDICO RECEPTOR: _____

CARIMBO / ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Item 89

Relatório de Evolução do Paciente

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
Relatório de Evolução do Paciente

Nome: _____ N° MATR.: _____

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO

Item 89

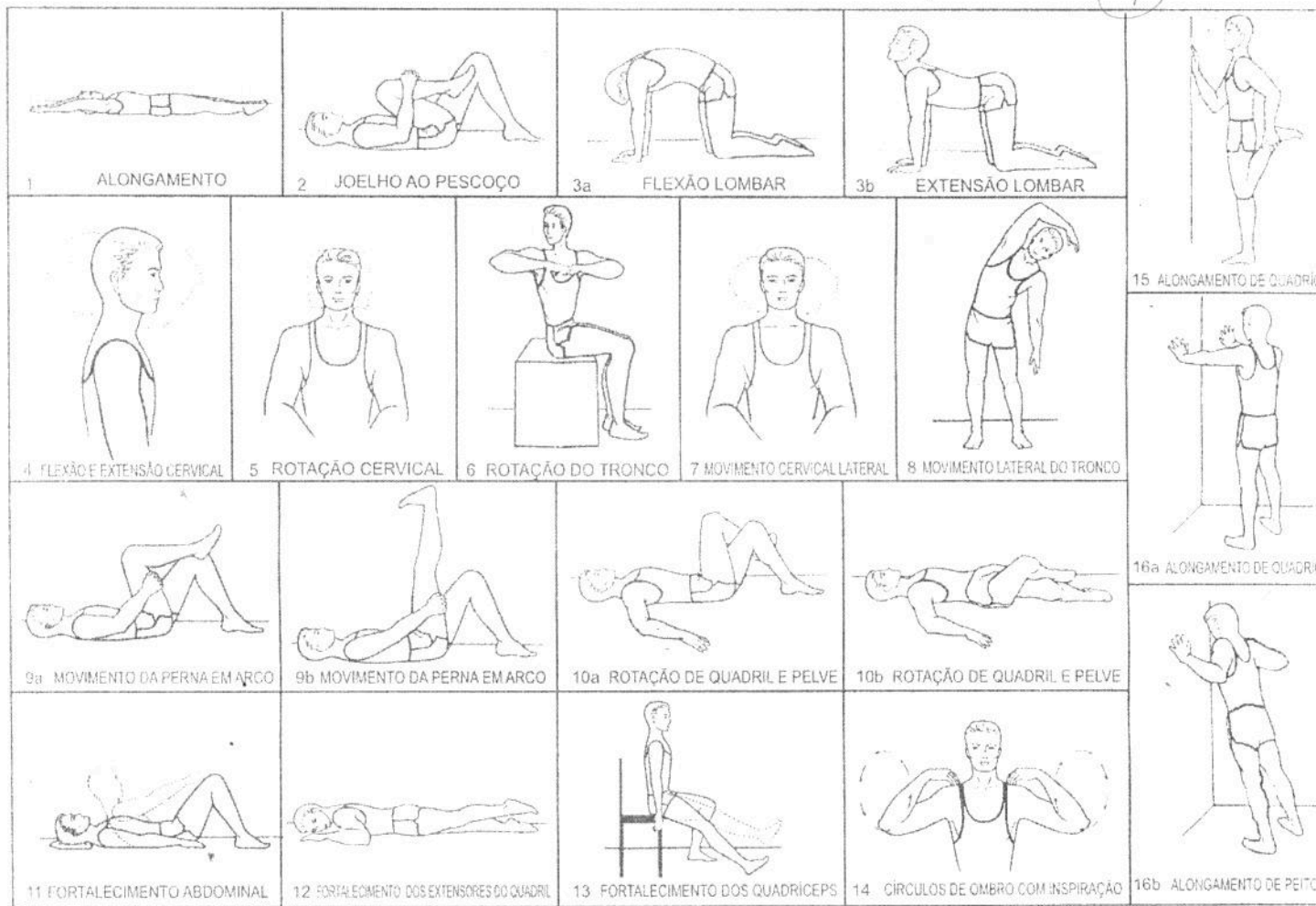
Relatório de Evolução do Paciente

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO

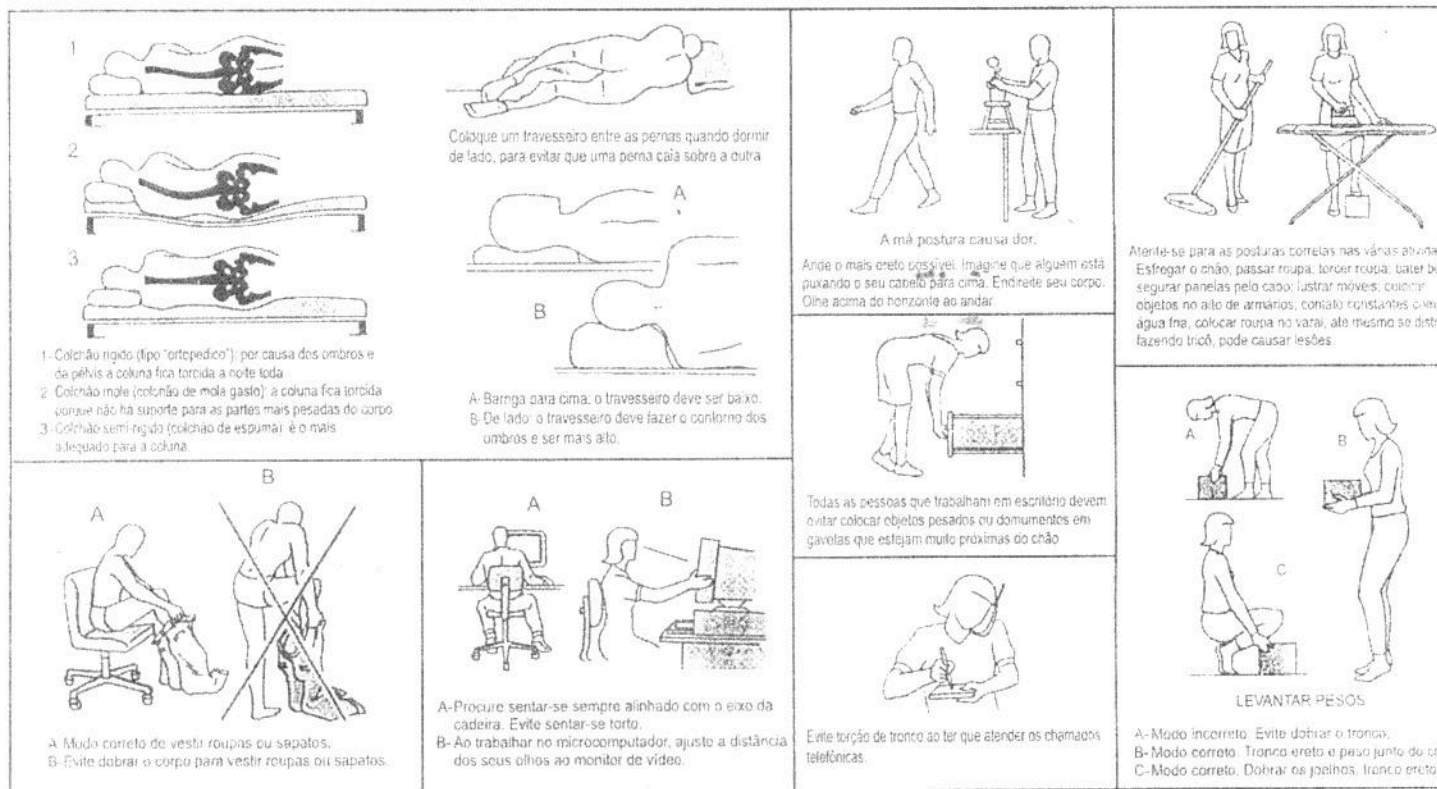
PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
Relatório de Evolução do Paciente

Nome: _____ N° MATR.: _____

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO



ACONSELHAMENTO DE POSTURA



MANTENHA-SE EM ATIVIDADE, FAÇA EXERCÍCIO

DIETA SAUDÁVEL = PESO IDEAL

EVITE MOVIMENTOS E POSTURAS QUE AUMENTEM A DOR

PRESERVE HORAS ADEQUADAS DE SONO

NÃO PERMITA QUE A DOR TOME CONTA DE VOCÊ



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Item
91

GUIA DE REFERÊNCIA

Município: Aguai Especialidade solicitada: _____
Nome da Unidade: _____

I - Identificação do Paciente:

Nome: _____
Nascimento: ____/____/____ Cor: _____ Sexo: ____ Est. Civil: _____
RG: _____ CPF: _____ CNS: _____
Peso: _____ Altura: _____ CROSS: _____
Nome da Mãe: _____
End. Resid.: _____
Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____
Fone Resid.: () _____ Cel.: _____

II - Justificativa da Referência:

História Progressiva e Quadro Clínico: CID-10: _____

Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: _____

Exames Realizados - Data e Resultados _____

Conduta Terapêutica _____

III - Para especialidade Oftalmologia:

AV: OD

OE

IV - Motivo de Encaminhamento

() DIAGNÓSTICO () CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA () TRATAMENTO
() SEGUIMENTO () OUTRA ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO
() OUTROS (ESPECIFICAR) _____

V - Nome do médico solicitante:

CRM: _____ CNS: _____
Assinatura: _____ Data: _____

VI - Nome Médico Autorizador:

Doc. (CNS?CPF) _____
Data da Autorização: ____/____/____

CONTRA REFERÊNCIA

() Alta () Segmento ao município

Outros/Observações: _____

Se necessário, utilizar o verso para maiores informações.

Item 9.2

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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

UF

CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPJ (CPF)

Data de Nascimento

Idade

Raça/cor

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Nacionalidade

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?

ano

☐ Não ☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

☐ Não sabe / Não lembra

2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

☐ Sim ☐ Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

☐ Sim ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

☐ Normal

☐ Ausente (anormalias congênitas ou retirado cirurgicamente)

☐ Alterado

☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

☐ Sim

☐ Não

Data da coleta

Coletor

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

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME 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
 - ☐ Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- ☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 - ☐ Inflamação
 - ☐ Metaplasia escamosa imatura
 - ☐ Reparação
 - ☐ Atrófia com inflamação
 - ☐ Radiação
 - ☐ Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

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

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo 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

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: _____

☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____

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

Observações Gerais: _____

Responsável pelo resultado

CNPJ (CPF)

Data da liberação

10

RESULTADO DA MAMOGRAFIA

6333

<input type="checkbox"/> Mama esquerda não radiografada			
Pele* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Espessada <input type="checkbox"/> Retrada			
Tipo de mama:* <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Adiposa <input type="checkbox"/> Predominantemente densa <input type="checkbox"/> Predominantemente adiposa <input type="checkbox"/> Parênquima deslocada anteriormente pelo implante <input type="checkbox"/> Mama reconstruída			
<input type="checkbox"/> Nódulo	Localização _____	Tamanho (em mm) _____	Contorno _____ Limite _____
Fez ultrassonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Hipoecoico sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoecoico (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão			
<input type="checkbox"/> Nódulo	Localização _____	Tamanho (em mm) _____	Contorno _____ Limite _____
Fez ultrassonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Hipoecoico sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoecoico (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão			
<input type="checkbox"/> Nódulo	Localização _____	Tamanho (em mm) _____	Contorno _____ Limite _____
Fez ultrassonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Hipoecoico sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoecoico (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão			
<input type="checkbox"/> Microcalcificações	Localização _____	Forma _____	Distribuição _____
<input type="checkbox"/> Microcalcificações	Localização _____	Forma _____	Distribuição _____
<input type="checkbox"/> Microcalcificações	Localização _____	Forma _____	Distribuição _____
<input type="checkbox"/> Assimetria focal	Localização _____	<input type="checkbox"/> Distorção focal	Localização _____
<input type="checkbox"/> Assimetria focal	Localização _____	<input type="checkbox"/> Distorção focal	Localização _____
<input type="checkbox"/> Assimetria difusa	Localização _____	<input type="checkbox"/> Área densa	Localização _____
<input type="checkbox"/> Assimetria difusa	Localização _____	<input type="checkbox"/> Área densa	Localização _____
Linfonodos axilares* <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> não visibilizados <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Densos <input type="checkbox"/> Confluentes <input type="checkbox"/> Dilatação ductal isolada na região retroareolar			
Achados benignos			
<input type="checkbox"/> Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma)		<input type="checkbox"/> Calcificações vasculares	
<input type="checkbox"/> Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma)		<input type="checkbox"/> Calcificações tipicamente benignas	
<input type="checkbox"/> Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma)		<input type="checkbox"/> Ginecomastia	
<input type="checkbox"/> Cisto oleoso (esteatorrecrese)		<input type="checkbox"/> Linfonodos intramamários	
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Distorção arquitetural por cirurgia	
		<input type="checkbox"/> Implante sem sinais de ruptura	
		<input type="checkbox"/> Implantes com sinais de ruptura	
		<input type="checkbox"/> Ectasia ductal	

CLASSIFICAÇÃO RADIOLOGICA*		RECOMENDAÇÕES*	
Mama direita <input type="checkbox"/> Categoria 0 - Avaliação adicional com ultrassonografia <input type="checkbox"/> Categoria 1 - Sem achados mamográficos <input type="checkbox"/> Categoria 2 - Achados mamográficos benignos <input type="checkbox"/> Categoria 3 - Achados mamográficos provavelmente benignos <input type="checkbox"/> Categoria 4 - Achados mamográficos suspeitos <input type="checkbox"/> Categoria 5 - Achados mamográficos altamente suspeitos <input type="checkbox"/> Categoria 6 - Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer	Mama esquerda <input type="checkbox"/> Categoria 0 - Avaliação adicional com ultrassonografia <input type="checkbox"/> Categoria 1 - Sem achados mamográficos <input type="checkbox"/> Categoria 2 - Achados mamográficos benignos <input type="checkbox"/> Categoria 3 - Achados mamográficos provavelmente benignos <input type="checkbox"/> Categoria 4 - Achados mamográficos suspeitos <input type="checkbox"/> Categoria 5 - Achados mamográficos altamente suspeitos <input type="checkbox"/> Categoria 6 - Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer	Mama direita <input type="checkbox"/> Complementação com ultrassonografia <input type="checkbox"/> Mamografia em 2 anos <input type="checkbox"/> Mamografia em 1 ano <input type="checkbox"/> Controle radiológico em 6 meses <input type="checkbox"/> Controle radiológico em 1 ano <input type="checkbox"/> Citopatológico / Histopatológico <input type="checkbox"/> Terapêutica específica	Mama esquerda <input type="checkbox"/> Complementação com ultrassonografia <input type="checkbox"/> Mamografia em 2 anos <input type="checkbox"/> Mamografia em 1 ano <input type="checkbox"/> Controle radiológico em 6 meses <input type="checkbox"/> Controle radiológico em 1 ano <input type="checkbox"/> Citopatológico / Histopatológico <input type="checkbox"/> Terapêutica específica

Observações gerais _____

Data do resultado* _____

Responsável pelo laudo* _____

CRM* _____

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Opções disponíveis para preenchimento dos campos do Achado Radiológico.

IMPORTANTE: Não utilizar outras opções ou abreviações que não estejam descritas a seguir.

Localização: para descrição dos achados de localização para os campos de Nódulo, Microcalcificações, Assimetria focal, Assimetria difusa, Distorção focal e Área densa

QSL - Quadrante superior lateral

QIM - Quadrante inferior medial

Uqmed - União dos quadrantes mediais

RC - Região central

QIL - Quadrante inferior lateral

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

(união de todos os quadrantes)

QSM - Quadrante superior medial

UQsup - União dos quadrantes superiores

RRR - Região retroareolar

PA - Prolongamento axilar

Nódulos:

Tamanho sempre em milímetros

Contorno: Regular / Lobulado / Irregular / Espiculado

Limites: Definidos / Parcialmente definidos / Pouco definidos

Microcalcificações:

Forma: arredondadas / Puntiformes / Irregulares / Ramificadas

Distribuição: Agrupadas / Segmento mamário / Trajeto ductal

Atenção: Para nódulos de contorno regular ou lobulado, registrar a realização ou não de ultrassonografia e o resultado

Atenção: Descrever a localização, tamanho, contorno e limite para cada nódulo observado. A mesma regra deve ser observada para as microcalcificações (localização, forma e distribuição)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SADT

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome _____ ONES _____

Data do Agendamento _____

Local _____ Morado _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Cartão SUS _____

Nome _____

Nome da mãe _____

Data de Nascimento _____ Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem

Endereço _____

Bairro _____ Telefone _____

Município de Residência _____

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data da Solicitação _____

Diagnóstico Provável _____

Descrição do Procedimento

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Identificação do Solicitante/Assinatura: _____

(Carimbo/Médico) _____

item 96



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
RUA ALEXANDRINO DE ALENCAR, 127, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAÍ - SP
CEP: 13863-016 (19) 3653-7179

**SOLICITAÇÃO DE VAGA - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA
MALHEIROS DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP**

PACIENTE: _____ IDADE: _____

HIPÓTESE DIAG.: _____

<u>Contactante</u>	<u>Contactante</u>	<u>Situação de vaga</u>	<u>Motivo recusa</u>	<u>Data / Hora</u>
	_____	Aceita [] Negada [] Retornar em _____		___/___/___
	_____	Aceita [] Negada [] Retornar em _____		___/___/___
	_____	Aceita [] Negada [] Retornar em _____		___/___/___
	_____	Aceita [] Negada [] Retornar em _____		___/___/___

Anotações: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SADI

Item 97

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: _____ CNES: _____

Data de Agendamento: ____/____/____

Local: _____ Horário: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Cartão SUS: _____

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Município de Residência: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SADI SOLICITADO:

Data da Solicitação: ____/____/____

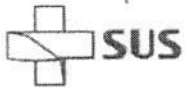
Diagnóstico Provável: _____

Descrição do Procedimento:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Identificação do Solicitante/Assinatura: _____

(Carimbo Médico) _____



LAUDO UNIFICADO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS - AIH / APAC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente*		Nome da Mãe ou Responsável*	
CPF*	Cartão Nacional do SUS - CNS*	Data Nascimento*	Raça / Cor*
Nº do Prontuário*	Telefone para contato* ()	Sexo* (1) Fem (2) Masc	Código CROSS*
Endereço (Rua, Nº, Bairro)*		Município de Residência* AGUAI	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante* CENTRO DE ESPECIALIDADES	CNES* 2749025
Nome do profissional solicitante*	Data da Solicitação*
CNS do profissional solicitante*	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)*

A	Código do Procedimento Solicitado* 	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal	CID Secundário
B	Código do Procedimento Solicitado* 	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal	CID Secundário
C	Código do Procedimento Solicitado* 	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal	CID Secundário
D	Código do Procedimento Solicitado* 	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal	CID Secundário
E	Código do Procedimento Solicitado* 	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal	CID Secundário

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO*

DADOS COMPLEMENTARES

Peso _____ Kg*
Altura _____ m*
Circunf. Abdominal _____ cm*
Paciente possui algum metal no corpo? (1) Sim (2) Não
Paciente Internado* (1) Sim (2) Não
Gestante (1) Sim (2) Não
Transplantado (1) Sim (2) Não Qtd _____

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Cód. Órgão Emissor
CNS do Autorizador	Data da Autorização	Assinatura / Carimbo (Nº Registro do Conselho)
Status da Autorização (1) Autorizado (2) Rejeitado (3) Cancelado	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO	
Nome do Estabelecimento de Saúde Executante		CNES
Tipo de Autorização*		
(1) AIH Geral <input type="checkbox"/>	(4) APAC Geral <input type="checkbox"/>	Validade Inicial da APAC ____/____/____ Validade Final da APAC ____/____/____
(2) AIH Cirurgia Eletiva <input type="checkbox"/>	(5) APAC Cirurgia Eletiva <input type="checkbox"/>	Validade Inicial da APAC ____/____/____ Validade Final da APAC ____/____/____
(3) AIH CNRAC <input type="checkbox"/>	(6) APAC CNRAC <input type="checkbox"/>	Validade Inicial da APAC ____/____/____ Validade Final da APAC ____/____/____

JUSTIFICATIVA DA AUTORIZAÇÃO

OBS: Os campos com títulos em cinza são de preenchimento obrigatório para APAC. Sua falta gerará devolução da solicitação à origem.