



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

	<p>“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)</p>		
5	<p>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)</p>	Serviço de Confecção/ Bloco	05
6	<p>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)</p>	Serviço de Confecção/ Bloco	15
7	<p>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)</p>	Serviço de Confecção/ Bloco	30
8	<p>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)</p>	Serviço de Confecção/ Bloco	30
9	<p>Serviço gráfico – Confecção de Ficha de Atendimento (FA) Papel offset tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 26)</p>	Serviço de Confecção/ Bloco	100
10	<p>Serviço gráfico – Confecção de Serviço de Cardiologia Papel cartolina tipo cartão, formato abre e fecha, 14,5 x 11 cm. (ITEM 87)</p>	Serviço de Confecção/ Unidade	1000
11	<p>Serviço gráfico – Confecção de Cartão de Identificação e Agendamento Papel cartolina, 15 x 21 cm. (ITEM 87)</p>	Serviço de Confecção/ Unidade	1000
12	<p>Serviço gráfico – Confecção de Controle de Pressão Arterial e Glicemia Papel cartolina, 15 x 21 cm. (ITEM X)</p>	Serviço de Confecção/ Unidade	42.000
13	<p>Serviço gráfico – Confecção de Ficha de Transferência Padrão Papel offset, tamanho A4 – Bloco com 100 folhas. (ITEM 88)</p>	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 - AGUAÍ – 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.

Liquidiação

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 sobreposta 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 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

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
Secretaria 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 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

		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 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

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 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

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 irreajustáveis.

Declaramos que o preço proposto comprehende 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)



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

Item 26

Data: / /
Hora: _____
REC.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome:				Data Nasc.:	/ /
Mãe:				CNS:	
End.:				Nº:	
Bairro:				Município/UF:	
TRIAGEM					
PA:	mmHg	DEXTRÔ:		HAS:	() SIM () NÃO
PULSO:	FC: bmp	T: °C	SO ₂ :	DM:	() SIM () NÃO
ALT:	PESO:	CHECAGEM:			ALERGIA? () SIM () NÃO Quais?
PRINCIPAIS QUEIXAS:					
ANAMNESE / HISTÓRICO / EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (COM CID)					
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS					
EXAMES COMPLEMENTARES					
<input type="checkbox"/> LABORATORIAS <input type="checkbox"/> RADILOGIA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS					
PROFISSIONAL / REGISTRO / CARIMBO					
CONDUTA: <input type="checkbox"/> MEDICADO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
OBS.: <input type="checkbox"/> 8HS <input type="checkbox"/> 12HS <input type="checkbox"/> 24HS					
FAA FEITA POR:					

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

July 52

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº	926610

Data _____

Nome _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:

ítem 53

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
UF	Série J	N.º 26	ESF Dr. José Edgar Simon Alonso
SP	Nº	918356	Rua Aparecido Antônio Oliveira, 122 - Bairro Cidade Nova CEP: 13.866-026 - AGUAI - São Paulo
Data _____		do 20	Medicamento ou Substância _____
Nome _____		Endereço _____	Quantidade e Forma Farmacêutica _____
Assinatura e Carimbo		Nome _____	Dose por Unidade Posológica _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome: _____		Nome do Vendedor: _____	
Endereço: _____		Endereço: _____	
Telefone: _____		Identidade n.º: _____	
Órgão Emissor: _____		Data: _____	
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:			

Item 54

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
UF SP	Série J Nº 26 Nº 922959	Hospital Clínico Municipal Cecília de L.O. Fonseca - Pronto Socorro Rua Alexandre de Alencar, 127 Jd. Santa Ursula Centro CEP: 13.863-062 - AGUAI - São Paulo	Medicamento ou Substância Quantidade e Forma Farmacêutica Dose por Unidade Psicofarmacológica
B		Paciente _____ Data _____ Nome _____ Endereço _____	Paciente _____ Data _____ Nome _____ Endereço _____
		IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
		Assinatura e Cachorro	
		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
		Nome _____ Endereço _____ Telefone _____	
		Identidade n.º _____ Órgão Emissor _____ Nome do Vendedor _____ Data _____	
		CARIMBO DO FORNECEDOR	
		Nome _____ Endereço _____ Identidade n.º _____ Órgão Emissor _____ Nome do Vendedor _____ Data _____	
		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:	

item 55

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
UF Série J	N.º 26	ESF Dr. Wilson Luiz Zerbiniatti	Medicamento ou Substância
SP	N.º 917456	Rua Estrada Municipal do Tanque S/N Jd. Aeroporto CEP:13.864-544 - AGUAI - São Paulo	Quantidade e Forma Farmacêutica
de _____ a _____		Paciente _____	Dose por Unidade Posológica
de _____ a _____		Endereço _____	
Assinatura e Carimbo		CARIMBO DO FORNECEDOR	
		Nome: _____	
		Endereço: _____	
		Identidade n.º _____	
		Nome do Vendedor _____	
		Data _____	
		Órgão Emissor _____	
		Telefone: _____	

UF	Série J	N.º 26
SP	Nº	917456

Data _____

Nome _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA: _____

item 56

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
UF Série J	N.º 26	ESF Dr. Ricardo Mamede Barbosa	Medicamento ou Substância
SP	1 B 918957	Rua Osvaldo Moro, 740 Jd. Santa Maria CEP:13.860-290 - AGUAI - São Paulo	Quantidade e Forma Farmacêutica
			Dose por Unidade Psicotóxica
		Paciente _____	Psicologia _____
		Endereço _____	
Assinatura e Carimbo		CARIMBO DO FORNECEDOR	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Nome do Vendedor _____ Endereço _____ Telefone _____ Identidade n.º _____ Órgão Emissor _____	

item 57

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
UF SP	Série J Nº 921659	N.º 26 1 B	ESF Aurea Oliveira Araújo Rua Miguel Angelo, 791 Bairro Parque Miguelito CEP 13.860-430 - AGUAI - São Paulo
Data	de 20	Paciente	Quantidade e Forma Farmacêutica
Nome		Endereço	Dose e por Unidade Farmacológica
Assinatura e Carimbo			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome	Identidade n.º	Nome do Emissor	Data
Endereço			
Telefone			

UF SP	Série J Nº 26 921659	MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:

item 58

M & S Relis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins, 271 Jd. Irajá - Mogi Guaçu - SP - CNPJ. 11.444.294/0001-67 - I. Est. 455. 193.383.117/26.916.205 à 26.916.905 Série 1 (50x1) 06/2011

item 59

Item 60

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

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:

Item 61

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
UF	Série J	N.º 26	Pronto Socorro Municipal de Aguai
SP	N.º	912352	Secretaria Municipal de Saúde
		Rua Alexandino de Alencar, 127 Jd. Santa Ursula	
		Centro CEP:13.863-062 - AGUAI - São Paulo	
		Paciente _____	Quantidade e Forma Farmacêutica
		Endereço _____	Dois por Unidade Psicogênica
		Assinatura e Cárимbo _____	Psicogênica
		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
		Nome: _____	CARIMBO DO FORNECEDOR
		Endereço: _____	Nome do Vendedor _____
		Telefone: _____	Órgão Emissor: _____
		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA	
		Nome: _____	Identidade n.º _____
		Endereço: _____	Nome do Vendedor _____
		Telefone: _____	Órgão Emissor: _____
		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA	
		Nome: _____	Identidade n.º _____
		Endereço: _____	Nome do Vendedor _____
		Telefone: _____	Órgão Emissor: _____

MSS Reis Artes Gráficas Ltda Me - Rua Tupiniquins,271 Jd. Ipiranga - Mogi Guaçu - S.P. - CNPJ: 11.444.294/0001-87 - I. Est. 455.193-383-117/26.912.432 Série J (50x1) 01/2023

item 62



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



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

Receituário

Receituário

Nome:

Nome:

Nome:

Médico

Médico

Em: / /

Em: / /

Item 63

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



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

Receituário

Nome:

Nome:

Receituário

Nome:

Nome:

Em: / /

Em: / /

Médico

Médico

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



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:

Nome:

Nome:

Receituário

Em: / /

Em: / /

Médico

Médico

.....

Item 65



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



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

Receituário

Nome:

Nome:

Receituário

Nome:

Nome:

Médico

Em: / /

Em: / /

Nome:

Médico

Item 66



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
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

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
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:

Nome:

Receituário

Nome:

Nome:

Em: / /

Em: / /

Médico

Médico

Item 67



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
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: / /

Nome:

Médico

Em: / /

Nome:

Médico

Receituário

Nov 68

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

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



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

Receituário

Nome:

Nome:

Nome:



Receituário

Nome:

Nome:

Médico

Médico

Em: / /

Em: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)
RUA ALMIRANTE BARROSQ, 520, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAI - SP
CEP: 13863-058 (19) 3653-7199

Nem 69



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)
RUA ALMIRANTE BARROSQ, 520, JARDIM SANTA ÚRSULA, AGUAI - SP
CEP: 13863-058 (19) 3653-7199

Receituário

Nome:

Nome:

Receituário

Nome:

Nome:

Receituário

Em: / /

Em: / /

Médico

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:

Nome:

Nome:



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:

Nome:

Nome:

Em: / /

Em: / /

Médico

Médico

1

Item 86

2

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Nome: _____

Idade: _____ Prontuário n°: _____

Endereço: _____

Fone: () _____

ECG em Repouso

RELATÓRIO:

CONCLUSÃO:

DATA: _____

Item 87

Prefeitura Municipal de Aguai
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



Item 88
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

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE AGUAÍ

UNIDADE SOLICITANTE:
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

CARTÃO DO SUS RG: _____

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

RECOMENDAÇÃO 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

Fronte e verso

*Xem
ago*

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

Relatório de Evolução do Paciente

Nome: _____ Nº MATR.: _____

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
Relatório de Evolução do Paciente

Nome: _____ Nº MATR.: _____

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO

Fronte e verso

*Xem
ago*

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ

Relatório de Evolução do Paciente

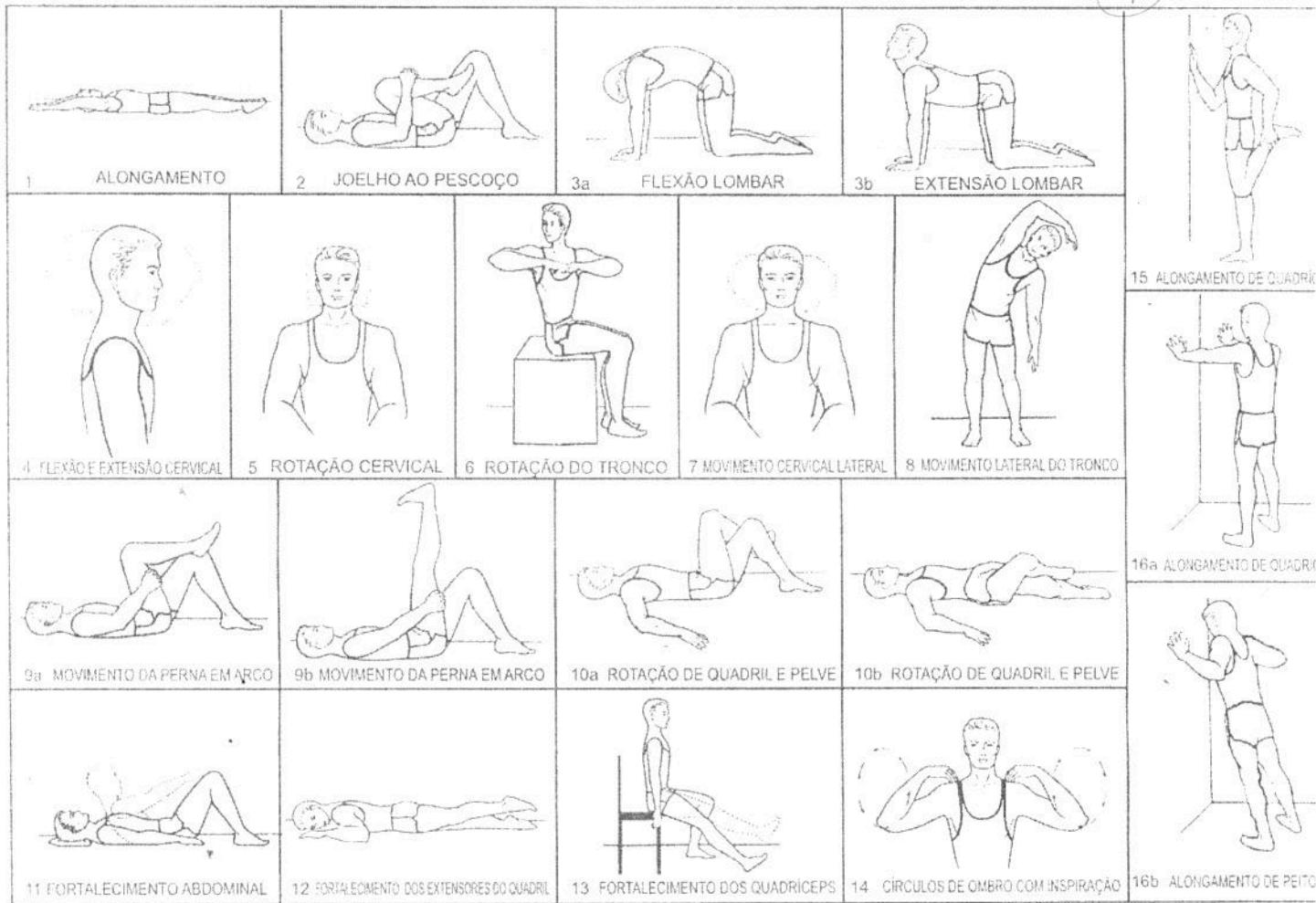
Nome: _____ Nº MATR.: _____

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA/CARIMBO

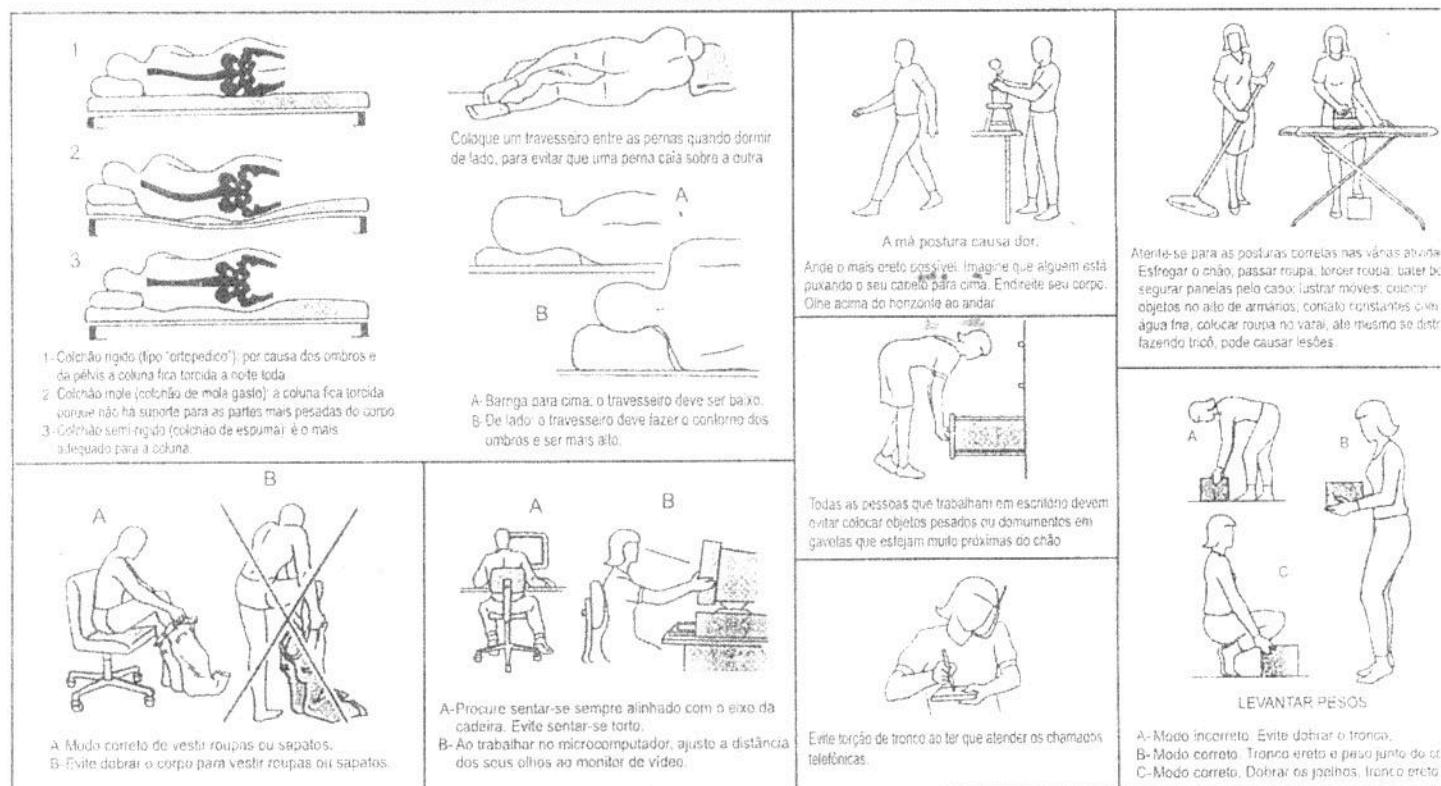
PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAÍ
Relatório de Evolução do Paciente

Nome: _____ Nº 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

Item 92

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

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Identidade

Data de Nascimento

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Idade

Raça/cor

 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Nacionalidade

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do 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

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 lembra2. Usa DIU? 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 lembra3. Está grávida? Sim Não Não sabe

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 menopausa4. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? Sim Não Não sabe

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

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Nome do Laboratório

Número do Exame

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA**

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação 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

- Satisfatório
 Insatisfatório para avaliação oncológica devido a:
 Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 Sangue em mais de 75% do esfregaço
 Pióctitos em mais de 75% do esfregaço
 Artefatos 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

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO

- DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
 ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS-REATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

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

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo 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: _____

Responsável pelo resultado

CNPF (CPF)

Data da liberação

<input type="checkbox"/> Mama esquerda não radiografada							
Pele*	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Espessada	<input type="checkbox"/> Retirada				
Tipo de mama:*	<input type="checkbox"/> Densa	<input type="checkbox"/> Adiposa	<input type="checkbox"/> Predominantemente densa	<input type="checkbox"/> Predominantemente adiposa			
	<input type="checkbox"/> Parénquima deslocado 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 _____				
<input type="checkbox"/> Linfonodos axilares*		<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"/> Distorção arquitetural por cirurgia				
<input type="checkbox"/> Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma)	<input type="checkbox"/> Calcificações tipicamente benignas		<input type="checkbox"/> Implante sem sinais de ruptura				
<input type="checkbox"/> Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma)	<input type="checkbox"/> Ginecomastia		<input type="checkbox"/> Implantes com sinais de ruptura				
<input type="checkbox"/> Cisto oleoso (estearonecrose)	<input type="checkbox"/> Linfonodos intramamários		<input type="checkbox"/> Ectasia ductal				
<input type="checkbox"/> Outros							

CLASSIFICAÇÃO RADIOLÓGICA*

RECOMENDAÇÕES*

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

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 das achadas 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 medios

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

RRA - Região retroareolar

PA - Prolongamento axilar

Nódulos:

Tamanho sempre em milímetros

Contorno: Regular / Lobulado / Irregular / Espiculado

Limites: Definidos / Parcialmente definidos / Pouco definidos

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

Microcalcificações:

Forma: arredondadas / Puntiformes / Irregulares / Ramificadas

Distribuição: Agrupadas / Segmento mamário / Trajeto ductal

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)

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

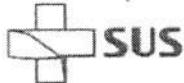
**SOLICITAÇÃO DE VAGA - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA
MALHEIROS DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP**

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: _____

Item 98
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*	Código CROSS*
Endereço (Rua, Nº, Bairro)*		Município de Residência*	
		AGUAÍ	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante*	CNES*
CENTRO DE ESPECIALIDADES	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
B	Código do Procedimento Solicitado*	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Secundário
C	Código do Procedimento Solicitado*	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal
D	Código do Procedimento Solicitado*	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Secundário
E	Código do Procedimento Solicitado*	Descrição do Procedimento Solicitado	CID Principal
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"/> Validação Inicial da APAC _____ / _____ Validação Final da APAC _____ / _____		
(2) AIH Cirurgia Eletiva <input type="checkbox"/> (5) APAC Cirurgia Eletiva <input type="checkbox"/> Validação Inicial da APAC _____ / _____ Validação Final da APAC _____ / _____		
(3) AIH CNRAC <input type="checkbox"/> (6) APAC CNRAC <input type="checkbox"/> Validação Inicial da APAC _____ / _____ Validação Final da APAC _____ / _____		
JUSTIFICATIVA DA AUTORIZAÇÃO		