



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## TERMO DE REFERENCIA

### 1 – DEFINIÇÃO DO OBJETO:

1.1-Aquisições de material gráfico para atender as necessidades das secretarias do município.

- Natureza: **Aquisição de Serviço;**
- Procedimento Auxiliar: **Sistema de Registro de Preços;**
- Quantitativo Estimado: **39 modelos de Impressos;**
- Prazo: **12 (doze) meses;**
- Possibilidade de sua prorrogação: **não se aplica.**

### 2 – FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

2.1-Esta aquisição se justifica pela necessidade de manter fluidez das atividades administrativas, visto que tais atendimentos envolvem diversas atividades que necessitam dos materiais solicitados em suas rotinas, para realização de atividades de seus setores, de modo a assegurar um atendimento de qualidade, além de atender todas as necessidades do município e população.

### 3 – DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

3.1-Contratação de empresa especializada para o fornecimento do produto supracitado de forma a atender todas as exigências legais.

### 4 – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

4.1-Os serviços referentes a esta contratação deverão ser executados pela contratada, de acordo com as especificações abaixo:

- ( )A contratada possui registro em órgãos regulamentadores;
- ( )Possui critérios para possível execução de logística reversa;
- ( )Adota critérios de sustentabilidade e boas práticas;
- ( )Apresenta formalmente o responsável técnico com registro no respectivo conselho (se for o caso);
- ( )Apresenta catálogos, folders de produtos;
- (x)Possui certificado de licença de funcionamento;
- (x)Atende as demais legislações pertinentes.

4.2-Para se habilitar a concorrente deve apresentar os seguintes documentos:

#### 4.2.1-Habilitação Jurídica:

- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores ou exercício da diretoria (acompanhado das alterações contratuais quando for o caso);
- Registro Comercial;
- Cédula de Identidade (representante).

#### 4.2.2-Habilitação Fiscal, Social e Trabalhista:

- CPF (representante);
- CNPJ para pessoas jurídicas;
- Prova de regularidade com a Fazenda Municipal;
- Prova de regularidade com a Fazenda Estadual;
- Prova de regularidade com a Fazenda Federal;
- Prova de regularidade com o FGTS;
- Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## 4.2.3-Habilitação Econômico-Financeira:

- Certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante.

## 4.2.4-Declarações:

- Declaração Empregador (anexo II);
- Declaração de Inexistência de Fato Impeditivo da Habilitação (anexo III);
- Informações de e-mail(s) (anexo IV).

## **5 – EXECUÇÃO DO OBJETO:**

**5.1-**Efetuar entrega dos itens solicitados em perfeitas condições, no prazo e local preteritamente indicados, em estrita observância as especificações do Termo de Referência e da proposta consolidada, acompanhado da respectiva nota fiscal constando detalhadamente as especificações;

**5.2-A CONTRATADA** deverá realizar entrega do objeto em dia e local agendado pela municipalidade de acordo com os endereços contidos nas AF's.

**5.3-A CONTRATADA** deverá entregar o produto no prazo máximo de 10 (dez) dias, mediante a expedição de solicitação de fornecimento pelo Setor Competente.

**5.4-**Cumprir o prazo de entrega e vigência;

**5.5-**Serão requisitados de forma parcelada, eventual e futura, de acordo com as necessidades da Prefeitura Municipal de Marituba, através da Ordem de Compra;

**5.6-**Os produtos poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta comercial.

**5.7-**Cada fornecimento deverá ser acompanhado de recibo ou meio de controle similar onde deve constar a data da efetuação da entrega, a quantidade entregue e assinatura do responsável pelo recebimento do setor solicitante.

## **6 – GESTÃO DO CONTRATO:**

**6.1-**A execução dos serviços será acompanhada e obrigatoriamente e fiscalizada na figura do servidor a **Sra. Maria das Graças Massucato (Chefe de gabinete)**, a qual incumbirá anotar, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas à execução, determinando o que for necessário à regularização das falhas e defeitos observados. O recebimento, aceitação e atestado dos serviços decorrerão necessariamente de verificação efetiva de sua execução.

## **7 – CRITÉRIOS DE PAGAMENTO:**

**7.1-**O preço contratado será pago de acordo com as AF's (Autorizações de Fornecimento) emitidas pelo departamento de compras do município atendidas as formalidades estabelecidas pelo art.60 e ss. da lei ordinária nº4320/1964, principalmente quanto a liquidação da despesa.

**7.2-**O pagamento será efetivado conforme cronograma de pagamentos expedidos mensalmente pela Administração e em atenção a ordem legal. Em regra, o pagamento será efetuado nos dias 10, 20 ou 30 do mês subsequente ao da apresentação do documento fiscal de cobrança.

**7.3-**Na eventualidade de o CONTRATADO paralisar a execução do objeto previsto neste Termo, por qualquer motivo, também serão suspensos os pagamentos ainda não realizados.

## **8 – FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:**

**8.1-Menor preço por Item**, conforme proposta a ser apresentada modelo (anexo V).



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## 9 – DA APRESENTAÇÃO DO ENVELOPE OU ARQUIVO CONTENDO OS DOCUMENTOS E PROPOSTA:

**9.1-**O envelope ou arquivo deverão ser encaminhados impreterivelmente até o dia, horário e endereço previstos no aviso de recebimento constante no endereço <https://www.guarara.mg.gov.br/wp/avisos-de-dispensa-de-licitacao>.

**9.2-**Quaisquer envelopes ou arquivos que cheguem ao conhecimento da ADMINISTRAÇÃO após os prazos previstos, não serão abertos ou aceitos, ainda que por motivo atribuível a terceiros como correios ou queda de energia, problemas de rede, provedor ou quaisquer outros que impeçam a chegada pontual de toda a documentação.

**9.3-**O interessado que entregar:

**9.3.1-**Quando em meio físico: em envelope lacrado e também assinado em suas emendas com o título:

**RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE:  
CNPJ:  
DISPENSA Nº 015/2024  
SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO  
DOCUMENTAÇÃO/PROPOSTA**

**9.3.2-**Quando em meio digital: em arquivo parametrizado assinado podendo ser de forma digital ou assinado de forma manual e escaneado, o e-mail deveser identificado da seguinte forma:

**DISPENSA Nº 015/2024 PELO SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS  
APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO/PROPOSTA**

## 10 – ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

**10.1-**As estimativas das quantidades para a contratação, acompanhadas dos documentos que lhes dão suporte, que considerem interdependências com outras contratações, de modo a possibilitar economia de escala;

**10.2-**Conforme Instrução Normativa SEGES/ME nº 65, de 7 de julho de 2021, foi realizada pesquisas, para realizar cálculo da média do preço, que será utilizada como preço referencial.

**10.3-**Foi utilizado à metodologia da Média de Preço (onde se soma todos os valores obtidos e dividindo a soma pelo número total de valores), formalizando um preço estimado para o serviço pretendido, obtido através de pesquisa com empresas locais, que vai em anexo a este documento seguir:

Nº Item	Quant.	Unid.	Especificação	Media de Preço Unitário	Media de Preço Total
1	8,00	BL	BLOCO ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM 100 FLS - AP 75G - BLOCO ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM 100 FLS - AP 75G	R\$ 18,68	R\$ 149,44
2	30,00	BL	BLOCO ATESTADO DE SAÚDE COM 100 FLS - AP 75G 20,7 X 14,5 - BLOCO ATESTADO DE SAÚDE COM 100 FLS - AP 75G 20,7 X 14,5	R\$ 18,68	R\$ 560,40
3	8,00	BL	BLOCO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM 100 FLS AP 75G FORMATO A4 IMP. F/V - BLOCO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM 100 FLS AP 75G FORMATO A4 IMP. F/V	R\$ 57,67	R\$ 461,36
4	13,00	BL	BLOCO FICHA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COM 100 FLS - AP 75G 24 X 22 - BLOCO FICHA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COM 100 FLS - AP 75G 24 X 22	R\$ 27,47	R\$ 357,11
5	250,00	BL	BLOCO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL COM 100 FLS - AP 56G 23,5 X 21,2 - BLOCO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL COM 100 FLS - AP 56G 23,5 X 21,2	R\$ 18,68	R\$ 4.670,00
6	10,00	BL	BLOCO ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE COM 100 FLS AP 75G 21 X 29,7 - BLOCO ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE COM 100 FLS AP 75G 21 X 29,7	R\$ 38,50	R\$ 385,00
7	5,00	BL	BLOCO MAPA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL 100 X 2 VIAS EM PAPEL AP 75G MEDINDO 20 X 30 IMP F/V - BLOCO MAPA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL 100 X 2 VIAS EM PAPEL AP 75G MEDINDO 20 X 30 IMP F/V	R\$ 58,73	R\$ 293,65
8	50,00	BL	BLOCO ORDEM FORNECIMENTO DE MATERIAL COM 100 FLS AP 75G 20 X 15 - BLOCO ORDEM FORNECIMENTO DE MATERIAL COM 100 FLS AP 75G 20 X 15	R\$ 19,43	R\$ 971,50
9	30,00	BL	BLOCO PRONTUÁRIO DE CONSULTA COM 100 FLS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V - BLOCO PRONTUÁRIO DE CONSULTA COM 100 FLS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V	R\$ 37,67	R\$ 1.130,10



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

10	200,00	BL	BLOCO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20,5 X 15 - BLOCO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20,5 X 15	R\$ 19,90	R\$ 3.980,00
11	200,00	BL	BLOCO RECEITUÁRIO MÉDICO CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20 X 15 - BLOCO RECEITUÁRIO MÉDICO CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20 X 15	R\$ 19,90	R\$ 3.980,00
12	5,00	BL	BLOCO RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM 100 FLS AP 75G 14,5 X 21 - BLOCO RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM 100 FLS AP 75G 14,5 X 21	R\$ 21,50	R\$ 107,50
13	3,00	BL	BLOCO - RELAÇÃO DE CASAS PENDENTES COM 100 FLS AP 75G MEDINDO 26,4 X 21,4 - BLOCO - RELAÇÃO DE CASAS PENDENTES COM 100 FLS AP 75G MEDINDO 26,4 X 21,4	R\$ 38,90	R\$ 116,70
14	100,00	BL	BLOCO REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES COM 100 FLS - AP 56G F/V - BLOCO REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES COM 100 FLS - AP 56G F/V	R\$ 9,53	R\$ 953,00
15	3,00	BL	BLOCO ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE COM 100 FLS AP 75G 20 X 30 - BLOCO ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE COM 100 FLS AP 75G 20 X 30	R\$ 54,95	R\$ 164,85
16	5,00	BL	BLOCO SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO COM 100 FLS AP 56G 20 X 30 - BLOCO SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO COM 100 FLS AP 56G 20 X 30	R\$ 54,95	R\$ 274,75
17	1000,00	UN	BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21 X 30 - BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21 X 30	R\$ 0,91	R\$ 910,00
18	500,00	UN	CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO 180GR 22 X 8 CM F/V - CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO 180GR 22 X 8 CM F/V	R\$ 0,73	R\$ 365,00
19	300,00	UN	CARTAZ PARA DIVULGAÇÃO DE EVENTOS TAMANHO A3 CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 170G 4 X 0 COLORIDO, COM ARTE E CTP INCLUSOS, TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS - CARTAZ PARA DIVULGAÇÃO DE EVENTOS TAMANHO A3 CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 170G 4 X 0 COLORIDO, COM ARTE E CTP INCLUSOS, TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS	R\$ 5,86	R\$ 1.758,00
20	5000,00	UN	ENVELOPE BRANCO TIMBRADO 11,50 X 23,00 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE BRANCO TIMBRADO 11,50 X 23,00 COM ARTE E CTP INCLUSOS	R\$ 0,60	R\$ 3.000,00
21	4000,00	UN	ENVELOPE PARDO TIMBRADO 20 X 28 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDO TIMBRADO 20 X 28 COM ARTE E CTP INCLUSOS	R\$ 0,85	R\$ 3.400,00
22	1000,00	UN	ENVELOPE PARDO TIMBRADO 25 X 35 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDO TIMBRADO 25 X 35 COM ARTE E CTP INCLUSOS	R\$ 1,25	R\$ 1.250,00
23	5000,00	UN	ENVELOPE PARDO TIMBRADO 26 X 36 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDO TIMBRADO 26 X 36 COM ARTE E CTP INCLUSOS	R\$ 1,39	R\$ 6.950,00
24	1000,00	UN	ENVELOPE PARDO TIMBRADO 31 X 41 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDO TIMBRADO 31 X 41 COM ARTE E CTP INCLUSOS	R\$ 1,90	R\$ 1.900,00
25	10,00	BL	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V - FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V	R\$ 35,90	R\$ 359,00
26	10,00	BL	FICHA DE ATIVIDADES COLETIVAS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V C/ 100 FLS - FICHA DE ATIVIDADES COLETIVAS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V C/ 100 FLS	R\$ 35,90	R\$ 359,00
27	500,00	UN	FOLDER 4 X 4 COLORIDO CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ MEDINDO 21 X 29,7 COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS - FOLDER 4 X 4 COLORIDO CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ MEDINDO 21 X 29,7 COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS	R\$ 2,46	R\$ 1.230,00
28	5,00	BL	MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR 100 X 1 VIA CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 28,4 X 21,4 F/V - MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR 100 X 1 VIA CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 28,4 X 21,4 F/V	R\$ 54,27	R\$ 271,35
29	2500,00	UN	NOTIFICAÇÃO DA RECEITA B AZUL NUMERADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G CONFORME MODELO - NOTIFICAÇÃO DA RECEITA B AZUL NUMERADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G CONFORME MODELO	R\$ 0,36	R\$ 900,00
30	300,00	UN	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF FORMATO A4 AP 75GR - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF FORMATO A4 AP 75GR	R\$ 0,53	R\$ 159,00
31	2500,00	UN	PAPEL OFÍCIO TIMBRADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 90G 4 X 0 COR MEDINDO 21,60 X 30 COM ARTE E CTP INCLUSOS - PAPEL OFÍCIO TIMBRADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 90G 4 X 0 COR MEDINDO 21,60 X 30 COM ARTE E CTP INCLUSOS	R\$ 0,50	R\$ 1.250,00
32	250,00	UN	PASTA EM CARTÃO TRIPLEX 240G MEDINDO 20 X 30 TIMBRADO CONFORME MODELO - PASTA EM CARTÃO TRIPLEX 240G MEDINDO 20 X 30 TIMBRADO CONFORME MODELO	R\$ 4,48	R\$ 1.120,00
33	1000,00	UN	PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO DUPLO 480GR CONFORME MODELO - PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO DUPLO 480GR CONFORME MODELO	R\$ 7,79	R\$ 7.790,00
34	1000,00	UN	PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO TRIPLEX 240G CONFORME MODELO - PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO TRIPLEX 240G	R\$ 4,30	R\$ 4.300,00



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

CONFORME MODELO					
35	500,00	UN	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLA DE DENGUE PNCD CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30 - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLA DE DENGUE PNCD CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30	R\$ 0,48	R\$ 240,00
36	5,00	BL	PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - SAÚDE BUCAL FORMATO A4 30 X 27 PAPEL AP 75G IMP. F/V COM 2 JGS CONFORME MODELO C/ 100 FLS PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - SAÚDE BUCAL FORMATO A4 30 X 27 PAPEL AP 75G IMP. F/V COM 2 JGS CONFORME MODELO C/ 100 FLS	R\$ 54,27	R\$ 271,35
37	5,00	BL	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V COM 100 FLS - REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V COM 100 FLS	R\$ 54,27	R\$ 271,35
38	500,00	UN	ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO CONTROLE DA DENGUE CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30 - ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO CONTROLE DA DENGUE CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30	R\$ 0,52	R\$ 260,00
39	5,00	BL	TERMO DE AUTORIZAÇÃO EM AP 56GR 21 X 14,5 COM 100 FLS - TERMO DE AUTORIZAÇÃO EM AP 56GR 21 X 14,5 COM 100 FLS	48,03	R\$ 240,15
CNPJ - Razão Social				Data	Valor Total
03.880.787/0001-11 – GIROPEL DISTRIBUIDORA LTDA				12/06/2024	R\$ 55.671,20
21.545.945/0001-69 – GRAFICA KN LTDA				17/06/2024	R\$ 58.117,20
29.126.669/0001-06 – TREZE DISTRIBUIDORA LTDA				17/06/2024	R\$ 57.631,60

**10.3.1-Custo Médio Total apurado: R\$ 57.109,56** (cinquenta e sete mil cento e nove reais e cinquenta e seis centavos).

## 11 – RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA:

**11.1-** Realizar as entregas dos produtos do presente Objeto, de acordo com a melhor técnica aplicável, com zelo e diligência;

**11.2-** Assumir sob sua responsabilidade, o pagamento de todos os impostos, taxas ou quaisquer ônus fiscais de origem federal, estadual ou municipal bem como todos os encargos trabalhistas, previdenciários e comerciais;

**11.3-** Fornecer contato telefônico para comunicações informais junto à CONTRATANTE e endereço eletrônico de e-mail para receber toda e qualquer comunicação formal, seja requisição de material, notificação e outras que se fizerem pertinentes;

**11.4-** Os materiais a serem fornecidos deverão ser sempre de boa qualidade, segundo os padrões definidos pelos órgãos de controle de qualidade e padronização, no que couber, considerando-se também as disposições da lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor);

**11.5-** Os materiais deverão obedecer às prescrições e exigências contidas nas especificações deste Termo.

**11.5-** Comunicar à CONTRATANTE qualquer irregularidade relacionada com a execução dos serviços;

**11.6-** Não subcontratar, total ou parcialmente, o objeto do presente contrato sem prévia anuência e autorização da Administração.

## 12 – DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE:

**12.1-** Efetuar os pagamentos nos respectivos vencimentos e de acordo com as condições previstas em lei e no procedimento de seleção do contratado.

**12.2-** Administração responderá solidariamente pelos encargos previdenciários e subsidiariamente pelos encargos trabalhistas, apenas se houver comprovada falha na fiscalização do cumprimento das obrigações do CONTRATADO.

## 13 – DA FISCALIZAÇÃO:

**13.1-** O objeto licitado será fiscalizado por agente público expressamente designado pelo ADMINISTRADOR, que, entre outras atribuições, atestará a realização do objeto em conformidade com o previsto neste instrumento.

**13.2-** A FISCALIZAÇÃO fica impedida de atestar a realização do objeto fora das suas especificações, sem prejuízo das exigências estabelecidas pelos órgãos oficiais que fiscalizam o segmento.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**13.2.1-**O objeto realizado em desacordo com as especificações previstas no item anterior, não impede a ação fiscal posterior, não caracteriza novação, não retira garantias convencionais ou legais e permite a retenção de pagamentos.

**13.3-A FISCALIZAÇÃO** fica impedida de encaminhar para pagamento a nota fiscal, fatura, duplicata ou documento de cobrança que não atendam rigorosamente às condições previstas neste instrumento e na legislação, sendo certo que qualquer tolerância ou mesmo a inobservância do procedimento ora estabelecido não representará novação ou alteração do que ficou pactuado.

**13.4-**Qualquer entendimento entre a FISCALIZAÇÃO e o CONTRATADO será sempre por escrito, não sendo levada em consideração, para nenhum efeito, qualquer alegação fundada em ordens ou declarações verbais ou encaminhadas a agentes públicos sem competência fiscalizatória ou a terceiros.

**13.5-A FISCALIZAÇÃO** é exercida no interesse da ADMINISTRAÇÃO e não exclui ou reduz a responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, as quais, se verificadas, não implicarão em corresponsabilidade da ADMINISTRAÇÃO ou de seus prepostos.

**13.6-**Salvo nos casos específicos em que está consignada multa específica, a parte que infringirem quaisquer das demais cláusulas e condições deste contrato, ficará sujeita à multa equivalente a 20% (vinte por cento) do valor do contrato, decorrente do inadimplemento verificado.

## **14 – DAS SANÇÕES CONTRATUAIS:**

**14.1-**O descumprimento total ou parcial do CONTRATADO, a execução parcial ou a inexecução do objeto licitado, resguardado o direito de defesa, poderá ensejar a aplicação das seguintes sanções ao CONTRATADO, isoladas ou cumuladas:

a) advertência;

b) multa, por cada infração cometida, de até 10% (dez por cento) do valor faturado até a data da ocorrência ou de até 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, que poderá ser retida no pagamento;

c) impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública promotora desse procedimento por prazo não superior a 3 anos;

d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública de todos os entes federativos prazo não inferior a 3 anos e não superior a 6 anos.

§1º A advertência será aplicada quando o contratado der causa à inexecução parcial do contrato, exceto se isso der causa a fato mais grave.

§2º A multa será graduada considerando o valor do serviço ou produto não fornecido por mora ou inadimplência do contratado, quando o contratado incorrer em uma das hipóteses previstas no art.155 da lei ordinária nº14133/2021.

§3º O impedimento de licitar e contratar será aplicado ao contratado que incorrer nas condutas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art.155 da lei ordinária nº14133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

§4º A declaração de inidoneidade para licitar ou contratar será aplicada ao contratado que incorrer nas condutas previstas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII art.155 da lei ordinária nº14133/2021, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do mesmo artigo e que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida no parágrafo anterior.

§5º-A aplicação do tipo de sanção e a graduação das sanções é ato discricionário da autoridade competente que deve motivar sua decisão considerando:

**14.2-**Para aplicação das sanções aqui previstas será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, podendo ele especificar provas no mesmo período, arcando com as despesas necessárias à sua produção, exceto para oitiva de testemunhas por ele levadas a ADMINISTRAÇÃO.

**14.3-**Para a aplicação das sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, será necessária a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão composta de 2 (dois) ou mais servidores estáveis, os quais avaliarão os fatos e as circunstâncias, procedendo na forma do item anterior.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**14.4-**Instruído o processo de responsabilização, será estruturado parecer conclusivo acerca da responsabilidade ou não do contratado pela comissão, encaminhando-se os autos a autoridade competente para a aplicação da sanção de maior gravidade.

**14.5-**Havendo a aplicação de sanção ao contratado, esta será publicada no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP), sem prejuízo da inserção em outros cadastros e de ser dada ampla publicidade na forma da lei.

**14.6-**Será admitida a reabilitação do licitante ou contratado perante quando, cumulativamente:

- promova a reparação integral do dano causado à Administração Pública;
- proceda ao pagamento da multa efetivamente corrigida e com juros de 1% ao mês;
- após o transcurso do prazo mínimo de 1 (um) ano da aplicação da penalidade de impedimento de licitar e contratar ou de 3 (três) anos da aplicação da penalidade de declaração ação de inidoneidade de licitar e contratar.

## 15 – ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

**15.1-**As despesas com o objeto serão suportadas pelas seguintes dotações orçamentárias:

Secretaria	Dotação orçamentaria
Secretaria de Saúde	3.3.90.30.00.2.04.00.10.301.0015.2.0037-MANUTENÇÃO DAS ATIVID. DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Secretaria de Administração	3.3.90.30.00.2.02.01.04.122.0002.2.0011-SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

## 16 – DA EXTINÇÃO E VALIDADE:

**16.1-**O prazo para cumprimento do objeto deste objeto será de 06 (seis) meses e de acordo com as necessidades da ADMINISTRAÇÃO.

**16.2-**O presente instrumento poderá ser extinto ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas no art.137 e ss. da lei ordinária nº 14133/2021.

**16.3-**A extinção se fará pelas formas e condições previstas na lei acima referida, onde seja resguardado o interesse e os direitos do CONTRATADO na forma ali prevista.

## 17 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

**17.1-**A administração poderá suprimir ou crescer unilateralmente até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato ou seu objeto quando for o caso.

**17.2-**A COMISSÃO DE LICITAÇÃO OU DE CONTRATAÇÃO, além do recebimento e exame da documentação e das propostas, caberá a decisão sobre dúvidas e omissões, bem como o julgamento da DOCUMENTAÇÃO e PROPOSTA de cada licitante, obedecendo às disposições aqui estabelecidas.

**17.3-**O texto e anexos deste instrumento e demais informações fornecidas pela administração são complementares entre si, de modo que qualquer detalhe que se mencione em um local e se omita em outro é considerado completo, especificado e válido.

**17.4-**Está Termo de Referência poderá ser revogado por interesse público ou anulado por ilegalidade, no todo ou em parte, por iniciativa da Administração ou mediante provocação de terceiros, não cabendo a qualquer interessado direito de indenização pelo exercício dessas faculdades.

**17.5-**A administração poderá, ainda, adiar ou prorrogar prazos para recebimento das propostas, bem como aditar os termos do presente edital, sem que caiba aos licitantes ou interessados o direito a indenizações ou reembolso.

**17.6-**A administração poderá inabilitar qualquer licitante ou desclassificar suas propostas subordinadamente às condições deste instrumento, assim como extinguir contratos na forma da lei.

**17.7-**A administração resguardará todo e qualquer direito legal dos interessados, o que não a inibe de responsabilizá-los por infrações legais, normativas e contratuais.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**17.8-**É único e exclusivo competente para a solução de todo e qualquer litígio decorrente deste procedimento o foro da comarca da sede da administração.

## **18 – ANEXOS:**

**18.1-**Integra este Termo os seguintes Documentos:

- ANEXO I – modelos;
- ANEXO II – Declaração Empregador;
- ANEXO III – Declaração de Inexistência de Fato Impeditivo da Habilitação;
- ANEXO IV – Informações de e-mail(s);
- ANEXO V – Proposta de Preços;
- ANEXO VI – Minuta Contrato/Ata de Registro.

**Guarará, 02 de setembro de 2024.**

---

**Lucas William Soares**  
**Agente de Compras**

---

**Ungley Cassiano da Silva**  
**Comissão de Contratação**

---

**Said José Ferreira Ilered**  
**Comissão de Contratação**

---

**José Mauricio de Sales**  
**Prefeito Municipal**





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ANEXO I

### DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

#### MODELOS

##### MODELO DA ARTE E CTP PARA OS ENVELOPES

###### CABEÇALHO DO ENVELOPE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DE MINAS GERAIS

###### RODAPE DO ENVELOPE

Praça Eduardo Rocha Pinto, S/N – Centro – CEP.: 36.606-000 – Guarará - MG  
TEL.: (32) 3264-1179 – [saudeguarara@gmail.com](mailto:saudeguarara@gmail.com)

###### CABEÇALHO DO ENVELOPE / PAPEL TIMBRADO ASSISTENCIA SOCIAL ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ  
ESTADO DE MINAS GERAIS

###### RODAPE DO ENVELOPE / PAPEL TIMBRADO

Rua Capitão Gervasio, 13 – Centro – Telefax: (32) 3264-1185 – CEP: 36.606-000  
CNPJ: 17.723.172/0001-96 – [guarara@guarara.mg.gov.br](mailto:guarara@guarara.mg.gov.br)

###### CABEÇALHO DO ENVELOPE / PAPEL TIMBRADO EDUCAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ  
ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

###### RODAPE DO ENVELOPE / PAPEL TIMBRADO

Rua Professor Luiz Vianna - 50 – sala 301/Centro – Telefone: (32) 3264-1379  
[educacao@guarara.mg.gov.br](mailto:educacao@guarara.mg.gov.br)




# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## MODELOS

### PASTA P/PROCESSO TIMBRADA TRIPLEX

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ		
ESTADO DE MINAS GERAIS		
	<b>AUTUAÇÃO</b> Autuei a requisição e os documentos que compõem este processo. Para constar, lavrei o presente termo. em _____/_____/_____	
Nome: _____	<b>LICITAÇÃO</b> PROCESSO N° _____	
Cargo: _____	MODALIDADE: N° _____	
Objeto: _____	EDITAL N° _____	
Órgão/Unidade: _____		
<b>RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:</b>		
UNIDADE: _____		
FUNÇÃO: _____		
PROGRAMA: _____		
SUBPROGRAMA: _____		
PROJ/ATIV.: _____		
CONTA: _____		
<input type="checkbox"/> <b>RECURSOS EXTRA - ORÇAMENTÁRIOS:</b>		
CONVÊNIO N°: _____	ÓRGÃO: _____	
OUTRAS INFORMAÇÕES: _____		
<b>RECURSOS FINANCEIROS:</b>		
ORIGEM: _____		
<b>CRÉDITO ESPECIAL:</b>		
Lei Municipal N° _____	Data _____ de _____ de _____	
<b>MODALIDADE:</b>		
<input type="checkbox"/> CONCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> TOMADA DE PREÇOS	<input type="checkbox"/> CONVITE
<input type="checkbox"/> CONCURSO	<input type="checkbox"/> LEILÃO	
<input type="checkbox"/> Dispensável de Licitação (art. 24, inciso _____, da Lei n° 8666/93)		
<input type="checkbox"/> Inexigível de Licitação (art. 25, inciso _____, da Lei n° 8666/93)		
A justificativa preceituada no art. 26 da Lei n° 8666/93, encontra-se às fls. _____, deste processo.		
<input type="checkbox"/> A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA APLICOU O DISPOSTO NO § 1º, DO ART. 32, DA LEI N° 8666/93		

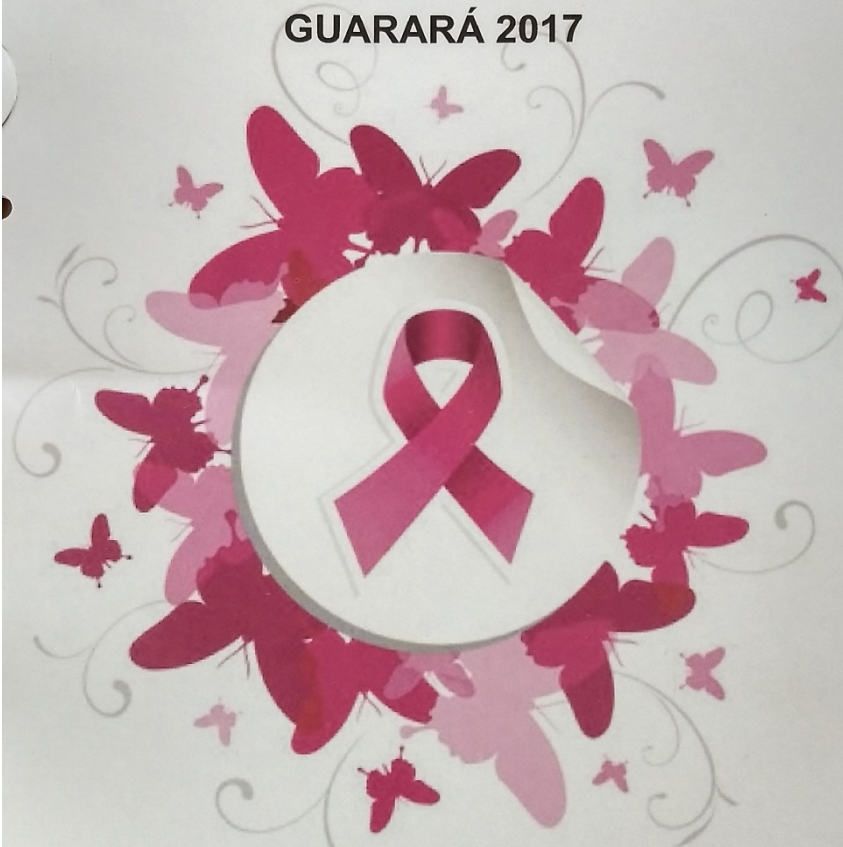


**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**PASTA EM CARTÃO TRIPLEX**

**I CONFERÊNCIA  
MUNICIPAL TEMÁTICA  
DE SAÚDE  
GUARARÁ 2017**



**SAÚDE DA MULHER  
VIGILÂNCIA E SAÚDE**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ATESTADO DE COMPARECIMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

### ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ carteira de  
identidade Nº \_\_\_\_\_ compareceu nesta  
Unidade \_\_\_\_\_ para  
\_\_\_\_\_  
durante o período de \_\_\_\_\_

Guarará, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ATESTADO DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

Sistema Único de Saúde - SUS MG

Centro de Saúde de Guarará

### ATESTADO DE SAÚDE

Atesto que \_\_\_\_\_

de cor \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ anos de idade, filho

de \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

foi por mim examinado, para o fim especial de \_\_\_\_\_

tendo sido encontrado em condições de Sanidade Física e mental, ao exame  
clínico, compatíveis com o fim a que se destina.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ ESTADO DE MINAS GERAIS Adm. 2013/2016		
<b>PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> N°: _____		
<b>SAÚDE BUCAL</b>		
<b>CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO</b> <small>Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde. Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.</small>		
R1 ( ) R2 ( ) R3 ( )		
Data do atendimento: ____/____/____	Nº Cartão do SUS: _____	
Nome completo: _____	Risco Social Familiar: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____	Naturalidade: _____
Endereço: _____		Tel.: _____
Sexo: Mas. ( ) Fem. ( )	Profissão/Ocupação: _____	
Local Trabalho/Estudo: _____	Horário Trabalho/Estudo: _____	
Estado Civil: _____	Grau de instrução: _____	
Nome do responsável: _____	Grau de relacionamento: _____	
<b>CAMPO 2 - ANTECEDENTES PESSOAIS</b> <small>Este campo pode ser preenchido pelo enfermeiro, médico ou CD. Preencher somente se não houver prontuário de saúde da família.</small>		
Histórico de saúde atual e passado: _____		
Legenda: _____		
Histórico de tratamento médico e internações hospitalares: _____	Histórico familiar: _____	
Uso de medicamentos, alergias, hábitos nocivos: _____		
Detalhamento / Acompanhamento de condição sistêmica alterada encontrada: _____		
<b>CAMPO 3 - ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS GERAIS</b> <small>Este campo deve ser preenchido pelo CD.</small>		
Histórico de tratamento odontológico, reação à anestésico local, dificuldade de coagulação/cicatrização ou outras intercorrências: _____		
Resistência ao tratamento odontológico: ( ) S ( ) N Causa: _____		
Fez primeira consulta odontológica no último ano no SUS municipal? ( ) S ( ) N ( ) Não sabe		
Queixa odontológica principal: _____	Última visita ao dentista: ( ) nunca foi ( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) de 3 ou mais anos	
Histórico da queixa: _____		
Histórico de outros incômodos na boca: _____		
Impacto na qualidade de vida: _____		
Alimentação: _____		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

Higiene bucal:	Escovação diária com dentifício fluoretado: S ( ) N ( ) Frequência: Sangramento: S ( ) N ( )	Uso de fio dental: S ( ) N ( ) Frequência: Sangramento: S ( ) N ( )
Histórico de traumatismo dentário: S ( ) N ( ) Causa:	Respiração bucal: S ( ) N ( ) Bruxismo: S ( ) N ( ) Pircing bucal: S ( ) N ( )	Xerostomia: S ( ) N ( ) Halitose: S ( ) N ( )
Inserido em programas coletivos: S ( ) N ( )		Outra utilização de flúor: ( ) Bochecho ( ) Gel ( ) Outros
Em relação à criança/adolescente	Problema de relacionamento, comportamento, desenvolvimento:	
	Histórico de aleitamento materno:	
	Hábitos nocivos:	
	Membros da família que têm o mesmo hábito:	
	Rotina familiar:	
Em relação ao adulto/idoso	Uso de prótese removível: S ( ) N ( ) Rotina de limpeza:	
	Última prótese:	
	Faz auto-exame da boca: S ( ) N ( )	Usuário acamado: S ( ) N ( )
	Usuário dependente: S ( ) N ( )	Usuário institucionalizado: S ( ) N ( )
<b>CAMPO 4 - EXAME CLÍNICO / ACHADOS / DIAGNÓSTICO</b>		
Este campo deve ser preenchido pelo CD.		
Pressão arterial:	Peso:	
Medidas realizadas por:		
Face, Pescoço, ATM:		
Lábio, Bochechas, Assoalho, Palato, Orofaringe, Língua, Gengiva, Freios:		
Achados em relação à distúrbios de erupção dentária, má oclusão e trauma oclusal:		
Fluorose (Índice de Dean): ( ) Normal ( ) Questionável ( ) Muito leve ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa		
Atividade de cárie: S ( ) N ( ) ( ) Mancha branca ativa ( ) Lesão cavitada ativa		
Índice Placa Visível (IPV) inicial:	Índice Placa Visível (IPV) final:	
Atividade de doença periodontal: S ( ) N ( ) ( ) Gengivite ( ) Periodontite		
Outros achados:		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## CAMPO 5 - PERIODONTOGRAMA - ACHADOS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

### Legenda

BA < 4 - Bolsa periodontal ativa < 4 mm  
BA > 4 - Bolsa periodontal ativa > 4 mm  
BA < 4 - Bolsa periodontal inativa < 4 mm  
BA > 4 - Bolsa periodontal inativa > 4 mm

C - Cálculo  
HG - Hiperplasia gengival  
MOB - Mobilidade dentária  
R - Recessão gengival  
S - Sangramento

## ODONTOGRAMA - ACHADOS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

### CPOD:

### Ceo:

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

### Legenda

\* - Mancha Branca Ativa  
° - Mancha Branca Inativa  
A - Ausente  
Ae - Abrasão/Erosão  
Am - Amálgama

Ca - Lesão cavitada ativa  
Ci - Lesão cavitada inativa  
E - Extraído  
H - Higido  
M - Restauração metálica

PF - Prótese fixa  
RE - Restauração estética  
SP - Selamento Provisório  
T - Traumatismo  
X - Extração indicada

AO Orto ( )  
Prótese removível parcial ( )  
Prótese total ( )

## PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

### Legenda

Am - Amálgama  
COM - Compósito  
CP - Capeamento pulpar direto  
CUR - Curetagem subgengival  
F - Fotopolimerizável  
ION - Escavação e restauração com ionômero

P - Pulpotomia  
RAP - Raspagem supra-gengival  
RR - Remoção de resto radicular  
SL - Selante  
SP - Selamento Provisório  
X - Exodontia

Aplicação tópica de flúor individual ( )  
Atendimento extra-clínica ( )  
Controle de placa bacteriana individual ( )  
Prótese removível parcial ( )  
Prótese total ( )  
Visita domiciliar ( )

Grupo operativo US ( )  
Escovação supervisionada ( )  
Bochecho fluorado ( )  
Aplicação tópica de flúor gel ( )  
Educação em saúde bucal ( )

## CAMPO 6 - REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER MÉDICO, OUTROS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

DATA	NATUREZA	RESULTADO
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		








# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## FICHA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ**  
SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUS - MG - SIA - SUS

**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Nome \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Munic: \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Orgão Emissor \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Doc. Ident. Nº \_\_\_\_\_

Data de Atendimento \_\_\_\_\_ Ass. de Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

Elementos Dentários	
I	I
II	II
III	III
IV	IV
V	V
8	7

QUANTIDADE	PROCEDIMENTO

\_\_\_\_\_ Ass. e Carimbo do Profissional



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000


## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

ADMINISTRAÇÃO - 2013 / 2016

 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MG</b> <b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>URGÊNCIA</b>
		<input type="checkbox"/> <b>ROTINA</b>

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE:	CÓDIGO SIA-SUS □ □ □ □ □ □ □ □	DATA: ____ / ____ / ____ HORA: _____	FICHA Nº.:
----------	-----------------------------------	---	------------

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:	IDADE:
ENDEREÇO:	CEP:
LOCALIDADE:	DPS:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	

### INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

ANAMNESE - EXAME CLÍNICO - CONDUTA (DESCRIÇÃO SUMÁRIA)	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	CID □ □ □ □ □ □ □ □
PROCEDIMENTO:	CÓDIGO SIA - SUS □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
MATERIAL, MEDICAMENTO, SADT, UTILIZADOS NO ATENDIMENTO	
OBSERVAÇÃO NA UNIDADE (JUSTIFICAR INDICAÇÃO E INFORMAR NR. DE HORAS)	

### IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL (MÉDICO OU ODONTÓLOGO)

ASSINATURA E CARIMBO:	CRM / CRO:
-----------------------	------------

### ANOTAÇÕES DO SERVIÇO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS

ASSINATURA (S):	DATA:
-----------------	-------



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL CARBONADO

39



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ**

ESTADO DE MINAS GERAIS

Receituário de Controle Especial



### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Secretaria Municipal de Saúde de Guarará

CNPJ 17.723.172/0001-96

PRAÇA DO DIVINO ESPIRITO SANTO, S/Nº - CENTRO

CEP: 36.606-000 - GUARARÁ-MG

**3264-1328**

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Anexo XVII Portaria 344

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME:			
IDENT:	ÓRGÃO EMISSOR:		
ENDEREÇO:			
CIDADE:	UF:		
TELEFONE:	UF:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	DATA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ORDEM FORNECIMENTO DE MATERIAL



### PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ORDEM DE FORNECIMENTO DE MATERIAL

Sr. \_\_\_\_\_  
Queira fornecer a esta Prefeitura Municipal os Materiais abaixo discriminados.

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	UNITARIO	TOTAL

TOTAL

O material acima deverá ser entregue a \_\_\_\_\_  
se destina aos serviços de \_\_\_\_\_

Guarará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_






# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
 CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## MAPA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL



**SISVAN - Mapa de Acompanhamento Nutricional**

Ministério da Saúde / SAS / DAB / CGPAN

Estabelecimento de Assistência à Saúde		Identificação (Pessoa)					Sexo (M/F) *	Data de Nascimento *	Data do Acompanhamento*	Peso (Kg) *	Altura (cm) *	Criança		Gestante		Adulto		Doenças(2) *	Intercorrências (3) *	Participe de outro programa oficial. 1) Estad. 2) Municipal		
Nome*	Endereço*		Nome*	Endereço*	Nome*	Endereço*						Nome*	Endereço*	Nome*	Endereço*	Nome*	Endereço*				Nome*	Endereço*

\*Campos obrigatórios



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO CONTROLE DA DENGUE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL



### Roteiro de Supervisão de Campo do Programa de Controle da Dengue

Município:

Supervisor:

Agente:

Atividade:

Tipo de Supervisão: Direta ( ) Indireta ( )

Relação dos endereços visitados		Relação de falhas observadas
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		
13-		
14-		
15-		
16-		
17-		
18-		
19-		
20-		
Problemas observados com material de campo		Local, data e assinatura do Supervisor de Campo
		_____ / ____ / ____

RMF/Sup. CVEAST/SRS-JF





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000



## PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
----	-----------	----	-----------------------------	----	------

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

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

### RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

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

TB - Terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

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

Depósitos Tratados											
Larvicida (1)				Larvicida (2)							
36	Tipo	37	Qtde. (Gramas)	38	Qt dep. trat	39	Tipo	40	Qtde. (Gramas)	41	Qt dep. trat

Adulticida	
42	43
Tipo	Qtde (Cargas)

44	Total de Agentes na semana
----	----------------------------

45	Total Dias Trabalhados na semana
----	----------------------------------

### RESUMO DO LABORATÓRIO

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

A1 - Caixa d'água (elevado)

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos MÓVEIS C - Depósitos FIXOS

D1 - Pneus e outros materiais rodantes

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

E - Depósitos naturais

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

64	Nº e seq. dos quarteirões com <i>Aedes aegypti</i>			
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

65	Nº e seq. dos quarteirões com <i>Aedes albopictus</i>			
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

66	Nº e seq. dos quarteirões com <i>Aedes aegypti</i> + <i>Aedes albopictus</i>			
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

67	Visto do Supervisor
----	---------------------

68	Data do visto
----	---------------





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## PASTA INDIVIDUAL DO ALUNO



### PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

E.M. \_\_\_\_\_

ALUNO(A) _____	
NATURALIDADE _____	ESTADO _____
DATA NASCIMENTO _____	NACIONALIDADE _____
FILIAÇÃO PAI _____	
MÃE _____	
DOC. MILITAR _____	CSM N° _____ SÉRIE _____
TÍTULO ELEITORAL N° _____	ZONA _____ ESTADO _____
CARTEIRA DE IDENTIDADE N° _____	ORGÃO EXPEDIDOR _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIA _____	FONE _____
MATRÍCULA (ANO LETIVO) _____ ANO _____ ENSINO _____	NÍVEL _____
TRANSFERIDO EM _____ / _____ / _____	RETORNOU EM _____ / _____ / _____
TRANSFERIDO EM _____ / _____ / _____	RETORNOU EM _____ / _____ / _____
TRANSFERIDO EM _____ / _____ / _____	RETORNOU EM _____ / _____ / _____
TRANSFERIDO EM _____ / _____ / _____	RETORNOU EM _____ / _____ / _____
OBSERVAÇÕES _____	

ALUNO(A) \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## NOTIFICAÇÃO DA RECEITA B AZUL NUMERADO

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>		<b>MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA</b>	
UF	NÚMERO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		CLOXAZOLAM	
MG 05	Nº 606776	DE GUARARÁ		QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA	
31 DE 05 DE 19		Praça do Divino Espírito Santo, S/Nº - Guarará - Estado de Minas Gerais		01 caixa	
Dr. Humberto Machado Ferreira		Crim-MG - 34.165 - Especialidade: MÉDICO		DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA	
ASSINATURA DO EMITENTE		Dr. Humberto Machado Ferreira		01 mg	
IDENT. N.º		PACIENTE: Lucas William Soares		POSOLOGIA	
ENDEREÇO:		END.		1 + 0 + 0	
TELEFONE:		CARIMBO DO FORNECEDOR			
IDENT. N.º		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			
ORGÃO EMISSOR:					
MARCELO LERTE A LOBO - RUA MAJOR SEVERIANO TOSTES, 30 - CENTRO - CNPJ 12.233.739/0001-74 - Inscrite Estadual 001.629529.00-88 - Telêfax: (32) 3271-3865 - BICAS - MG					
1000 Notificação de Receita B - 05.606.4078 05.607.2600 - Autorização Emitida Pela VISA - Nº 109/2016 - Em 08/07/2016.					



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## MARCADOR CONSUMO ALIMENTAR

10000 copias

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
------------------------------------	-------	---------------------	---------------------	--------

Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nome do Cidadão:\*

Data de Nascimento:\*/\*/ Sexo:  Feminino  Masculino Local de Atendimento:\*

<b>CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES</b>	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
<b>CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**</b>	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (bui, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embulidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
Ontem você consumiu:		
Fórmula	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embulidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

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

\*\* Campo Obrigatório

\* Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa









# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO

 PREFEITURA MUNICIPAL DE <b>GUARARÁ</b> ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO		 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde
01 - MUNICÍPIO DE ORIGEM:		02 - DRS:	03 - NÚMERO:	
PACIENTE	04 - NOME:		05 - IDENTIDADE:	
	06 - RESIDÊNCIA:		TEL.:	CEP.:
	07 - PROFISSÃO:		08 - DATA NASCIMENTO:	
ACOMPANHANTE	09 - NOME:		10 - IDENTIDADE:	
	11 - RESIDÊNCIA:		TEL.:	CEP.:
12 - REL. C/ O PACIENTE:				
13 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:				
14 - EXAME FÍSICO:				
15 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:				CID:
16 - EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIAS:				
17 - TRATAMENTO(S) REALIZADO(S):				
18 - TRATAMENTO/EXAME INDICADO:				
19 - JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE:				
20 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE:				
21 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:				
22 - TRANSPORTE RECOMENDÁVEL:			JUSTIFICAR:	
23 - OUTRAS ANOTAÇÕES:				
LOCAL E DATA			MÉDICO ASSISTENTE	
24 - PARECER DO MÉDICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO		<input type="checkbox"/> COM ACOMPANHANTE		
<input type="checkbox"/> NEGADO		<input type="checkbox"/> SEM ACOMPANHANTE		
TIPO DE TRANSPORTE				
25 - O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER À UNIDADE ASSISTENCIAL:				
EM ____ / ____ / ____ AS ____ HORAS				
ENDEREÇO:				



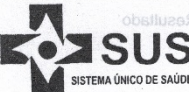


# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ		ESTADO DE MINAS GERAIS		Secretaria Municipal de Saúde		REQUISIÇÃO / RESULTADOS DE EXAMES		 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO _____							CÓDIGO _____				
NOME DO PACIENTE _____							PRONTUÁRIO _____				
Idade _____	Sexo _____ M F	Cor _____ P B A	Peso _____	Altura _____	Clinica _____	Enfermaria _____	Leito _____				
DADOS CLÍNICOS _____											
MATERIAL A EXAMINAR _____											
EXAMES SOLICITADOS _____											
Local _____			de _____			Data _____			Carimbo e Assinatura do Médico _____		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

Rua Capitão Gervásio, 13 - Centro - CEP: 36.606-000

CNPJ: 17.723.172/0001-96

Tel.: (32) 3264-1185

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - FARMÁCIA DE MINAS.

RECIBO DE MEDICAMENTOS E OU MAT. DE CONSUMO HOSPITAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE

GUARARÁ, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_.

NOME DO  
PACIENTE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO  
RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_




# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## RECEITUÁRIO MÉDICO CARBONADO

 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ</b> ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - MG - INAMPS/MPAS MINISTÉRIO DA SAÚDE
<b>RECEITUÁRIO</b>	
NOME: _____	
DATA: ____ / ____ / ____	Médico - CRMMG (Carimbo)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## GUARDA E GUARDA CHEFE



Prefeitura Municipal de Guarará

MS/SUS - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE

INTINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE

COORD. REG: M.G. DISTRITO: SRS. f. f. MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDADE: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: (  ) SEDE (  ) OUTROS  
AGENTE DE SAÚDE: NOME: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ TURMA: \_\_\_\_\_  
SEMANA Nº.: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
SEGUNDA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
TERÇA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
QUARTA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
QUINTA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
SEXTA			



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## FICHA ATENDIMENTO INDIVIDUAL

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
<b>TURNOS*</b>	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>															
<b>CNS DO CIDADÃO</b>															
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano														
<b>Sexo*</b> (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
<b>Local de atendimento*</b> (ver legenda)															
<b>Tipo atendimento*</b>	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Consulta Agendada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Consulta no Dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Atendimento de Urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Atenção Domiciliar</b>	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	
<b>Racionalidade em saúde</b> (ver legenda)															
<b>Avaliação antropométrica</b>	Perímetro cefálico (cm)														
	Peso (kg)														
	Altura (cm)														
<b>Vacinação em dia?</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>Criança</b>	Aleitamento materno (ver legenda)														
	DUM	Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	Ano														
<b>Gestante</b>	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)														
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<b>Problema/Condição avaliada*</b>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis													
	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros													
CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exames solicitados (E) e avaliações (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	E.A.S./EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Outros exames (codificado SIGTAP)	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Sorologia para HIV		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Teste indireto de antioglobulina humana (TIA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Teste de gravidez		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Ultrassonografia obstétrica		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Uroculturá		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Teste de prelinh. (EOA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Teste do pezinho (TRV)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Teste do pezinho		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Outros		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Ficou em observação?	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
NAS/Polo	Ativação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições finais*	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento													
	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Local de Atendimento: 01 - UBS    02 - Unidade móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abriço    09 - Unidade prisional ou congêneras    10 - Unidade socioeducativa    Aleitamento materno: 01 - Exclusivo    02 - Predominante

03 - Complementado    04 - Inexistente    Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa    02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia    04 - Fitoterapia    05 - Ayurveda    06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopática/Convencional, deixar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

\* Campo obrigatório



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## FICHJA DE ATENDIMENTO COLETIVO

<b>SAÚDE</b>  ATENÇÃO BÁSICA	8 <b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

TURNO: * (M) (T) (N)	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
<b>LOCAL DE ATIVIDADE</b>		
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)	CNES	
OUTRA LOCALIDADE:		
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	

ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***
<input type="checkbox"/> 01 Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01 Questões administrativas/Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02 Processos de trabalho
<input type="checkbox"/> 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território
<input type="checkbox"/> 04 Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
<input type="checkbox"/> 05 Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
<input type="checkbox"/> 06 Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 06 Educação Permanente
<input type="checkbox"/> 07 Mobilização social	<input type="checkbox"/> 07 Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)
<input type="checkbox"/> 01 Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01 Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01 Antropometria
<input type="checkbox"/> 02 Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02 Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02 Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03 Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03 Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03 Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04 Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04 Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05 Adolescente	<input type="checkbox"/> 05 Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05 Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06 Mulher	<input type="checkbox"/> 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06 PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07 Gestante	<input type="checkbox"/> 07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07 PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08 Homem	<input type="checkbox"/> 08 Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08 PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09 Familiares	<input type="checkbox"/> 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09 PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10 Idoso	<input type="checkbox"/> 10 Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10 Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11 Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11 Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11 Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12 Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12 Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12 Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13 Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13 Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13 Outras
<input type="checkbox"/> 14 Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14 Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14 Outro procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15 Semana saúde na escola	Código do SIGTAP
<input type="checkbox"/> 16 Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16 Outros	
<input type="checkbox"/> 17 Outros		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório ao Informar lista de participantes

\*\*\*Campo com obrigatoriedade condicionada





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## NUCLEO APOIO DA SAÚDE



**Prefeitura Municipal de Guarará**

Secretaria Municipal de Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família



Nº	DATA	NOME	SEXO	D. N.	SUS	ACS	IDADE	ASS.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

Profissional Responsável: \_\_\_\_\_

Rua Professor Luiz Yamna, 48 - Centro - Guarará - MG - Cep.: 36606-000

Tel. (32) 3264-1355 - [nasfguarara@gmail.com](mailto:nasfguarara@gmail.com)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## EXAME CITOPATOLOGICO

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**      **REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**  
*Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*

UF \_\_\_\_\_ CNES da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ **29** N° Protocolo \_\_\_\_\_  
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS\* \_\_\_\_\_  
Nome Completo da Mulher\* \_\_\_\_\_  
Nome Completo da Mãe\* \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ Apellido da Mulher \_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Raça/cor \_\_\_\_\_  
 Branco  Preto  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia \_\_\_\_\_  
Dados Residenciais  
Logradouro \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_  
Código do Município \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência \_\_\_\_\_  
Escolaridade:  Analfabeta  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

**DADOS DA ANAMNESE**

1. Motivo do exame\*  
 Rastreamento  
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)  
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?  Sim. Quando fez o último exame? ano \_\_\_\_\_  
 Não  Não sabe

3. Usa DIU?  Sim  Não  Não sabe

4. Está grávida?  Sim  Não  Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?  Sim  Não  Não sabe

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

7. Já fez tratamento por radioterapia?  Sim  Não  Não sabe

8. Data da última menstruação / regra: \_\_\_\_\_  Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)  
 Sim  
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)  
 Sim  
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

**EXAME CLÍNICO**

11. Inspeção do colo\*  
 Normal  
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)  
 Alterado  
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  
 Não

**NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.**

Data da coleta\* \_\_\_\_\_ Responsável\* \_\_\_\_\_

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

modelo OK



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório\* \_\_\_\_\_ Número do Exame\* \_\_\_\_\_  
Nome do Laboratório\* \_\_\_\_\_ Recebido em: \* \_\_\_\_\_

## RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

### AValiação Pré-Analítica

#### AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: \_\_\_\_\_
- Outras causas; especificar: \_\_\_\_\_

#### EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: \*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

### ADEQUABILIDADE DO MATERIAL\*

- Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:

- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- 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; especificar: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

#### DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim  Não

#### 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 (ASC-US)  
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

- Glandulares:  Possivelmente não neoplásicas  
 Não se pode afastar lesão de alto grau

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

#### ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

#### ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:  Cervical  
 Endometrial  
 Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico:

\_\_\_\_\_

Data do Resultado\*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável\*

\_\_\_\_\_

CPF

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## CARTÃO VACINAÇÃO ADULTO

### OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____

### OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____



Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
Superintendência de Epidemiologia  
Coordenação de Imunização

### CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME: <i>Luís Renato</i>
DN: _____ TIPO SANGÜÍNEO: _____
END: _____
MUNICÍPIO: _____
UF: _____ TELEFONE: _____ GRS: _____

### DUPLA ADULTO (CONTRA TÉTANO E DIFTERIA)

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____

### INFLUENZA ( CONTRA GRIPE )

<i>28/03/20</i> Lote: <i>200047</i> Val: <i>02/21/</i> Ass: <i>Kaxumba</i>	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____
_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____

### HEPATITE B

_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____
_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____

### FEBRE AMARELA

#### Dose única

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Lote: \_\_\_\_\_  
Val: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ass: \_\_\_\_\_

### TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO + RUBÉOLA + CAXUMBA)

1ª Dose	2ª Dose
_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____	_____/_____/_____ Lote: _____ Val: ____/____/_____ Ass: _____



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## PASTA P/PROCESSO TIMBRADA CARTÃO DUPLO

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ ESTADO DE MINAS GERAIS	
<b>AUTUAÇÃO</b> Autuei a requisição e os documentos que compõem este processo para constar, lavrei o presente termo. em ____/____/____ Nome: _____ Cargo: _____ Objeto: _____ Órgão/Unidade: _____	<b>LICITAÇÃO</b> PROCESSO Nº: _____ MODALIDADE: _____ EDITAL Nº: _____
<b>RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:</b> UNIDADE: _____ FUNÇÃO: _____ PROGRAMA: _____ SUB-PROGRAMA: _____ PROJETO/ATIVIDADE: _____ DOTAÇÃO/DESPESA: _____	
<input type="checkbox"/> <b>RECURSOS EXTRA-ORÇAMENTÁRIOS:</b> CONVÊNIO Nº: _____ ÓRGÃO: _____ OUTRAS INFORMAÇÕES: _____	
<b>RECURSOS FINANCEIROS:</b> ORIGEM: _____	
<b>MODALIDADE:</b> <input type="checkbox"/> CONCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> TOMADA DE PREÇOS <input type="checkbox"/> CONVITE <input type="checkbox"/> CONCURSO <input type="checkbox"/> LEILÃO	
<input type="checkbox"/> Dispensável de Licitação (art.24, Inciso _____, da Lei nº. 8666/93) <input type="checkbox"/> Inelegível de Licitação (art.25, Inciso _____, da Lei nº. 8666/93) A justificativa preceituada no Art. 26 da Lei nº. 8666/93, encontra-se às fls. _____ deste processo.	
<input type="checkbox"/> A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA APLICOU O DISPOSTO NO § 1.º, DO ART. 32, DA LEI 8666/93	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO EM AP**

**REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

Nome do Requiritante: \_\_\_\_\_  
Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
C.R./M/C.R.M./V/C.R.O.: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Pelo presente, autorizo o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data da emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_

para retirar: Notificação de Receita A \_\_\_\_ talão(ões) com numeração de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Notificação de Receita B - numeração concedida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Notificação de Receita Especial: Retinóides - numeração concedida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Talidomida - numeração concedida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, Assinatura e carimbo com C.R.

\_\_\_\_\_, Assinatura e carimbo da VISA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## PRONTUÁRIO DE SAÚDE BUCAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ ESTADO DE MINAS GERAIS Adm. 2013/2016	
<b>PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> N°:	
<b>SAÚDE BUCAL</b>	
<b>CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO</b> <small>Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde. Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.</small>	
R1 ( ) R2 ( ) R3 ( )	
Data do atendimento: ___/___/___	N° Cartão do SUS:
Nome completo:	Risco Social Familiar:
Data de nascimento: ___/___/___	Idade: 3 - Sexo: Naturalidade: *
Endereço: Tel.:	
Sexo: Mas. ( ) Fem. ( )	Profissão/Ocupação:
Local Trabalho/Estudo:	Horário Trabalho/Estudo:
Estado Civil:	Grau de instrução:
Nome do responsável:	Grau de relacionamento:
<b>CAMPO 2 - ANTECEDENTES PESSOAIS</b> <small>Este campo pode ser preenchido pelo enfermeiro, médico ou CD. Preencher somente se não houver prontuário de saúde da família.</small>	
Histórico de saúde atual e passado:	
Legenda:	
Histórico de tratamento médico e internações hospitalares: RE - Residência E - Exatido A - Abrasão/Erro Am - Amalgama M - Resinização estética	Histórico familiar: RE - Residência SP - Salgueiro T - Traumatismo X - Exatido
Uso de medicamentos, alergias, hábitos nocivos:	
Detalhamento / Acompanhamento de condição sistêmica alterada encontrada:	
<b>CAMPO 3 - ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS GERAIS</b> <small>Este campo deve ser preenchido pelo CD.</small>	
Histórico de tratamento odontológico, reação à anestésico local, dificuldade de coagulação/cicatrização ou outras intercorrências: OOV - Compósito SP - Colagem P - Pulverização RAP - Raspagem supra-gengival Atendimento extra-clínica ( ) Controle da placa bacteriana	
Resistência ao tratamento odontológico: ( ) S ( ) N Causa:	
Fez primeira consulta odontológica no último ano no SUS municipal? ( ) S ( ) N ( ) Não sabe	
Queixa odontológica principal:	Última visita ao dentista: ( ) nunca foi ( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) de 3 ou mais anos
Histórico da queixa:	
Histórico de outros incômodos na boca:	
Impacto na qualidade de vida:	
Alimentação:	



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

<b>Higiene bucal:</b>	Escovação diária com dentífrico fluoretado: S ( ) N ( ) Frequência: Sangramento: S ( ) N ( )	Uso de fio dental: S ( ) N ( ) Frequência: Sangramento: S ( ) N ( )
Histórico de traumatismo dentário: S ( ) N ( ) Causa:	Respiração bucal: S ( ) N ( ) Bruxismo: S ( ) N ( ) Pircing bucal: S ( ) N ( )	Xerostomia: S ( ) N ( ) Halitose: S ( ) N ( )
Inserido em programas coletivos: S ( ) N ( )	Outra utilização de flúor: ( ) Bochecho ( ) Gel ( ) Outros	
<b>Em relação à criança/adolescente</b>	Problema de relacionamento, comportamento, desenvolvimento:	
	Histórico de aleitamento materno:	
	Hábitos nocivos:	
	Membros da família que têm o mesmo hábito:	
	Rotina familiar:	
<b>Em relação ao adulto/idoso</b>	Uso de prótese removível: S ( ) N ( ) Rotina de limpeza:	Última prótese:
	Faz auto-exame da boca: S ( ) N ( ) Usuário dependente: S ( ) N ( )	Usuário acamado: S ( ) N ( ) Usuário institucionalizado: S ( ) N ( )
	<b>CAMPO 4 - EXAME CLÍNICO / ACHADOS / DIAGNÓSTICO</b> Este campo deve ser preenchido pelo CD.	
Pressão arterial: Medidas realizadas por:	Peso:	
Face, Pescoço, ATM:		
Lábio, Bochechas, Assoalho, Palato, Orofaringe, Língua, Gengiva, Freios:		
Achados em relação à distúrbios de erupção dentária, má oclusão e trauma oclusal:		
Fluorose (Índice de Dean): ( ) Normal ( ) Questionável ( ) Muito leve ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa		
Atividade de cárie: S ( ) N ( ) ( ) Mancha branca ativa ( ) Lesão cavitada ativa		
Índice Placa Visível (IPV) inicial:		Índice Placa Visível (IPV) final:
Atividade de doença periodontal: S ( ) N ( ) ( ) Gengivite ( ) Periodontite		
Outros achados:		





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ANEXO II

### DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

### DECLARAÇÃO DE EMPREGADOR

#### PROPONENTE

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Razão Social:

Logradouro:

nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel:

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Identidade nº \_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARA, sob pena da Lei em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição da República, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz(...).

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Responsável pela Empresa

Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Anexo com o papel timbrado da empresa caso possua.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ANEXO III

### DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

#### MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO

##### PROPONENTE

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Razão Social:

Logradouro:

nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel:

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada à \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação na presente dispensa nº 015/2024 pelo Sistema de Registro de Preço, pois não foi declarada inidônea para licitar por ato do Poder Público, não está impedida de transacionar com a Administração Pública, não foi apenada com rescisão de contrato por deficiência na prestação dos serviços, por impontualidade em entregas ou em condições impeditivas previstas no art.14 da lei de licitações e contratos, bem como se responsabiliza pela veracidade e autenticidade dos documentos apresentados, além de cumprir as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

Está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Responsável pela Empresa

Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ANEXO IV

### DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

#### INFORMAÇÕES DE E-MAILS

#### PROPONENTE

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Razão Social:

Logradouro:

nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel:

DECLARA-SE que o proponente acima qualificado possui o(s) endereço(s) eletrônico(s) (e-mail) abaixo relacionado(s) para remessa de dados relativos às decisões emitidas pela comissão e informações necessárias ao correto andamento do processo licitatório.

E-mail (s): \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Responsável pela Empresa

Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ANEXO V

### DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

#### PROPOSTA DE PREÇOS

#### PROPONENTE

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Razão Social:

Logradouro:

nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel:

PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO EM REFERÊNCIA, PROPOMOS OS SEGUINTE PREÇOS:

#### ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO PRETENDIDO

Nº Item	Quant.	Unid.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1	8,00	BL	BLOCO ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM 100 FLS - AP 75G - BLOCO ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM 100 FLS - AP 75G		
2	30,00	BL	BLOCO ATESTADO DE SAÚDE COM 100 FLS - AP 75G 20,7 X 14,5 - BLOCO ATESTADO DE SAÚDE COM 100 FLS - AP 75G 20,7 X 14,5		
3	8,00	BL	BLOCO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM 100 FLS AP 75G FORMATO A4 IMP. F/V - BLOCO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM 100 FLS AP 75G FORMATO A4 IMP. F/V		
4	13,00	BL	BLOCO FICHA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COM 100 FLS - AP 75G 24 X 22 - BLOCO FICHA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COM 100 FLS - AP 75G 24 X 22		
5	250,00	BL	BLOCO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL COM 100 FLS - AP 56G 23,5 X 21,2 - BLOCO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL COM 100 FLS - AP 56G 23,5 X 21,2		
6	10,00	BL	BLOCO ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE COM 100 FLS AP 75G 21 X 29,7 - BLOCO ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE COM 100 FLS AP 75G 21 X 29,7		
7	5,00	BL	BLOCO MAPA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL 100 X 2 VIAS EM PAPEL AP 75G MEDINDO 20 X 30 IMP F/V - BLOCO MAPA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL 100 X 2 VIAS EM PAPEL AP 75G MEDINDO 20 X 30 IMP F/V		
8	50,00	BL	BLOCO ORDEM FORNECIMENTO DE MATERIAL COM 100 FLS AP 75G 20 X 15 - BLOCO ORDEM FORNECIMENTO DE MATERIAL COM 100 FLS AP 75G 20 X 15		
9	30,00	BL	BLOCO PRONTUÁRIO DE CONSULTA COM 100 FLS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V - BLOCO PRONTUÁRIO DE CONSULTA COM 100 FLS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V		
10	200,00	BL	BLOCO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20,5 X 15 - BLOCO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20,5 X 15		
11	200,00	BL	BLOCO RECEITUÁRIO MÉDICO CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20 X 15 - BLOCO RECEITUÁRIO MÉDICO CARBONADO COM 100 FLS - PAPEL AUTOCOPIATIVO 20 X 15		
12	5,00	BL	BLOCO RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM 100 FLS AP 75G 14,5 X 21 - BLOCO RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM 100 FLS AP 75G 14,5 X 21		
13	3,00	BL	BLOCO - RELAÇÃO DE CASAS PENDENTES COM 100 FLS AP 75G MEDINDO 26,4 X 21,4 - BLOCO - RELAÇÃO DE CASAS PENDENTES COM 100 FLS AP 75G MEDINDO 26,4 X 21,4		
14	100,00	BL	BLOCO REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES COM 100 FLS - AP 56G F/V - BLOCO REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES COM 100 FLS - AP 56G F/V		
15	3,00	BL	BLOCO ROTEIRO DE SUPERVISAO DE CAMPO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE COM 100 FLS AP 75G 20 X 30 - BLOCO ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE COM 100 FLS AP 75G 20 X 30		
16	5,00	BL	BLOCO SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO COM 100 FLS AP 56G 20 X 30 - BLOCO SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO COM 100 FLS AP 56G 20 X 30		
17	1000,00	UN	BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21 X 30 - BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21 X 30		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

18	500,00	UN	CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO 180GR 22 X 8 CM F/V - CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO 180GR 22 X 8 CM F/V		
19	300,00	UN	CARTAZ PARA DIVULGAÇÃO DE EVENTOS TAMANHO A3 CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 170G 4 X 0 COLORIDO, COM ARTE E CTP INCLUSOS, TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS - CARTAZ PARA DIVULGAÇÃO DE EVENTOS TAMANHO A3 CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 170G 4 X 0 COLORIDO, COM ARTE E CTP INCLUSOS, TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS		
20	5000,00	UN	ENVELOPE BRANCO TIMBRADO 11,50 X 23,00 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE BRANCO TIMBRADO 11,50 X 23,00 COM ARTE E CTP INCLUSOS		
21	4000,00	UN	ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 20 X 28 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 20 X 28 COM ARTE E CTP INCLUSOS		
22	1000,00	UN	ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 25 X 35 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 25 X 35 COM ARTE E CTP INCLUSOS		
23	5000,00	UN	ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 26 X 36 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 26 X 36 COM ARTE E CTP INCLUSOS		
24	1000,00	UN	ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 31 X 41 COM ARTE E CTP INCLUSOS - ENVELOPE PARDADO TIMBRADO 31 X 41 COM ARTE E CTP INCLUSOS		
25	10,00	BL	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V - FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V		
26	10,00	BL	FICHA DE ATIVIDADES COLETIVAS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V C/ 100 FLS - FICHA DE ATIVIDADES COLETIVAS AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V C/ 100 FLS		
27	500,00	UN	FOLDER 4 X 4 COLORIDO CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ MEDINDO 21 X 29,7 COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS - FOLDER 4 X 4 COLORIDO CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ MEDINDO 21 X 29,7 COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADOS		
28	5,00	BL	MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR 100 X 1 VIA CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 28,4 X 21,4 F/V - MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR 100 X 1 VIA CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 28,4 X 21,4 F/V		
29	2500,00	UN	NOTIFICAÇÃO DA RECEITA B AZUL NUMERADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G CONFORME MODELO - NOTIFICAÇÃO DA RECEITA B AZUL NUMERADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G CONFORME MODELO		
30	300,00	UN	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF FORMATO A4 AP 75GR - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF FORMATO A4 AP 75GR		
31	2500,00	UN	PAPEL OFÍCIO TIMBRADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 90G 4 X 0 COR MEDINDO 21,60 X 30 COM ARTE E CTP INCLUSOS - PAPEL OFÍCIO TIMBRADO CONFECCIONADO EM PAPEL AP 90G 4 X 0 COR MEDINDO 21,60 X 30 COM ARTE E CTP INCLUSOS		
32	250,00	UN	PASTA EM CARTÃO TRIPLEX 240G MEDINDO 20 X 30 TIMBRADO CONFORME MODELO - PASTA EM CARTÃO TRIPLEX 240G MEDINDO 20 X 30 TIMBRADO CONFORME MODELO		
33	1000,00	UN	PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO DUPLO 480GR CONFORME MODELO - PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO DUPLO 480GR CONFORME MODELO		
34	1000,00	UN	PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO TRIPLEX 240G CONFORME MODELO - PASTA PARA PROCESSO TIMBRADA CONFECCIONADA EM CARTÃO TRIPLEX 240G CONFORME MODELO		
35	500,00	UN	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DENGUE PNCD CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30 - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DENGUE PNCD CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30		
36	5,00	BL	PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - SAÚDE BUCAL FORMATO A4 30 X 27 PAPEL AP 75G IMP. F/V COM 2 JGS CONFORME MODELO C/ 100 FLS PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - SAÚDE BUCAL FORMATO A4 30 X 27 PAPEL AP 75G IMP. F/V COM 2 JGS CONFORME MODELO C/ 100 FLS		
37	5,00	BL	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V COM 100 FLS - REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO AP 75GR FORMATO A4 IMP. F/V COM 100 FLS		
38	500,00	UN	ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO CONTROLE DA DENGUE CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30 - ROTEIRO DE SUPERVISÃO DE CAMPO CONTROLE DA DENGUE CONFECCIONADO EM PAPEL AP 75G MEDINDO 21,6 X 30		
39	5,00	BL	TERMO DE AUTORIZAÇÃO EM AP 56GR 21 X 14,5 COM 100 FLS - TERMO DE AUTORIZAÇÃO EM AP 56GR 21 X 14,5 COM 100 FLS		

## OBSERVAÇÃO

CASO O FORNECEDOR ENTENDA SER NECESSÁRIO OS MODELOS PODERÃO SER  
DISPONIBILIZADOS PELA ADMINISTRAÇÃO ATRAVÉS DO E-MAIL: [licitação@guarara.mg.gov.br](mailto:licitação@guarara.mg.gov.br)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## VALIDADE DA PROPOSTA:

A validade da presente proposta é de 60 dias.

## DECLARAÇÃO:

Declaro ter tomado conhecimento do instrumento convocatório relativo ao procedimento em referência, estar ciente dos critérios de julgamento e da forma de fornecimento e pagamento estabelecidos para remunerar a execução do objeto, bem como o valor proposto leva em consideração o cumprimento da integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do Responsável pela Empresa \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## ANEXO VI

### DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

#### MINUTA DO CONTRATO

##### CONTRATANTE

CNPJ: Inscrição Estadual:  
Razão Social:  
Logradouro: nº: Complemento:  
Bairro: Cidade: UF:  
CEP: Tel:

##### CONTRATADO

CNPJ: Inscrição Estadual:  
Razão Social:  
Logradouro: nº: Complemento:  
Bairro: Cidade: UF:  
CEP: Tel:

Pelo presente instrumento, devidamente autorizado no processo administrativo referente à Processo nº 034/2024, instaurada sob a modalidade de Dispensa nº 015/2024, regido pela lei ordinária nº 14.133/2021 e Decretos Municipais 014/2024 e 016/2024, pelos preceitos de direito público, e a ele é aplicado, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado, o CONTRATANTE autoriza o CONTRATADO a executar o objeto contratual de acordo com as condições estabelecidas no procedimento que deu ensejo a sua contratação e em sua proposta, documentos estes que integram este contrato como se nele estivessem fielmente transcritos.

##### OBJETO:

Constitui objeto do presente contrato o cumprimento das obrigações assumidas no procedimento acima identificado pelo CONTRATADO e em conformidade com os termos de sua proposta, para cumprimento do especificado abaixo:

#### ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO PRETENDIDO

Nº Item	Unidade	Especificação	Marca	Quant.	Valor Unitário	Valor Total
1						

##### DOCUMENTOS E ANEXOS:

Integram o presente instrumento, como se nele estivessem fielmente transcritos, a proposta da CONTRATADA, bem como o Termo de Referência e todo o procedimento desenvolvido.

##### VALOR OU PREÇO:

Dá-se ao presente instrumento o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

##### FORMA DE PAGAMENTO:

O preço contratado será pago de acordo com a execução do objeto previsto neste Termo, numa proporção direta do percentual concluído em até 30 dias após a realização do



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

evento, sempre atendidas às formalidades estabelecidas pelo art.60 e ss. da lei ordinária nº4320/1964, principalmente quanto à liquidação da despesa.

O pagamento será efetivado conforme cronograma de pagamentos expedidos mensalmente pela Administração e em atenção a ordem legal, tendo como regra o desembolso nos dias 10, 20 ou 30 do mês subsequente ao da apresentação do documento fiscal de cobrança.

Com o documento de cobrança (nota fiscal, fatura, duplicata etc.), o contratado deverá apresentar comprovante de regularidade com o INSS, FGTS e com a Justiça do Trabalho, sob pena ver suspenso o direito ao pagamento. Havendo deficiência na instrução dos documentos de cobrança, os prazos começarão a correr a partir do protocolo do documento faltante.

Estando corretamente instruído o pedido, os pagamentos serão regularmente realizados, sendo paralisados ou suspensos na eventualidade de o CONTRATADO paralisar a execução do objeto.

## **DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS:**

A despesa com o objeto será suportadas pela seguinte dotação orçamentária nº:

- **SECRETARIA ADMINISTRAÇÃO**

33.3.90.30.00.2.02.01.04.122.0002.2.0011-SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

- **SECRETARIA SAÚDE**

33.3.90.30.00.2.04.00.10.301.0015.2.0037-MANUTENÇÃO DAS ATIVID. DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

## **PRAZO:**

O prazo para execução do presente instrumento terá início na data de sua assinatura, encerrando-se em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, ou quando concluído todo o objeto licitado.

## **CONDIÇÕES GERAIS CONTRATUAIS**

### **PRIMEIRA – DO OBJETO:**

**1.1-**O objeto contratado deverá obedecer integralmente a esse instrumento. Qualquer alteração somente poderá ser efetuada mediante prévio entendimento, sendo o mesmo consubstanciado em termo aditivo.

### **SEGUNDA – DO PREÇO OU VALOR:**

**2.1-**O preço é aquele cotado pelo contratado em sua proposta e na forma contida no procedimento alusivo a sua contratação, sendo considerado completo e abrange mão-de-obra, lucro, tributos de quaisquer natureza ou espécies, tarifas e obrigações trabalhistas e fiscais, não podendo em qualquer fase da execução deste instrumento ser exigido o seu complemento sob estes fundamentos, exceto por adição ao seu objeto mediante assinatura de termo aditivo ou diante das circunstâncias aqui previstas.

**2.2-**Será mantido o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato diante das seguintes hipóteses e mediante o cumprimento das seguintes formalidades:

**2.2.1-**Por reajuste: ao contratado será resguardada a aplicação da variação acumulada do IPCA divulgado pelo IBGE, quando entre a assinatura do contrato e sua execução transcorrerem mais de 12 meses.

**§1º** O contratado deverá requerer o reajuste até 11º mês, inclusive, de vigência do contrato ou do termo aditivo.

**§2º** Não sendo requerido o reajuste dentro desse prazo, ou seja, após 11º mês, o CONTRATADO decai do direito de ver reajustado o contrato durante este período.

**§3º** O reajuste será calculado entre a data da assinatura do contrato ou do último reajuste constante do termo aditivo ao 365º dia de vigência do pacto.

**2.2.2-**Por repactuação: ao contratado será resguardada a análise das variações dos custos contratuais majorados entre a data da apresentação da sua proposta a data do





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

pedido, ponderando-se a variação dos custos decorrentes do mercado, a acordo, à convenção ou dissídio coletivo de trabalho ao qual o objeto contratado esteja vinculado e que impactem nos preços propostos.

**§1º** Ocorrendo a variação dos custos durante a vigência do contrato ou de um termo aditivo, o contratado deverá obrigatoriamente requerer a repactuação dentro desse período de vigência (durante a vigência do contrato ou do respectivo termo aditivo, ainda que a análise recaia na vigência de outro termo aditivo), sendo vedado protocolizar pedido durante a vigência de termo aditivo subsequente.

**§2º** Não sendo requerida a repactuação dentro desse prazo, o contratado decai do direito a requerê-la sobre os respectivos períodos subsequentes, sendo vedado o deferimento de valores retroativos a vigências de contratos ou termos aditivos já concluídos.

**§3º** Um novo pedido de repactuação só poderá ser protocolizado transcorrido 1 ano a contar da data da última repactuação ou da proposta.

**§4º** A repactuação se limitará a reposição dos valores incorridos pelo contratado em razão da superveniência dos eventos estipulados na cláusula 2.2.2.

**2.2.3-Por reequilíbrio econômico-financeiro:** é o direito assegurado ao contratado de pedir a avaliação do valor pela execução do objeto, quando sobrevier fato imprevisível ou previsível e de consequências incalculáveis de difícil ponderação pelo contratado, capaz de retardar ou impedir a execução do pactuado, inclusive por impacto direto em seus custos ou despesas, também vinculado a casos de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe.

**2.2.3.1-Para a instrução de seu pedido de reequilíbrio, o interessado deverá apresentar:**

- a) Prova de fato superveniente a elaboração de sua proposta e que tenha causado alteração nos preços do mercado como um todo, não bastando demonstrar apenas a alteração nos preços de seus fornecedores.
- b) Notas fiscais ou pesquisa de preços demonstrando a oscilação média do valor do insumo no mercado e não apenas em seu fornecedor.
- c) Notas fiscais demonstrando o valor de aquisição dos insumos antes ou concomitantemente a elaboração de sua proposta e notas fiscais atuais demonstrando o aumento de seu custo, preferencialmente do mesmo fornecedor.
- d) Pedido requerendo apenas a diferença em R\$ entre o valor de compra dos insumos quando elaborou sua proposta e o valor atual.

**2.2.3.2-O reequilíbrio se limitará a recompor efetiva perda incorrida pelo particular que não deve projetar sobre o preço final o percentual que o aumento gerou em seus custos, mas apenas o valor exato que reflita a diferença entre o preço de compra na data de sua proposta com o preço de compra atualmente praticado, conforme seguinte metodologia:**

- preço de compra do insumo na dada da licitação ou da formulação da proposta: x.
- preço de compra do insumo atualmente: y.
- valor a ser recomposto:  $y - x = z$ .
- preço reequilibrado: preço proposto para a Administração Pública:  $x + z$ .

**2.2.3.3-Não serão deferidos pedidos estruturados em percentuais, mas apenas na forma acima identificada.**

**§1º** Protocolizados os pedidos dentro dos prazos aqui previstos e estando os mesmos devidamente instruídos, a administração disporá de até 30 dias para a sua análise.

**§2º** Havendo deficiência em sua instrução, os prazos começarão a correr a partir do protocolo do documento faltante.

**§3º** Estando corretamente instruído o pedido, os seus efeitos correrão a partir da data de deferimento da apostila ou da assinatura do termo aditivo, podendo ser protocolizado outro pedido com escopo similar sobrevivendo as hipóteses da cláusula 2.2.3.

**2.3-Registros que não caracterizem alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, como nas seguintes situações:**

- a) variação do valor contratual para fazer face ao reajuste ou à repactuação de preços previstos no próprio contrato;
- b) atualizações, compensações ou penalizações financeiras decorrentes das condições de pagamento previstas no contrato;
- c) alterações na razão ou na denominação social do contratado;
- d) empenho de dotações orçamentárias.



**TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO:**

**3.1-O CONTRATADO** assume por força do presente instrumento a responsabilidade de indenizar o CONTRATANTE dos danos ou prejuízos, inclusive causados a terceiros, em razão de defeitos, erros, falhas e outras irregularidades provenientes de negligência, desídia, má fé ou imperfeição que tornarem objeto contratado impróprio às finalidades a que se destina; tudo isso sem prejuízo da responsabilidade criminal cabível.

**3.2-Além das responsabilidades previstas nesta cláusula, obriga-se, ainda, o CONTRATADO a:**

I-Cumprir as normas gerais e regulamentares de medicina e segurança do trabalho nas suas instalações, inclusive o uso por seus empregados dos equipamentos de proteção individual.

II-Cumprir as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz, abstendo de contratar trabalho escravo ou de menores e adolescentes, exceto na forma permitida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

III-Não transferir a terceiros, ou subcontratar, o objeto do presente contrato, no todo ou em parte, sem prévia e expressa autorização do CONTRATANTE.

IV-Comunicar ao CONTRATANTE qualquer alteração que ocorra na sua constituição.

V-Apresentar, sempre que solicitado, as cópias das guias de recolhimento dos encargos previdenciários, fiscais e trabalhistas ou respectivos comprovantes de regularidade.

VI-Manter, durante toda a execução do objeto, as condições de habilitação exigidas.

**3.3-O descumprimento total ou parcial deste contrato, a execução parcial ou a inexecução do objeto licitado, resguardado o direito de defesa, poderá ensejar a aplicação das seguintes sanções ao CONTRATADO, isoladas ou cumuladas:**

- a) advertência;
- b) multa, por cada infração cometida, de até 10% (dez por cento) do valor faturado até a data da ocorrência ou de até 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, que poderá ser retida no pagamento;
- c) impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública promotora desse procedimento por prazo não superior a 3 anos;
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública de todos os entes federativos prazo não inferior a 3 anos e não superior a 6 anos.

§1º A advertência será aplicada quando o contratado der causa à inexecução parcial do contrato, exceto se isso der causa a fato mais grave.

§2º A multa será graduada considerando o valor do serviço ou produto não fornecido por mora ou inadimplência do contratado, quando o contratado incorrer em uma das hipóteses previstas no art.155 da lei ordinária nº14133/2021.

§3º O impedimento de licitar e contratar será aplicado ao contratado que incorrer nas condutas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art.155 da lei ordinária nº14133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

§4º A declaração de inidoneidade para licitar ou contratar será aplicada ao contratado que incorrer nas condutas previstas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII art.155 da lei ordinária nº14133/2021, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do mesmo artigo e que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida no parágrafo anterior.

§5º A aplicação do tipo de sanção e a graduação das sanções é ato discricionário da autoridade competente que deve motivar sua decisão considerando:

- a) a natureza e a gravidade da infração cometida;
- b) as peculiaridades do caso concreto;
- c) as circunstâncias agravantes (ser reincidente; agir para ocultar outra infração; agir de forma dissimulada e que dificulta a fiscalização do contrato; agir em conluio com agente público; causando dano ou pânico social; etc.) ou atenuantes (desconhecimento da lei ou regra; agir por motivo de relevante valor social ou moral; ter o contratado procurado espontaneamente minorar as consequências de sua ação reparar o dano; etc.)
- d) os danos que dela provierem para a Administração Pública (interrupção na prestação de serviços públicos comuns ou essenciais; paralisação ou destruição de obras ou do patrimônio público; prejuízo a integridade física de cidadãos etc.).

§6º Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente através de inscrição em dívida ativa.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**§7º A aplicação das sanções aqui previstas não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.**

**3.4-**Para aplicação das sanções aqui previstas será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, podendo ele especificar provas no mesmo período, arcando com as despesas necessárias à sua produção, exceto para oitiva de testemunhas por ele levadas a ADMINISTRAÇÃO.

**3.5-**Para a aplicação das sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, será necessária a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão composta de 2 (dois) ou mais servidores estáveis, os quais avaliarão os fatos e as circunstâncias, procedendo na forma do item anterior.

**3.6-**Instruído o processo de responsabilização, será estruturado parecer conclusivo acerca da responsabilidade ou não do contratado pela comissão, encaminhando-se os autos a autoridade competente para a aplicação da sanção de maior gravidade.

**3.7-**Havendo a aplicação de sanção ao contratado, esta será publicada no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP), sem prejuízo da inserção em outros cadastros e de ser dada ampla publicidade na forma da lei.

**3.8-**Será admitida a reabilitação do licitante ou contratado perante quando, cumulativamente:

- a) **promova a reparação integral do dano causado à Administração Pública;**
- b) **proceda ao pagamento da multa efetivamente corrigida e com juros de 1% ao mês;**
- c) **após o transcurso do prazo mínimo de 1 (um) ano da aplicação da penalidade de impedimento de licitar e contratar ou de 3 (três) anos da aplicação da penalidade de declaração de inidoneidade de licitar e contratar.**

## **QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE:**

**4.1-**Efetuar os pagamentos nos respectivos vencimentos e de acordo com as condições previstas em lei e no procedimento de seleção do contratado.

**4.2-**Administração responderá solidariamente pelos encargos previdenciários e subsidiariamente pelos encargos trabalhistas, apenas se houver comprovada falha na fiscalização do cumprimento das obrigações do CONTRATADO.

## **QUINTA – DA FISCALIZAÇÃO**

**5.1-**O objeto licitado será fiscalizado por agente público o **Sr. Elisamar Fontaina Dias (Secretário de Obras)**, que, entre outras atribuições, atestará a realização do objeto em conformidade com o previsto neste instrumento.

**5.2-**A FISCALIZAÇÃO fica impedida de atestar a realização do objeto fora das suas especificações, sem prejuízo das exigências estabelecidas pelos órgãos oficiais que fiscalizam o segmento.

**5.2.1-**O objeto realizado em desacordo com as especificações previstas no item anterior, não impede a ação fiscal posterior, não caracteriza novação, não retira garantias convencionais ou legais e permite a retenção de pagamentos.

**5.3-**A FISCALIZAÇÃO fica impedida de encaminhar para pagamento a nota fiscal, fatura, duplicata ou documento de cobrança que não atendam rigorosamente às condições previstas neste instrumento e na legislação, sendo certo que qualquer tolerância ou mesmo a inobservância do procedimento ora estabelecido não representará novação ou alteração do que ficou pactuado.

**5.4-**Qualquer entendimento entre a FISCALIZAÇÃO e o CONTRATADO será sempre por escrito, não sendo levada em consideração, para nenhum efeito, qualquer alegação fundada em ordens ou declarações verbais ou encaminhadas a agentes públicos sem competência fiscalizatória ou a terceiros.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

**5.5-**Os entendimentos que redundarem na alteração quantitativa do objeto somente produzirão efeitos quando formalizadas através de termo aditivo, sendo nulas quaisquer deliberações, formais ou informais, que não sejam devidamente autorizadas por este ato.

**5.6-A FISCALIZAÇÃO** é exercida no interesse da ADMINISTRAÇÃO e não exclui ou reduz a responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, as quais, se verificadas, não implicarão em corresponsabilidade da ADMINISTRAÇÃO ou de seus prepostos.

## **SEXTA – DAS EXONERAÇÕES DE RESPONSABILIDADES:**

**6.1-**As partes não serão responsáveis pelo inadimplemento que resultar de caso fortuito ou de força maior, assim entendidos os fenômenos naturais, tais como inundações e outros, ou circunstâncias alheias às vontades das partes, imprevisíveis, sempre na medida em que impeçam ou retardem o cumprimento das respectivas obrigações.

**6.2-**A parte cuja prestação seja impedida ou retardada por quaisquer dos fatos ou atos acima mencionados, deverá comunicar e provar a ocorrência a outra parte, imediatamente e por escrito, expondo-lhe as razões pelas quais está compelida a sustar ou retardar a execução do pactuado.

**6.3-**Cessado o impedimento, retorna-se à execução do objeto, prorrogando-se o prazo contratual pelo número de dias de sua paralisação, ressalvado ao CONTRATANTE a faculdade de extinguir o contrato, nas hipóteses previstas na lei ordinária nº 14.133/2021.

## **SÉTIMA – DA EXTINÇÃO:**

**7.1-**O presente instrumento poderá ser extinto ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas no art.137 e ss. da lei ordinária nº 14.133/2021.

**7.2-**A extinção se fará pelas formas e condições previstas na lei acima referida, onde seja resguardado o interesse e os direitos do CONTRATADO na forma ali prevista.

## **OITAVA – DO FORO:**

**8.1-**Fica eleito o foro da sede da Administração Pública, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, como competente para dirimir quaisquer questões decorrentes da execução deste instrumento.

## **NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

**9.1-**O CONTRATADO, ainda que demandado, administrativa ou judicialmente, não poderá opor ao CONTRATANTE qualquer tributo, seja federal, estadual ou municipal, incidente sobre mão-de-obra, materiais ou peças empregados no objeto, correndo à sua conta exclusiva os pagamentos que sobre esses títulos tiverem sido feitos, ou opor, ainda, qualquer cobrança oriunda de encargos decorrentes de processos que contra si forem instaurados, ainda que por sua natureza sejam suscetíveis de transação.

**9.2-**Ocorrendo qualquer das hipóteses previstas na lei ordinária nº 14133/2021, ao CONTRATANTE fica reservado o direito de crescer ou reduzir, mediante autorização específica, o objeto do presente instrumento, estipulando, na ocasião, preços, prazos e todos os demais elementos indispensáveis à perfeita caracterização da alteração, o que se fará por termo aditivo assinado pelas partes.

**9.3-**O não exercício pelas partes de qualquer dos direitos contratuais ou legais, representará ato de mera tolerância e não implicará, com relação a esse instrumento, novação quanto a seus termos ou renúncia ou desistência dos referidos direitos, os quais poderão ser exercidos a qualquer tempo.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

E por estarem justos e acordados as partes assinam o presente instrumento, digitado e impresso em 2 (duas) vias de igual forma e teor, para um só efeito e para todos os fins de direito, na data adiante mencionada, juntamente com as testemunhas abaixo.

Belmiro Braga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Contratante  
CPF

\_\_\_\_\_  
Contratado  
CPF

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
CPF

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
CPF



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: esportes@guarara.mg.gov.br  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

## DISPENSA Nº 15/2024 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

ATA DE REGISTRO DE PREÇO nº \_\_\_\_/2024

Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

O Município de GUARARÁ, neste ato representado pelo Sr. JOSÉ MAURICIO DE SALES, doravante denominado PROMITENTE COMPRADOR, e a empresa \_\_\_\_\_, estabelecida na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, devidamente cadastrada no CNPJ nº \_\_\_\_\_, pelo seu representante infra-assinado, doravante denominada PROMITENTE FORNECEDORA, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21, Decretos Municipais 14/2024, 16/2024 e das demais normas legais aplicáveis e, considerando o resultado Processo nº 034/2024, Dispensa nº 015/2024, para REGISTRO DE PREÇOS, firmam a presente Ata de Registro de Preços, obedecidas as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, suas alterações posteriores e as condições seguintes:

### PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1-Através da presente ata ficam registrados os seguintes preços, abaixo especificados:

Nº Item	Quant	Unid.	Especificação	Valor Unit.	Valor Total

1.2-A PROMITENTE FORNECEDORA detentora da Ata de Registro, quando da solicitação pela Secretaria, deverá atender às seguintes exigências:

1.2.1-Entregar os produtos no endereço especificado pela Ordem de Compra, se esta for apresentada, ou no endereço do PROMITENTE COMPRADOR.

### SEGUNDA - DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

2.1-A presente ATA terá a validade de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura.

2.2-Nos termos da Lei Federal nº 14.133/21, durante o prazo de validade desta ATA, o PROMITENTE COMPRADOR, não será obrigado à aquisição, exclusivamente por seu intermédio, dos materiais referidos na cláusula primeira, podendo utilizar, para tanto, outros meios, desde que permitidos em lei, sem que, desse fato, caiba recurso ou indenização de qualquer espécie à PROMITENTE FORNECEDORA.

2.3-Em cada aquisição decorrente desta ATA serão observadas, quanto ao preço, às cláusulas e condições constantes do Termo de Referência da Dispensa nº 015/2024, Processo nº 034/2024, que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso, independente de transcrição, por ser de pleno conhecimento das partes.

### TERCEIRA - DO PAGAMENTO

3.1-O preço contratado será pago de acordo com a execução do objeto, numa proporção direta do percentual concluído, sempre atendidas às formalidades estabelecidas pelo art. 60 e SS. da lei ordinária nº 4320/1964, principalmente quanto a liquidação da despesa.

3.2-O pagamento será efetivado conforme cronograma de pagamentos expedidos mensalmente pela Administração e em atenção a ordem legal, tendo como regra o desembolso nos dias 10, 20 ou 30 do mês subsequente ao da apresentação do documento fiscal de cobrança.

3.3-Com o documento de cobrança (nota fiscal, fatura, duplicata etc.), o contratado deverá apresentar comprovante de regularidade com o INSS, FGTS e com a Justiça do Trabalho, sob pena ver suspenso o direito ao pagamento. Havendo deficiência na instrução dos



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

documentos de cobrança, os prazos começarão a correr a partir do protocolo do documento faltante.

3.4-Estando corretamente instruído o pedido, os pagamentos serão regularmente realizados, sendo paralisados ou suspensos na eventualidade de o CONTRATADO paralisar a execução do objeto.

## **QUARTA - DA ENTREGA E DO PRAZO**

4.1-A entrega dos produtos será realizado, de acordo com a emissão de autorização de abastecimento, emitida individualmente para cada veículo de acordo com a demanda. A cada abastecimento realizado, o contratado emitirá o cupom fiscal que será apresentado junto ao relatório de abastecimento, que será conferido e aprovado junto ao setor de transportes e só então será emitida a nota fiscal. Caso o fornecimento e seu controle não ocorram conforme previsto, não será recebida a nota fiscal para pagamento podendo inclusive o contrato ser extinto e realizado os procedimentos legais cabíveis.

4.1.1-A PROMITENTE FORNECEDORA deverá constar na nota fiscal a data e hora em que a entrega dos produtos foi feita, além da identificação de quem procedeu ao recebimento dos produtos.

4.2-A entrega será feita à Comissão de Recebimento no endereço indicado, a quem caberá conferi-lo e lavrar Termo de Recebimento Provisório, para efeito de posterior verificação da conformidade do mesmo com as exigências do edital.

4.3-Caso o objeto não esteja de acordo com as especificações exigidas, a Comissão de Recebimento não o aceitará e lavrará termo circunstanciado do fato, que deverá ser encaminhado à autoridade superior, sob pena de responsabilidade.

4.4-Na hipótese da não aceitação do objeto, o mesmo deverá ser retirado pela PROMITENTE FORNECEDORA no prazo de 01 (um) dia útil contados da notificação da não aceitação, para reposição no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis.

4.5-A Secretaria terá o prazo máximo de 02 (dois) dias úteis para processar a conferência do que foi entregue, lavrando o termo de recebimento definitivo ou notificando a detentora da ata para substituição do objeto entregue em desacordo com as especificações.

4.6-O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade da PROMITENTE FORNECEDORA pela perfeita execução do empenho, ficando a mesma obrigada a substituir, no todo ou em parte, o objeto do empenho, se a qualquer tempo se verificar vícios, defeitos ou incorreções.

## **QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES**

5.1-Do PROMITENTE COMPRADOR:

5.1.1-Atestar nas notas fiscais e/ou fatura a efetiva entrega do objeto desta licitação;

5.1.2-Aplicar à PROMITENTE FORNECEDORA, penalidades, quando for o caso;

5.1.3-Prestar à PROMITENTE FORNECEDORA toda e qualquer informação, por esta solicitada, necessária à perfeita execução do contrato;

5.1.4-Efetuar o pagamento à PROMITENTE FORNECEDORA no prazo avençado, após a entrega da nota fiscal no setor competente;

5.1.5-Notificar, por escrito, à PROMITENTE FORNECEDORA da aplicação de qualquer sanção.

5.2-Da PROMITENTE FORNECEDORA:

5.2.1-Fornecer o objeto desta licitação nas especificações contidas neste edital;

5.2.2-Pagar todos os tributos que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre os produtos vendidos;

5.2.3-Manter, durante a execução do contrato, as mesmas condições de habilitação;



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

5.2.4-Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários no quantitativo do objeto desta licitação, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratado;

5.2.5-Fornecer o objeto licitado, no preço, prazo e forma estipulada na proposta;

5.2.6-Fornecer o objeto de boa qualidade, dentro dos padrões exigidos neste edital.

## **SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO**

6.1-O contrato de aquisição decorrente da presente Ata de Registro de Preços será formalizado pela retirada da nota de empenho pela PROMITENTE FORNECEDORA.

6.2-A PROMITENTE FORNECEDORA será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência desta Ata, mesmo que a entrega deles decorrentes estiver prevista para data posterior à do seu vencimento.

6.3-Toda aquisição deverá ser efetuada mediante solicitação da unidade requisitante, a qual deverá ser feita através de nota de empenho.

6.4-A PROMITENTE FORNECEDORA, quando do recebimento da nota de empenho, deverá colocar, na cópia que necessariamente a acompanhar, a data e hora em que a tiver recebido, além da identificação de quem procedeu ao recebimento.

6.5-A cópia da nota de empenho, referida no item anterior, deverá ser devolvida, a fim de ser anexada ao processo de administração da ata.

## **SÉTIMA - DA FISCALIZAÇÃO**

7.1-O objeto licitado será fiscalizado por agente público expressamente designado pela ADMINISTRAÇÃO, que, entre outras atribuições, atestará a realização do objeto em conformidade com o previsto neste instrumento.

7.2-A FISCALIZAÇÃO fica impedida de atestar a realização do objeto fora das suas especificações, sem prejuízo das exigências estabelecidas pelos órgãos oficiais que fiscalizam o segmento.

7.2.1-O objeto realizado em desacordo com as especificações previstas no item anterior, não impede a ação fiscal posterior, não caracteriza novação, não retira garantias convencionais ou legais e permite a retenção de pagamentos.

7.3-A FISCALIZAÇÃO fica impedida de encaminhar para pagamento a nota fiscal, fatura duplicata ou documento de cobrança que não atendam rigorosamente às condições previstas neste instrumento e na legislação, sendo certo que qualquer tolerância ou mesmo a inobservância do procedimento ora estabelecido não representará novação ou alteração do que ficou pactuado.

7.4-Qualquer entendimento entre a FISCALIZAÇÃO e o CONTRATADO será sempre por escrito, não sendo levada em consideração, para nenhum efeito, qualquer alegação fundada em ordens ou declarações verbais ou encaminhadas a agentes públicos sem competência fiscalizatória ou a terceiros.

7.5-Os entendimentos que redundarem na alteração quantitativa do objeto somente produzirão efeitos quando formalizadas através de termo aditivo, sendo nulas quaisquer deliberações, formais ou informais, que não sejam devidamente autorizadas por este ato.

7.6-A FISCALIZAÇÃO é exercida no interesse da ADMINISTRAÇÃO e não exclui ou reduz a responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, as quais, se verificadas, não implicarão em corresponsabilidade da ADMINISTRAÇÃO ou de seus prepostos.

## **OITAVA - DO REAJUSTAMENTO DE PREÇOS**

8.1-Considerado o prazo de validade estabelecido no item 2.1 da cláusula segunda da presente Ata, é vedado qualquer reajustamento de preços, até que seja completado o período de 12 (doze) contados a partir da data de recebimento das propostas conforme





# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

publicação no sitio do município (<https://www.guarara.mg.gov.br/wp/avisos-de-dispensa-de-licitacao/>) referente a Dispensa nº 015/2024, que integra a presente Ata de Registro de Preços.

8.2-Fica ressalvada a possibilidade de alteração das condições para a concessão de reajustes em face da superveniência de normas federais aplicáveis à espécie ou de alteração dos preços, comprovadamente, praticados no mercado, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico e financeiro da avença.

## **NONA - DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

9.1-A presente Ata de Registro de Preços poderá ser cancelada, de pleno direito pelo pela administração, quando:

9.1.1-a PROMITENTE FORNECEDORA não cumprir as obrigações constantes desta Ata;

9.1.2-a PROMITENTE FORNECEDORA não retirar qualquer nota de empenho, no prazo estabelecido e a Administração não aceitar sua justificativa;

9.1.3-a PROMITENTE FORNECEDORA der causa à rescisão administrativa de contrato decorrente de registro de preços, a critério da Administração, observada a legislação em vigor;

9.1.4-em qualquer das hipóteses de inexecução total ou parcial de contrato decorrente de registro de preços, se assim for decidido pela Administração, com observância das disposições legais;

9.1.5-os preços registrados se apresentarem superiores aos praticados no mercado, e a PROMITENTE FORNECEDORA não acatar a revisão dos mesmos;

9.1.6-por razões de interesse públicas devidamente demonstradas e justificadas pela Administração.

9.2-A comunicação do cancelamento do preço registrado, nos casos previstos neste item, será feita por correspondência com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante ao processo de administração da presente Ata de Registro de Preços.

9.3-Pela PROMITENTE FORNECEDORA, quando, mediante solicitação por escrito, comprovar estar impossibilitada de cumprir as exigências desta Ata de Registro de Preços ou, a juízo da Administração, quando comprovada a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas na Lei Federal nº 14.133/21.

9.3.1-A solicitação da PROMITENTE FORNECEDORA para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com antecedência de 30 (dias) dias, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas na cláusula sétima, caso não aceitas as razões do pedido.

## **DÉCIMA - DA AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO**

10.1-A aquisição dos itens objeto da presente Ata de Registro de Preços serão autorizadas, em cada caso, pelo ordenador de despesa correspondente, sendo obrigatório informar à (nome do órgão gerenciador) os quantitativos das aquisições.

10.1.1-A emissão das notas de empenho, sua retificação ou cancelamento, total ou parcial serão, igualmente, autorizados pela mesma autoridade, ou a quem está delegar a competência para tanto.

## **DÉCIMA PRIMEIRA - DAS COMUNICAÇÕES**

11.1-As comunicações entre as partes, relacionadas com o acompanhamento e controle da presente Ata, serão feitas sempre por escrito.

## **DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS

TEL: (32) 3264-1185 – e-mail: [esportes@guarara.mg.gov.br](mailto:esportes@guarara.mg.gov.br)  
CAIXA POSTAL 3 – CEP: 36.606-000

12.1-Integram esta Ata o Termo de Referência da Dispensa nº 015/2024 e a proposta da PROMITENTE FORNECEDORA a empresa \_\_\_\_\_ classificada em 1º lugar no certame supra numerado.

12.2-Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei Federal nº 14.133/2021, e pelos Decretos Municipais 14/2024, 16/2024 no que não colidir com a primeira e nas demais normas aplicáveis. Subsidiariamente, aplicar-se-ão os princípios gerais de direito.

## DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1-As partes elegem o foro da sede da administração como único competente para dirimir quaisquer ações oriundas desta Ata.

E, por haverem assim pactuado, assinam este instrumento na presença das testemunhas abaixo.

Guarará, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Contratante  
CPF

\_\_\_\_\_  
Contratado  
CPF

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
CPF

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
CPF