



## TERMO DE REFERÊNCIA (TR)

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, da Lei N°. 14.133/2021

O presente Termo de Referência (TR), deverá apontar todas as condições para os objetos a serem adquiridos. Deverá apresentar as condições particulares para toda a aquisição, conforme condições, quantidades, exigências e estimativas estabelecidas neste instrumento, bem como, forma de pagamento, cronograma físico-financeiro e condições para a aquisição, com vinculação na forma da Lei N°. 14.133/2021.

### DOS DADOS DO PROCESSO:

**COMUNICAÇÃO INTERNA N°:** 458/2026/GMS/COMPRAS

**PEDIDO DE COMPRA N°:** 140/2026.

**SETOR REQUISITANTE:** GERÊNCIA DE SAÚDE (GMS), DO MUNICÍPIO DE NAVIRAI/MS.

**OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA AQUISIÇÃO DE DIAGRAMAÇÃO, ARTE E IMPRESSÃO DE MATERIAL GRÁFICO PARA RECEITUÁRIO, CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA (TR), COM O OBJETIVO ATENDER A NECESSIDADE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (GMS) E DO HOSPITAL MUNICIPAL (HMN).

### 1. DA DEFINIÇÃO DO OBJETO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, a), da Lei N°. 14.133/2021

Aquisição de materiais gráficos, destinados a suprir as necessidades da Gerência de Saúde (GMS), pelo período de 12 (doze) meses, conforme especificações, quantidades estimadas e condições estabelecidas neste Termo de Referência (TR).

Os itens da presente aquisição são classificados como bens comuns, nos termos da legislação vigente, conforme justificativa constante no Estudo Técnico Preliminar (ETP).

Os materiais deverão ser entregues no Almojarifado Central, localizado na Rua dos Pardais, N°. 84, Bairro Jardim União, Naviraí/MS.

O prazo para entrega será de até 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF), podendo ser reduzido ou prorrogado, mediante justificativa e autorização da Administração Pública Municipal.





## 2. DA FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, b), da Lei N°. 14.133/2021

A presente contratação tem por finalidade a aquisição de material gráfico, destinados ao atendimento das demandas das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Hospital Municipal (HMN), do Município de Naviraí/MS.

A impressão de material gráfico é um instrumento essencial para a formalização das prescrições realizadas pelos profissionais de saúde, garantindo que os pacientes recebam as orientações e medicamentos necessários de forma correta, segura e legível.

A disponibilização contínua de receituários é indispensável para o adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que esses documentos são utilizados diariamente nas consultas médicas, sendo fundamentais para a prescrição de medicamentos, encaminhamentos e acompanhamento terapêutico dos pacientes.

A inexistência ou insuficiência desses materiais compromete a transparência, a eficiência dos serviços prestados e o correto funcionamento das rotinas administrativas e assistenciais das unidades vinculadas à Gerência de Saúde (GMS).

Dessa forma, a aquisição visa assegurar o fornecimento adequado desse material gráfico, evitando a falta de receituários nas unidades de saúde e garantindo a continuidade e eficiência no atendimento à população, bem como a padronização dos documentos utilizados pelos profissionais da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando o vencimento da Ata de Registro de Preços N°. 068/2023, ocorrido em 06/09/2024, e a inexistência, até o momento, de novo procedimento licitatório vigente, faz-se necessária a presente aquisição para assegurar a continuidade das atividades administrativas dos setores demandantes.

A presente aquisição visa atender às necessidades rotineiras e institucionais da Administração Pública Municipal, conforme demonstrado no Estudo Técnico Preliminar (ETP), evitando descontinuidade dos serviços públicos.

## 3. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, c), da Lei N°. 14.133/2021

### 3.1 DO LEVANTAMENTO DAS SOLUÇÕES DE MERCADO





Em conformidade com o Art. 18, § 1º, Inciso V, da Lei N°. 14.133/2021, considerando o cenário atual, a Administração Pública Municipal não possuiria outra maneira de atender a demanda, conforme apontado pelo levantamento de mercado.

Para a presente contratação não há outro cenário de execução, que não seja a sua AQUISIÇÃO. Após o comparativo entre os cenários possíveis elencados no presente Estudo Técnico Preliminar (ETP), chegou-se à conclusão de que, a melhor modalidade para a contratação do objeto, será através de aquisição, visto que, as empresas vencedoras do certame ficarão responsáveis pela entrega, bem como garantia, conforme previsão futura em Edital, assegurando ao Município de Naviraí/MS, a eficiência de maneira mais plena.

A solução consiste na realização de Processo Licitatório, na modalidade Pregão, na forma Eletrônica, para Ata de Registro de Preços, com critério de julgamento Menor Preço por item, visando à celebração de Ata de Registro de Preços, com vigência pelo prazo de 12 (doze) meses.

As aquisições serão realizadas de forma parcelada, conforme a necessidade dos setores requisitantes, mediante emissão de Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF).

A existência de preços registrados não obriga a Administração Pública Municipal à aquisição da totalidade dos quantitativos estimados, tratando-se apenas de expectativa de consumo, podendo as aquisições serem realizadas conforme a necessidade, disponibilidade orçamentária e conveniência administrativa, durante o período de vigência da Ata de Registro de Preços, nos termos da legislação vigente.

#### **4. DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Em conformidade com o Art. 40, § 1º, Inciso I, da Lei N°. 14.133/2021

Os materiais deverão atender rigorosamente às especificações técnicas, padrões de qualidade, modelos e quantidades estimadas constantes neste Termo de Referência (TR).

A aquisição será realizada nos termos dos Artigos 6º, inciso XLV, 82 a 86, e demais dispositivos aplicáveis da Lei nº 14.133/2021, por meio de Pregão Eletrônico para o sistema de Ata de Registro de Preços.


A empresa CONTRATADA deverá manter, durante a vigência da Ata de Registro de Preços e das contratações dela decorrentes, todas as condições de habilitação e regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.





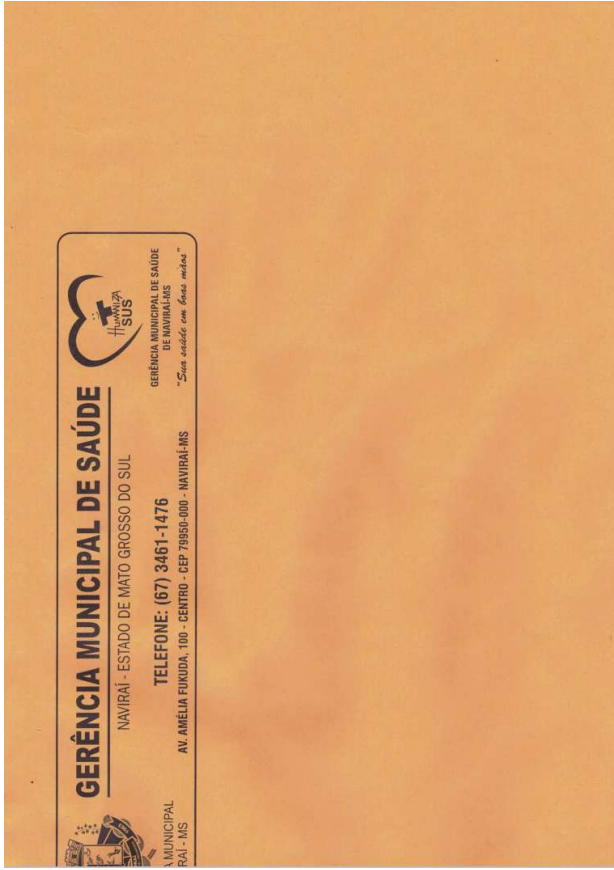
Deverão estar incluídos no preço do objeto todos os custos necessários à sua execução, compreendendo materiais, insumos, mão de obra, impressão, acabamento, embalagem, transporte e, quando aplicável, aplicação no local indicado pela Administração Pública Municipal, sem quaisquer ônus adicionais.

A descrição da especificação técnica dos produtos estão descritos abaixo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE.
1	18325	<p><b>ENVELOPE BRANCO TIMBRADO</b></p> <p>Brasão da Prefeitura Colorido - Grande</p> <p>Medida: 36,5 x 26 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p>  <p>PRAÇA PREFEITO EUCLIDES ANTONIO FABRIS, 343 - FONE: (67) 3409-1500 - CENTRO - CEP 79950-000 - NAVIRAI-MS</p>	UN	5180
2	51842	<p><b>PASTA PLASTIFICADA</b></p> <p>Papel Cartolina - 300 Gr - Laminada e Vincada</p> <p>Cor Branca - Brasão da Prefeitura Colorido</p> <p>Medida: 32 x 24 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	3370

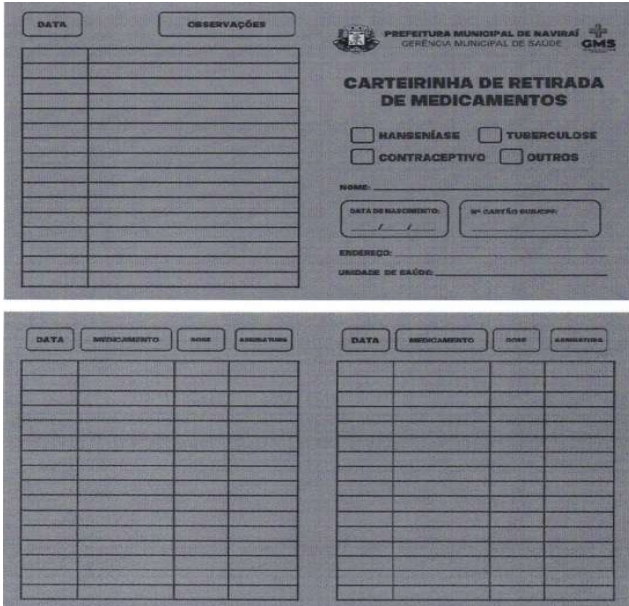






3	17374	<p><b>ENVELOPE PADRONIZADO TIMBRADO</b> Cor Ouro Parda - Brasão da Prefeitura e da Humanização Medida: 20 x 28 Cm Conforme Modelo Abaixo</p>  <p><b>GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> NAVIRAÍ - ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL TELEFONE: (67) 3461-1476 AV. AMÉLIA FUKUDA, 100 - CENTRO - CEP 79950-000 - NAVIRAÍ-MS</p> <p>MUNICIPAL RAÍ - MS</p>	UN	23550
---	-------	---	----	-------





4	41203	<p><b>CARTEIRA DE RETIRADA DE MEDICAMENTOS</b>  Frente e Verso - Cartolina Branca - Grafia Preta  Gramatura 180 Gr - Medida: 16 x 10 Cm  Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	10500
5	28328	<p><b>PANFLETO FRENTE E VERSO</b>  Panfletos - Por Unidade - Papel Couché Brilhante  Impressão Colorida - Medida: 15 x 22 Cm  Conforme Modelo Abaixo (Arte a Definir)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="467 1205 762 1720">  <p><b>SAÚDE BUCAL DA GESTANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A gestante deve procurar o dentista ainda no primeiro mês de gravidez para receber orientações sobre prevenção. A Saúde Bucal do bebê depende de alguns cuidados que se deve ter durante a gestação.</li> <li>❖ Mantenha uma alimentação saudável, controlando o consumo de açúcar e doces, principalmente entre as refeições</li> <li>❖ Beba bastante água e não use suplementação de flúor sem falar com seu médico</li> <li>❖ Fique atenta: sangramento nas gengivas é sinal de inflamação. Limpe mais esse local e procure urgentemente o dentista.</li> <li>❖ Perder os dentes na gravidez não é normal. Vá ao dentista regularmente. Ele saberá usar medicação adequada que não farão mal a você e nem ao seu bebê.</li> </ul> </div> <div data-bbox="802 1205 1098 1753">  <p><b>SAÚDE BUCAL DO BEBÊ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Os dentes de leite são muito importantes. O cuidado correto com eles garante a saúde dos dentes permanentes.</li> <li>❖ Amamente no peito o seu bebê. O leite materno oferece todos os elementos nutritivos para que seu filho cresça com saúde e com dentes saudáveis.</li> <li>❖ A limpeza das gengivas, bochecha e língua do bebê deve ser feita com gaze ou com a ponta de uma fralda limpa embebida com água filtrada ou fervida</li> <li>❖ Mel e açúcar mascavo também provocam cáries. Não passe mel ou açúcar nas chupetas e nem adoce o leite da mamadeira.</li> </ul> <p><b>Importante:</b> O bebê que mama no peito, não necessita de mamadeira ou chupeta. O uso prolongado de um e outro, prejudica a amamentação e danifica a formação dos dentes e desenvolvimento da fala.</p> </div> </div>	UN	10.000






6	20591	<p align="center"><b>FICHA DE VISITA</b></p> <p>Papel Offset - Bloco 100 x 1 - Cor Branco - Pcf Medida: 16 x 9,5 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p>  	BL	50.000
7	25422	<p align="center"><b>FOLDER</b></p> <p>Colorido 4 x 4 Cores - 115 Gr - Com Arte em PDF a ser Enviada Com a Ordem De Fornecimento (OF) Medida: 21 x 15 Cm - Conforme Campanha a ser Definida Pela Gerência</p> 	UN	3350





8	18323	<p><b>ENVELOPE BRANCO TIMBRADO</b> Colorido - Tamanho Pequeno - Brasão da Prefeitura Colorido - Medida: 11,5 x 23 Cm Conforme Modelo Abaixo</p>  <p>PRAÇA PREFEITO EUCLIDES ANTONIO FABRIS, 343 - FONE: (67) 3409-1500 - CENTRO - CEP 79950-000 - NAVIRAI-MS</p>	UN	800
9	28299	<p><b>PANFLETOS</b> Papel Couché - 90 Gr - Medida: 15 x 22 Cm Conforme Modelo Abaixo (Imagem Ilustrativa)</p> 	UN	400





10

37866

**CARTEIRA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA**

Cartolina Branca - Grafia Preta - 180 Gr

Medida: 15 x 10 Cm - Aberta

Conforme Modelo Abaixo

UN

12.000



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE		CONTROLE	
Nome do Animal: _____		DATA	ASSINATURA
Espécie: <input type="checkbox"/> CANINA <input type="checkbox"/> FELINA			
Data de Nascimento: _____			
Nome do Prop.: _____			
Endereço: _____			
Centro de Saúde: _____			
Município: _____			

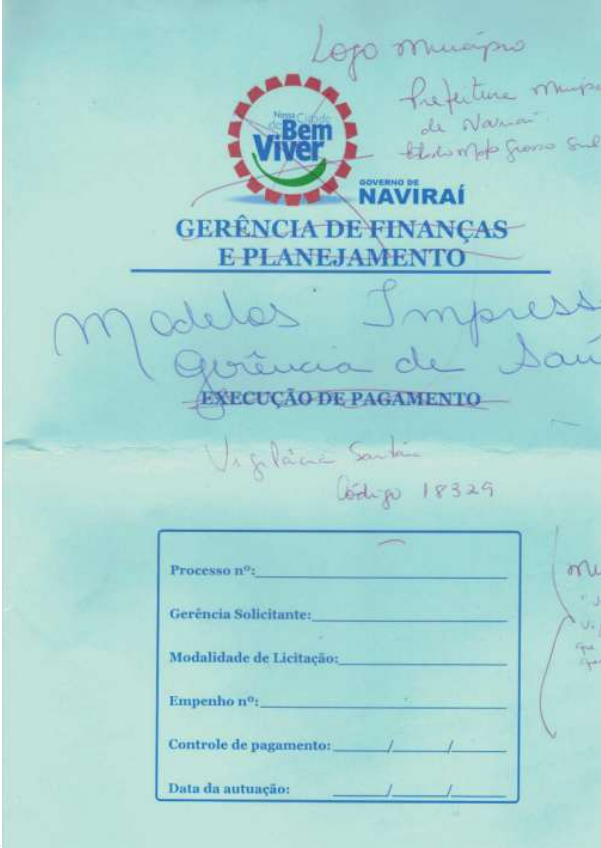





11	17372	<b>ENVELOPE PADRONIZADO TIMBRADO</b> Cor Ouro Parda - Medida: 33 x 24 Cm Conforme Modelo Abaixo	UN	5.950


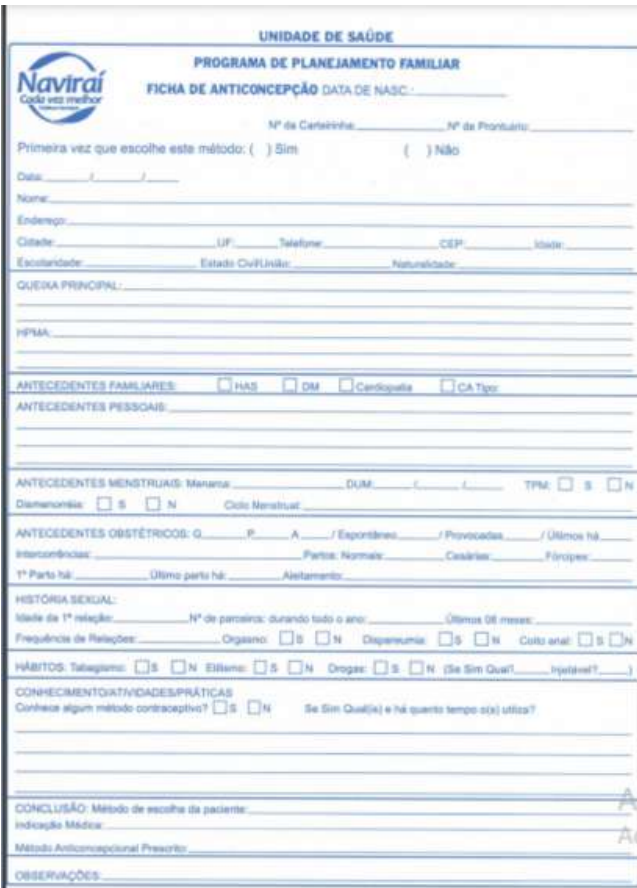




12	18329	<p><b>PASTA EM CARTOLINA</b> Trocar Brasão - Cor Azul - Brasão da Prefeitura Colorido - Medida: 33 x 48 Cm - Aberta Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	2.540
13	18324	<p><b>ENVELOPE BRANCO TIMBRADO</b> Colorido - Tamanho Médio - Brasão da Prefeitura Colorido - Medida: 18,5 x 25 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	2.250





14	18326	<p align="center"><b>ENVELOPE BRANCO TIMBRADO</b></p> <p align="center">Colorido - Tamanho Extra Grande - Brasão da Prefeitura Colorido - Medida: 32 x 44 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <div align="center">  <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL</p> </div> <p align="center"><small>PRAÇA PREFEITO EUCLIDES ANTONIO FABRIS, 343 - FONE: (67) 3409-1500 - CENTRO - CEP 79950-000 - NAVIRAI-MS</small></p>	UN	700
15	17363	<p align="center"><b>FICHA DE ANTICONCEÇÃO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR</b></p> <p align="center">Trocar Brasão - Grafia Azul - Tamanho: A4 Medida: 21 x 29,7Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="459 1077 1098 1962">  <p>The form is titled 'UNIDADE DE SAÚDE PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR FICHA DE ANTICONCEÇÃO'. It includes fields for patient name, address, and contact information. It also contains several sections with checkboxes for medical history: 'ANTECEDENTES FAMILIARES' (HAS, DM, Cardíaca, CA Tipo), 'ANTECEDENTES PESSOAIS', 'ANTECEDENTES MENSTRUAIS' (Menarca, DUM, TPM, Diamenória, Ciclo Menstrual), 'ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS' (G, P, A, Espontâneo, Provocados, Último há, Intercorrências, Partos Normais, Cesárea, Fórceps), 'HISTÓRIA SEXUAL' (Idade da 1ª relação, Nº de parceiros, Dispareunia, Coito anal), 'HÁBITOS' (Tabagismo, Etílico, Drogas), and 'CONHECIMENTO ATIVIDADES PRÁTICAS' (Conhece algum método contraceptivo?). There are also fields for 'CONCLUSÃO' (Método de escolha da paciente, Indicação Médica, Método Anticoncepcional Prescrito) and 'OBSERVAÇÕES'.</p> </div>	UN	500





16

21182

**CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO**  
Cartolina Branca - Frente/Verso - 180 Gr  
Grafia Preta - Formato 16 - Medida: 8 x 21,5 Cm  
Conforme Modelo Abaixo

UN

2.000

**Cartão de Vacinação do Adulto**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Tipos Sanguíneos: \_\_\_\_\_

Vacina da Infância	1ª	2ª	3ª	4ª
Tuberculose BCG				
Hepatite B				
Difteria, Tétano				
Coqueluche				
Poliomielite				
Sarampo				
Febre amarela				
Sarampo, Coqueluche				
Rubéola				
Hepatite B				

Observação: Para sua proteção, conserve este cartão junto ao seu documento de identidade. Atualize a cada 2 anos de qualquer momento médico.

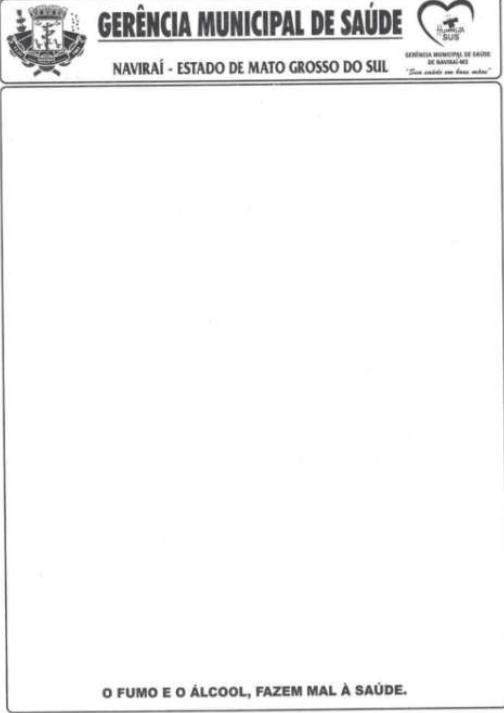
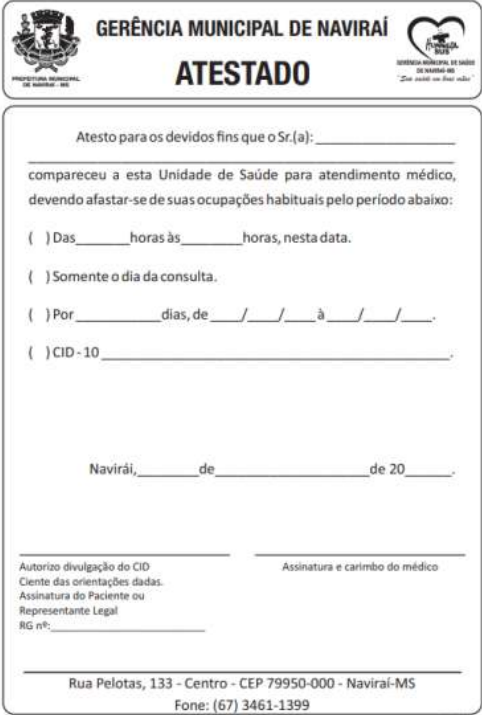
Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Fundação: \_\_\_\_\_ Secretarias: \_\_\_\_\_

Cartão de Vacinação do Adulto

Outras Vacinas	Difteria Adulto (Diftenar/Tetano)	Influenza (Gripes)	F. Amarela	Dupla Viral (Sarampo/Rubéola)


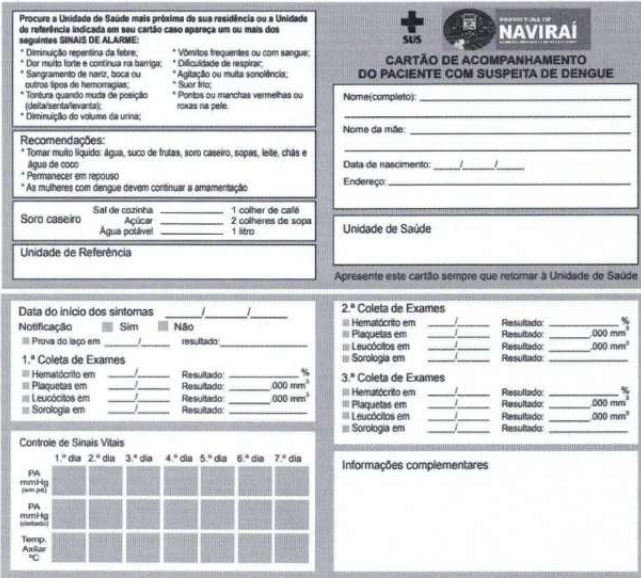




<p><b>17</b></p>	<p>22994</p>	<p align="center"><b>RECEITUÁRIO</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Medida: 15 x 20 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>6.900</p>
<p><b>18</b></p>	<p>23011</p>	<p align="center"><b>ATESTADO MÉDICO</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Medida: 15 x 20 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>5.600</p>





<p>19</p>	<p>23103</p>	<p><b>RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL CARBONADO</b>          Bloco 100 x 2 - Papel Autocopiativo - 1ª Via Branco          - 2ª Via Jornal - Intercalado com Papel Carbono          Orientação: Retrato - Medida: 16 x 16 Cm          Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>2.150</p>
<p>20</p>	<p>41168</p>	<p><b>CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE</b>          Papel Couché - 150 a 250 Gr - Durável e Dobrável          em 2 Dobras - Medida: 29,7 x 42 Cm - Aberto          Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>10.000</p>







		<table border="1"> <tr><td>Data</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td></tr> <tr><td>IG (DUM)</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td></tr> <tr><td>IG (1º USG)</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td></tr> <tr><td>Peso</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td></tr> <tr><td>Ganho de peso</td><td>..... g</td><td>..... g</td><td>..... g</td><td>..... g</td><td>..... g</td></tr> <tr><td>PA</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr> <tr><td>FR</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td></tr> <tr><td>FC</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td></tr> <tr><td>Temperatura</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td></tr> <tr><td>Edema de face e/ou sacro</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td></tr> <tr><td>AU</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td></tr> <tr><td>BCF (mín/máx)</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td></tr> <tr><td>MF</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td></tr> <tr><td>Sinal de Homans</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td></tr> <tr><td>Especular SN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Solicitação de exames</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Orientações</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Encaminhamentos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Carimbo e assinatura</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>Data</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td><td>...../...../.....</td></tr> <tr><td>IG (DUM)</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td></tr> <tr><td>IG (1º USG)</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td><td>..... s d</td></tr> <tr><td>Peso</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td><td>..... kg</td></tr> <tr><td>Ganho de peso</td><td>..... g</td><td>..... g</td><td>..... g</td><td>..... g</td><td>..... g</td></tr> <tr><td>PA</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr> <tr><td>FR</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td><td>..... rpm</td></tr> <tr><td>FC</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td><td>..... bpm</td></tr> <tr><td>Temperatura</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td><td>..... ºC</td></tr> <tr><td>Edema de face e/ou sacro</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td></tr> <tr><td>AU</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td><td>..... cm</td></tr> <tr><td>BCF (mín/máx)</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td></tr> <tr><td>MF</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td><td>( ) ( ) +</td></tr> <tr><td>Sinal de Homans</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td><td>( ) ( ) + MI</td></tr> <tr><td>Especular SN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Solicitação de exames</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Orientações</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Encaminhamentos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Carimbo e assinatura</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Data	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	IG (DUM)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	IG (1º USG)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	Peso	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg	Ganho de peso	..... g	..... g	..... g	..... g	..... g	PA	X	X	X	X	X	FR	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm	FC	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm	Temperatura	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC	Edema de face e/ou sacro	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	AU	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm	BCF (mín/máx)	a	a	a	a	a	MF	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	Sinal de Homans	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	Especular SN						Solicitação de exames						Orientações						Encaminhamentos						Carimbo e assinatura						Data	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	IG (DUM)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	IG (1º USG)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	Peso	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg	Ganho de peso	..... g	..... g	..... g	..... g	..... g	PA	X	X	X	X	X	FR	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm	FC	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm	Temperatura	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC	Edema de face e/ou sacro	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	AU	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm	BCF (mín/máx)	a	a	a	a	a	MF	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	Sinal de Homans	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	Especular SN						Solicitação de exames						Orientações						Encaminhamentos						Carimbo e assinatura							
Data	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....																																																																																																																																																																																																																																			
IG (DUM)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d																																																																																																																																																																																																																																			
IG (1º USG)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d																																																																																																																																																																																																																																			
Peso	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg																																																																																																																																																																																																																																			
Ganho de peso	..... g	..... g	..... g	..... g	..... g																																																																																																																																																																																																																																			
PA	X	X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																			
FR	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm																																																																																																																																																																																																																																			
FC	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm																																																																																																																																																																																																																																			
Temperatura	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC																																																																																																																																																																																																																																			
Edema de face e/ou sacro	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +																																																																																																																																																																																																																																			
AU	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm																																																																																																																																																																																																																																			
BCF (mín/máx)	a	a	a	a	a																																																																																																																																																																																																																																			
MF	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +																																																																																																																																																																																																																																			
Sinal de Homans	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI																																																																																																																																																																																																																																			
Especular SN																																																																																																																																																																																																																																								
Solicitação de exames																																																																																																																																																																																																																																								
Orientações																																																																																																																																																																																																																																								
Encaminhamentos																																																																																																																																																																																																																																								
Carimbo e assinatura																																																																																																																																																																																																																																								
Data	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....																																																																																																																																																																																																																																			
IG (DUM)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d																																																																																																																																																																																																																																			
IG (1º USG)	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d	..... s d																																																																																																																																																																																																																																			
Peso	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg																																																																																																																																																																																																																																			
Ganho de peso	..... g	..... g	..... g	..... g	..... g																																																																																																																																																																																																																																			
PA	X	X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																			
FR	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm	..... rpm																																																																																																																																																																																																																																			
FC	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm	..... bpm																																																																																																																																																																																																																																			
Temperatura	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC	..... ºC																																																																																																																																																																																																																																			
Edema de face e/ou sacro	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +																																																																																																																																																																																																																																			
AU	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm	..... cm																																																																																																																																																																																																																																			
BCF (mín/máx)	a	a	a	a	a																																																																																																																																																																																																																																			
MF	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +	( ) ( ) +																																																																																																																																																																																																																																			
Sinal de Homans	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI	( ) ( ) + MI																																																																																																																																																																																																																																			
Especular SN																																																																																																																																																																																																																																								
Solicitação de exames																																																																																																																																																																																																																																								
Orientações																																																																																																																																																																																																																																								
Encaminhamentos																																																																																																																																																																																																																																								
Carimbo e assinatura																																																																																																																																																																																																																																								
22	20597	<p><b>REQUISIÇÃO DE EXAMES - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL</b></p> <p>Folhas Brancas - Grafia Preta com Sombreado na Requisição de Exames e Gerenciador de Ambiente Laboratorial - Bloco 100 x 1 - Medida: 21 x 29,7Cm Conforme Modelo Abaixo</p>	BLC	500																																																																																																																																																																																																																																				





20597  
Gerenciador de Ambiente Laboratorial  
Requisição de Exame

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

1. Unidade de Saúde (ou outra fonte)

2. UF 3. Município de Atendimento

4. Nome do Profissional de Saúde 5. Assinatura

6. Nome do Paciente 7. Data de Nascimento

8. (Ind. Sexo) 9. Sexo 10. Gestante 11. Data da Última Menstruação

12. Número do Cartão SUS 13. Nome da Mãe

14. Logradouro (rua, avenida, ...) 15. Complemento (apto, casa, ...)

16. Número 17. Bairro

18. UF 19. Município de Residência

20. CEP 21. CEP DDD 22. Zona 23. País (se residente fora do Brasil)

24. Data de Solicitação 25. Data dos Primeiros Sintomas 26. Caso 27. Tratamento

28. Etapa de Tratamento 29. O paciente tomou vacina? 30. Data da última dose ministrada

31. Exame Solicitado 32. Material Enviado 33. Amostra 34. Data da coleta 35. Usou antibiótico antes ou na data da coleta?

36. Agravado/doença 37. Nº notificação SINAN 38. Data de notificação

39. Unidade de Saúde Notificante

40. UF 41. Município de Notificação


42. Dados Clínicos/Laboratoriais

Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL  
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO  
FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME

Campo	Descrição
01	Nome completo e sem abreviações da Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame(s) e rede de laboratórios ou número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
02	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s) <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
03	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s) ou o código do IBGE correspondente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
04	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s) e número do registro profissional ou matrícula. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
05	Assinatura do profissional de saúde responsável pela solicitação de exames(s).
06	Nome completo e sem abreviação do paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
07	Data de nascimento do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 10 dias = 10 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
08	Sexo do paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
09	Situação gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que o paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.
10	Número do Cartão Nacional de Saúde. Caso o paciente possua, informar o número do Cartão SUS.
11	Logradouro (Rua, Avenida) de residência do paciente.
12	Dados complementares, por exemplo, apartamento, casa, da residência do paciente.
13	Número (apartamento, casa) da residência do paciente.
14	Ponto de Referência para auxiliar na localização da residência do paciente.
15	Bairro de residência do paciente.
16	Unidade de Federação de residência do paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
17	Município de residência do paciente ou código do IBGE correspondente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
18	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) - rua residência do paciente.
19	Telefone para contato com o paciente, com DDD.
20	Classificação da zona de residência do paciente.
21	País de residência do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
22	Data da solicitação do exame(s) <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
23	Data dos primeiros sintomas - data que surgiram os primeiros sintomas no paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
24	Classificação da definição de caso. Suspeito - Diagnóstico; Comunicante; Acompanhamento - Controle ou ignorado. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
25	Tratamento - tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame(s). Preenchimento em número + orientação de Dia, Semana, Mês, Ano, por exemplo: 12 D corresponde a 12 dias, 3 M que corresponde em 3 mês. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASO DE ACOMPANHAMENTO.</b>
26	Etapa de tratamento - corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame(s) podendo ser: Pré- sem tratamento; Tratamento - sob medicação; Re-tratamento - iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento; Avaliação de resistência - paciente com resultados laboratoriais sugestivo de resistência. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASO DE ACOMPANHAMENTO.</b>
27	Após verificar documentação/caderneta, se o paciente já foi vacinado contra agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame(s).
28	Informar a data da última dose de vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmado que o paciente tomou. ex: 20/10/2007.
29	Informar o(s) exame(s) laboratorial(is) solicitado(s) para paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
30	Informar o(s) tipo(s) de material(is) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
31	Informar o número da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
32	Informar a data em que a(s) amostra(s) foi(ram) coletada(s). <b>CAMPO OBRIGATORIO</b>
33	Informar se o paciente na data de coleta usou antibiótico ou medicação.
34	Informar o nome do agravo/doença ou código correspondente pelo SINAN (CID 10) que foi notificado. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS</b>
35	Preencher o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte para identificação do caso no SINAN. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS</b>
36	Informar no campo de data da notificação e data de preenchimento da ficha de notificação SINAN. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS</b>
37	Nome completo da Unidade de Saúde, ou outra fonte que realizou a notificação e o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA OS CASOS JÁ NOTIFICADOS</b>
38	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS</b>
39	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação ou código do IBGE. <b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS</b>
40	Dados complementares informar dados clínicos/laboratoriais adicionais que auxiliarem no diagnóstico laboratorial.





23	23293	<p><b>ATESTADO MÉDICO PATERNIDADE</b> Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Orientação: Retrato - Medida: 15 x 20 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="485 392 1086 517"><p><b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> Fone: (67) 3461-1399 PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAI - MS RUA PELOTAS, 133 - CENTRO - CEP 79950-000 - NAVIRAI - MS</p></div> <div data-bbox="485 521 1086 1283"><p><b>ATESTADO MÉDICO PATERNIDADE</b></p><p>Atesto que o segurado _____, portador da Carteira Profissional Nº _____ Série _____, necessita de _____ dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo ATESTADO A PATERNIDADE.</p><p>HOSPITAL - MATERNIDADE _____ LOCAL - DATA _____</p><p>ASSINATURA DO MÉDICO Nº CRM _____</p><p>NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/06/67 e será expedido para justificativa de 1 à 15 dias de afastamento do trabalho.</p></div>	UN	10
----	-------	--	----	----





24

21006


AMBULATÓRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTESIA
Papel Offset Verde - Bloco 100 x 1 - Tamanho: A4
Orientação: Retrato - Medida: 21 x 29,7 Cm
Conforme Modelo Abaixo

BLC

60





25	17393	<p><b>CARTEIRA DE VACINA DO MENINO</b> Caderneta de Vacinação Infantil Composta por Múltiplas Páginas, Destinada ao Registro de Imunização, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Conforme Diretrizes do Ministério da Saúde, Confeccionada em Material Resistente, com Impressão Colorida e Encadernado. Medida: 15 x 21 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	500
26	17394	<p><b>CARTEIRA DE VACINA DA MENINA</b> Caderneta de Vacinação Infantil Composta por Múltiplas Páginas, Destinada ao Registro de Imunização, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Conforme Diretrizes do Ministério da Saúde, Confeccionada em Material Resistente, com Impressão Colorida e Encadernado. Medida: 15 x 21 Cm Conforme Modelo Abaixo</p>	UN	500





				
27	41182	<b>CHECKLIST CIRURGIA SEGURA</b> Frente/Verso - Papel Offset Branco - Bloco 100x1 Tamanho: A4 - Medida: 21 x 29,7 Cm Conforme Modelo Abaixo	UN	60





### Checklist Cirurgia Segura

PACIENTE:	DATA: / /
IDADE: _____ DN: _____	
NOME DA MÃE: _____	
PRONTUÁRIO: _____	
DATA DA INTERNAÇÃO: _____	
MÉDICO RESPONSÁVEL: _____	

#### RECEPÇÃO/INTERNAÇÃO

Identificação

Termo de consentimento cirúrgico ( JSIM ( ) NÃO

Questionário avaliação pré-anestésica

Exames complementares – Imagens e laboratorial ( JSIM ( ) NÃO Justifique: \_\_\_\_\_

Colaborador: \_\_\_\_\_

#### UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Verificação de identificação do paciente (nome completo e data de nascimento)

Identificação de risco de queda (Pulseira Amarela – Médio e Alto Risco)

Alergias  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Avaliação pré-anestésica

Termo de consentimento anestésico

Termo de consentimento cirúrgico

Trouxe exames  Não  Sim

Demarcação de lateralidade  Sim Descrever: \_\_\_\_\_ Não  N/A

Isolamento/Precaução  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Retirada de próteses, órteses e adornos

Protocolo de TEV, Risco: \_\_\_\_\_

Tricotomia  Não se aplica  Sim, realizada por: \_\_\_\_\_

Reserva de UTI  Não  Sim

Reserva de Hemoderivados  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Jejum a partir de: hora: \_\_\_\_\_ do dia: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS Pré CC: PA: \_\_\_\_\_ SAT: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### RECEPÇÃO DO CENTRO CIRURGICO

Verificação da identificação do paciente (nome completo data de nascimento)

Confirmação do procedimento proposto  termo de consentimento cirúrgico

Confirmação do cirurgião responsável Protocolo TEV, Risco: \_\_\_\_\_ Abrev. de jejum: Horário: \_\_\_\_\_ Sim  Não

Demarcação de lateralidade:  Sim, lado: \_\_\_\_\_ Não  N/A

Alergias  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### CHECK IN – ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Verificação da identificação do paciente com Anestesiologista (nome completo data de nascimento)

confirmação do procedimento proposto

Confirmação da lateralidade  N/A

Alergias Não Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Equipamentos e materiais de OPME em sala operatória de acordo com o pedido médico  N/A

Equipamento Anestésico disponível e checado (Ap. Anestesia, Cal Soldada, Laringoscópio, Oxímetro de Pulso, Termômetro)

Profilaxia Antibiótica Iniciada (em até 60 min antes da incisão)?  N/A

Via aérea difícil:  Não  Sim: (Checar se o equipamento de VAD está disponível em sala)

Risco de perda de sangue adulto >500ml / criança >7ml/kg?  Não  Sim (chegar se a reserva de hemoderivados foi realizada)

Necessidade de profilaxia TEV:  N/A  Sim  Mecânica  Medicamentosa

Reserva de UTI  Sim  N/A

Exames pertinentes disponíveis Sim N/A

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Anestesiologista \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### APÓS A INDUÇÃO ANESTÉSICA

Posicionamento adequado para cirurgia

Placa do Bisturi Elétrico colocada

Checagem de Indicadores de Esterilização (Integrados) dos materiais cirúrgicos

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### TIME OUT – ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Verificação da identificação do paciente com a Equipe cirúrgica (nome completo data de nascimento)

Confirmação do procedimento cirúrgico

Confirmação da lateralidade  N/A

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Cirurgião \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### ANTES DA SUTURA CIRÚRGICA

Contagem de compressas  Sim, Lançamento de controle de cavidade  N/A

Contagem de gases (laparoscopia)  N/A

Biópsia estão identificadas e com o nome do paciente  N/A

Procedimento Realizado: \_\_\_\_\_

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### CHECK OUT – ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA

Contagem de instrumentais cirúrgicos (caixas cirúrgicas): Quantidade Inicial: \_\_\_\_\_ Quantidade final: \_\_\_\_\_

(Avulsos): Quantidade Inicial: \_\_\_\_\_ Quantidade final: \_\_\_\_\_

Contagem de perfuro-cortantes  Sim, devidamente separados em local adequado  N/A

**Intercorrências no transoperatório com o paciente**

Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

**Intercorrências no transoperatório com materiais**

Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

**Intercorrências no transoperatório com equipamentos**

Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

**Imagens no transoperatório (RX/DVD, scopia)**

Não  Sim Entrega de DVD para: \_\_\_\_\_

Pulseira de identificação do paciente

Encaminhado para  Apartamento  RA  UTI Hora: \_\_\_\_\_

Enfermagem \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







29

23004

CONTROLE DIÁRIO

Frente/Verso - Papel Offset Branco - Bloco 100x1
Tamanho: A4 - Orientação: Paisagem
Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo

UN



200

Formulario for 'CONTROLE DIÁRIO' with columns for patient info, medical history, and vitals.

Formulario for 'RESERVADO PARA RELATÓRIO DE ENFERMAGEM' with columns for nursing notes.







30	17305	<p align="center"><b>DECLARAÇÃO/TERMO DE AUTORIZAÇÃO</b></p> <p align="center">Trocar Brasão - Bloco 100 x 1 - Tamanho: A4 Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="459 347 1109 1254"><p align="center"><b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> FONE: (67) 3461-1399 RUA PELOTAS, 133 - NAVIRAI - MS</p><p align="center"><b>DECLARAÇÃO</b></p><p>Declaro para fins e efeitos legais que: _____, foi internado(a) no <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b>, para tratamento Médico - Hospitalar, com internação no dia _____ de _____ de 20 _____, e alta no dia _____ de _____ de 20 _____, diagnóstico de _____ totalmente através do S.U.S. (Sistema Único de Saúde), sendo que não tivemos nenhuma despesa adicional.</p><p>Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.</p><p>Naviraí/MS, _____ de _____ de 20 _____</p><p>_____ PACIENTE</p><p>_____ RESPONSÁVEL</p><p align="center"><b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO</b></p><p>Autorizo a Equipe Médica deste Hospital à realizar <b>ATO CLÍNICO CIRÚRGICO</b> ou <b>ANESTÉSICO</b> no paciente: _____ de _____ idade, ciente dos riscos eventuais de tais procedimentos.</p><p>Autorizo ainda a realização de todos os atos médicos necessários ao restabelecimento de complicações passíveis de reversão, deste que as mesmas sigam os preceitos da ética médica.</p><p align="center">_____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <small>Quando lido com responsabilidade civil</small></p></div>	UN	40
----	-------	---	----	----



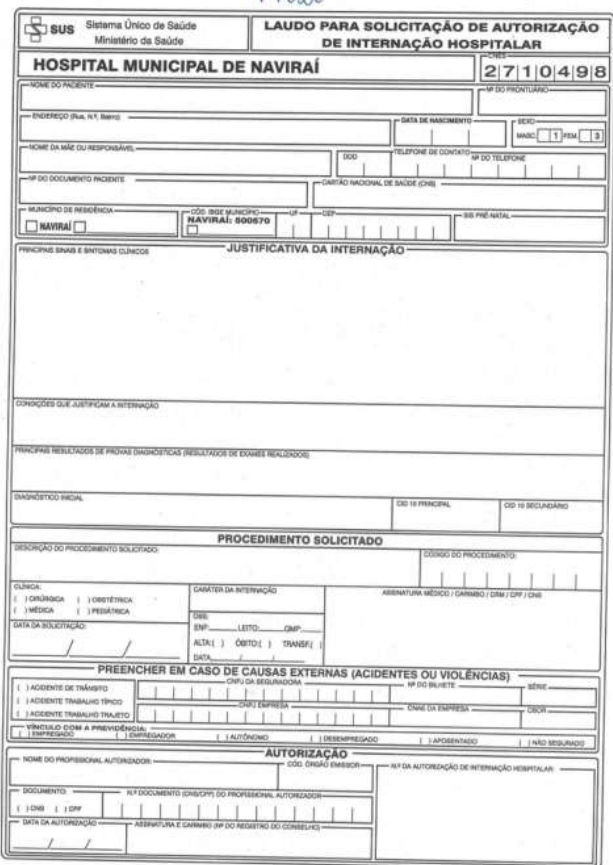


31	41185	<p align="center"><b>DECLARAÇÃO DE NASCIDO E VIVO</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Tamanho: A4 Orientação: Paisagem - Medida: 21 x 29,7 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <div align="center">  <p><b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> Rua Pelotas, 133 - Centro Naviraí - MS</p>  </div> <p><b>INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO</b></p> <p>1) Nome do RN: _____</p> <p>2) Data de nascimento RN: ____/____/____ hora do nascimento: ____:____:____</p> <p>3) Peso ao nascer: _____ Sexo: _____</p> <p>4) Apgar: 1º min ( ) 5º min ( ) _____</p> <p>5) Detectada anomalia ou defeito? _____</p> <p>6) Local da ocorrência: ( ) hospital ( ) Domicílio ( ) outros Estab. De Saúde _____</p> <p>7) Nome da mãe: _____</p> <p>8) Escolaridade: _____ 09) Ocupação: _____</p> <p>10) Data de Nasc. da mãe: ____/____/____ 11) Idade da mãe: _____</p> <p>12) Naturalidade da mãe: _____ 13) Situação conjugal: _____</p> <p>14) Raça / cor da mãe: _____</p> <p>15) Endereço: _____ nº _____ bairro: _____</p> <p>16) Nome do pai: _____</p> <p>17) Idade do pai: _____</p> <p><b>Gestações Anteriores:</b></p> <p>18) Nº de gestações anteriores: _____</p> <p>19) Nº de partos vaginais: _____ Nº de nascidos vivos: _____</p> <p>20) Nº de partos cesárias: _____ Data da última cesária: _____</p> <p>21) Nº de perdas fetais ou abortos: _____ ITU na gestação? _____ TTOU? _____</p> <p><b>Gestação atual:</b></p> <p>22) Data da última menstruação: ____/____/____ DT Primeira US: _____</p> <p>23) Nº de semanas de gestação ( se DUM ignorada): _____ teve Covid? _____</p> <p>24) Nº de consultas de pré Natal: _____ Esteve internada? _____</p> <p>25) Mês de gestação em que iniciou o pré Natal: _____ Nº de semanas: _____</p> <p>26) Tipo de gravidez: ( ) única ( ) dupla ( ) tripla ou mais ( ) ignorado</p> <p>27) Apresentação: ( ) cefálica ( ) pélvica ou potálica ( ) transversa ( ) ignorado</p> <p>28) Trabalho de parto foi induzido: ( ) sim ( ) não ( ) ignorado</p> <p>29) Tipo de parto: ( ) vaginal ( ) cesária ( ) ignorado</p> <p>30) Cesária ocorreu antes do trab. De parto iniciar: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica</p> <p>31) Nascimento assistido por: ( ) médico ( ) enfermeira/ obst. ( ) parteira ( ) outro</p> <p>32) Nº do cartão do SUS: _____</p> <p>33) Acompanhante: ( ) Mãe ( ) Companheiro ( ) outros _____</p>	UN	60
32	17304	<p align="center"><b>EVOLUÇÃO CLÍNICA</b></p> <p align="center">Frente/Verso - Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Tamanho: A4 - Medida: 21 x 29,7 Cm Conforme Modelo Abaixo</p>	UN	40







33	17320	<p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 2 VIAS</b></p> <p>Carbonada - 1ª Via Cor Branca - 2ª Via Cor Azul Bloco 100 x 1 - Tamanho A4 Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <p style="text-align: center;">17320</p> 	UN	40
----	-------	--	----	----



34

41186

**MAPA DE CONTROLE DE MATERIAIS E  
MEDICAMENTOS DO CENTRO CIRÚRGICO**

Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Tamanho: A4  
Orientação: Paisagem - Medida: 21 x 29,7 Cm  
Conforme Modelo Abaixo

UN

10

HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI - MS					
MAPA DE CONTROLE DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DO CENTRO CIRÚRGICO					
PACIENTE:		PROCEDIMENTO:		PRONT:	
DATA CIRURGIÁ:					
CIRURGIÃO:		ANESTESISTA:			
DESCRIÇÃO	QUANT.	DESCRIÇÃO	QUANT.	DESCRIÇÃO	QUANT.
ABOCATH Nº 14		BISTURI Nº 11		ALCOOAO 10 CM	
16		15		15	
18		22		20	
20		CATGUT S. Nº 4		GESSO 10CM	
22		3		15	
24		2		20	
ADRENALINA		1		CREPON 10 CM	
ADRENPLASMA		0		15	
ÁGUA DEST. 5 ML		CARGUT CRO Nº 3		20	
10 ML		2		LAVA 7,5	
20 ML		0		7,5	
AGULHAS Nº 134,5		0		8	
25/07		VICRI, Nº 4		8,5	
25/08		3		9	
30/08		2			
40/12		1		GASES	
AMINOFLINA		0		SONDA YESICAL 20	
ARABIN		CLORAMFENICOL		18	
ATRACURIO		EQUIPO DE SORO		16	
ATROPINA		HEPARINA		14	
CEDILANIDE		HIDRO CORTIZONA		12	
CIMETIDINE		KANAKION		10	
CLONIDINA		KEFLIN		SONDA NOSOGRÁFICA 20	
CL DE POTASSIO		KETALAR		18	
CL DE SÓDIO		MANTOL		16	
DECADRON		METRONIDAZOL		14	
DIAZEPAN		MONONYLO Nº 6		12	
DICLOFENACO		5		10	
DIMORF		4		08	
DIPIRONA		3			
DOLANTINA		2		SONDA ASPIRAÇÃO 20	
DOPAMINA		MONOCRYL Nº 4		TRAQUEAL 18	
DORMONIDE		0		16	
DROPRIDOL		NEFIDIPINA		14	
DRENOS Nº 4		NIL PERIDOL		12	
3		NIPRIME		10	
2		OCITOCINA		08	
1		PANCURONICO		08	
EFEDRINA		PLASIL			
EFORTIL		PROPOFOL			
ENFLURANO		PROSTIGMINE			
ETOMIDATO		QUELICIN			
FENERGAN		RAPIFEN			
FENTANIL		RINGER LACTATO			
FUROSEMIDA		SERINGA 20ML			
HALOTANO		10ML			
ISOFLURANO		03ML			
LANEXAT		03ML			
LIDOCAINA		SEVORANTE			
MARCAINA		SUFENTA			
NETHEGIN		THONEMBTAL			
NARCAN		XILESTEIN 24			
NAROPIN		XILOCAINA			
MAUSSEORON		SORO FISIO. 200ML			
NEOCAINA PESAD.		500ML			
0,5% FRASC		1000ML			
C/ EPINIFR 0,5		SORO GLICOSADO			



35	23002	<p align="center"><b>MAPA DE DIETAS CLÍNICA OBSTÉTRICA</b></p> <p>Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Tamanho: A4 Orientação: Retrato - Medida: 21 x 29,7 Cm Conforme Modelo Abaixo</p>	UN	300																																																																																																																																																																																																
<table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="4">  <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b>                  FONE: (67) 3461-1399                  RUA PELOTAS, 133 - NAVIRAI - MS             </td> <td align="center" colspan="4">  </td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="8"><b>MAPA DE DIETAS</b></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="4"><b>CLÍNICA OBSTÉTRICA</b></td> <td align="center" colspan="4">DATA: / /</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>PACIENTE</b></td> <td align="center"><b>ENFER./LEITO</b></td> <td align="center"><b>IDADE</b></td> <td align="center"><b>DIETA</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>ENFERMARIA I</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 01</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 03</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>ENFERMARIA II</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 01</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 03</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>ENFERMARIA II</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 01</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 03</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>ENFERMARIA III</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 01</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 03</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>ENFERMARIA IV</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 01</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leito 03</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					 <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> FONE: (67) 3461-1399 RUA PELOTAS, 133 - NAVIRAI - MS								<b>MAPA DE DIETAS</b>								<b>CLÍNICA OBSTÉTRICA</b>				DATA: / /				<b>PACIENTE</b>	<b>ENFER./LEITO</b>	<b>IDADE</b>	<b>DIETA</b>						<b>ENFERMARIA I</b>								Leito 01								Leito 02								Leito 03								<b>ENFERMARIA II</b>								Leito 01								Leito 02								Leito 03								<b>ENFERMARIA II</b>								Leito 01								Leito 02								Leito 03								<b>ENFERMARIA III</b>								Leito 01								Leito 02								Leito 03								<b>ENFERMARIA IV</b>								Leito 01								Leito 02								Leito 03						
 <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> FONE: (67) 3461-1399 RUA PELOTAS, 133 - NAVIRAI - MS																																																																																																																																																																																																				
<b>MAPA DE DIETAS</b>																																																																																																																																																																																																				
<b>CLÍNICA OBSTÉTRICA</b>				DATA: / /																																																																																																																																																																																																
<b>PACIENTE</b>	<b>ENFER./LEITO</b>	<b>IDADE</b>	<b>DIETA</b>																																																																																																																																																																																																	
	<b>ENFERMARIA I</b>																																																																																																																																																																																																			
	Leito 01																																																																																																																																																																																																			
	Leito 02																																																																																																																																																																																																			
	Leito 03																																																																																																																																																																																																			
	<b>ENFERMARIA II</b>																																																																																																																																																																																																			
	Leito 01																																																																																																																																																																																																			
	Leito 02																																																																																																																																																																																																			
	Leito 03																																																																																																																																																																																																			
	<b>ENFERMARIA II</b>																																																																																																																																																																																																			
	Leito 01																																																																																																																																																																																																			
	Leito 02																																																																																																																																																																																																			
	Leito 03																																																																																																																																																																																																			
	<b>ENFERMARIA III</b>																																																																																																																																																																																																			
	Leito 01																																																																																																																																																																																																			
	Leito 02																																																																																																																																																																																																			
	Leito 03																																																																																																																																																																																																			
	<b>ENFERMARIA IV</b>																																																																																																																																																																																																			
	Leito 01																																																																																																																																																																																																			
	Leito 02																																																																																																																																																																																																			
	Leito 03																																																																																																																																																																																																			





36	22993	<p align="center"><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 2 - 2 Vias Carbonada - Tamanho: A4 - Orientação: Paisagem Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>PACIENTE:</b></td> <td style="width: 40%;">PRONTUÁRIO: _____</td> </tr> <tr> <td>IDADE: _____</td> <td>LEITO: _____</td> </tr> <tr> <td>ENFERMIA: _____</td> <td>AS _____</td> </tr> <tr> <td>CONVÊNIO: _____</td> <td>HORAS _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRESCRIÇÃO MÉDICA EM _____</td> </tr> </table> <p align="right"><i>Dep. 22993</i></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>MEDICAMENTOS E FISIOTERAPIA</b></td> <td style="width: 50%;"><b>HORARIO</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td style="height: 100px;"> </td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>LABORATORIO</b></td> <td style="width: 50%;"><b>RADIOLOGIA</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td style="height: 100px;"> </td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>EXAMES</b></td> <td style="width: 50%;"><b>JUSTIFICATIVAS</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td style="height: 100px;"> </td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>SOLICITAÇÃO DE CONSULTA OU ACOMPANHAMENTO</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><b>CONTINUAÇÃO DE ATENDIMENTO</b></td> <td style="width: 50%;"><b>ASSUNTIVA</b></td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SOLICITANTE</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">ASSUNTIVA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> </td> <td> </td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>CONTINUAÇÃO DE ATENDIMENTO</b></td> <td style="width: 50%;"><b>ASSUNTIVA</b></td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SOLICITANTE</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">ASSUNTIVA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> </td> <td> </td> </tr> </table> </div>	<b>PACIENTE:</b>	PRONTUÁRIO: _____	IDADE: _____	LEITO: _____	ENFERMIA: _____	AS _____	CONVÊNIO: _____	HORAS _____	PRESCRIÇÃO MÉDICA EM _____		<b>MEDICAMENTOS E FISIOTERAPIA</b>	<b>HORARIO</b>			<b>LABORATORIO</b>	<b>RADIOLOGIA</b>			<b>EXAMES</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>			<b>SOLICITAÇÃO DE CONSULTA OU ACOMPANHAMENTO</b>		<b>CONTINUAÇÃO DE ATENDIMENTO</b>	<b>ASSUNTIVA</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SOLICITANTE</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">ASSUNTIVA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SOLICITANTE	SOLICITADO	SOLICITADO	ASSUNTIVA						<b>CONTINUAÇÃO DE ATENDIMENTO</b>	<b>ASSUNTIVA</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SOLICITANTE</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">ASSUNTIVA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SOLICITANTE	SOLICITADO	SOLICITADO	ASSUNTIVA					
<b>PACIENTE:</b>	PRONTUÁRIO: _____																																																	
IDADE: _____	LEITO: _____																																																	
ENFERMIA: _____	AS _____																																																	
CONVÊNIO: _____	HORAS _____																																																	
PRESCRIÇÃO MÉDICA EM _____																																																		
<b>MEDICAMENTOS E FISIOTERAPIA</b>	<b>HORARIO</b>																																																	
<b>LABORATORIO</b>	<b>RADIOLOGIA</b>																																																	
<b>EXAMES</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>																																																	
<b>SOLICITAÇÃO DE CONSULTA OU ACOMPANHAMENTO</b>																																																		
<b>CONTINUAÇÃO DE ATENDIMENTO</b>	<b>ASSUNTIVA</b>																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SOLICITANTE</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">ASSUNTIVA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SOLICITANTE	SOLICITADO	SOLICITADO	ASSUNTIVA																																														
SOLICITANTE	SOLICITADO	SOLICITADO	ASSUNTIVA																																															
<b>CONTINUAÇÃO DE ATENDIMENTO</b>	<b>ASSUNTIVA</b>																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SOLICITANTE</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">SOLICITADO</td> <td style="width: 25%;">ASSUNTIVA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SOLICITANTE	SOLICITADO	SOLICITADO	ASSUNTIVA																																														
SOLICITANTE	SOLICITADO	SOLICITADO	ASSUNTIVA																																															





37

41187

NÚCLEO DE HEMOTERAPIA

UN

20

Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Carbonada
Tamanho: A4 - Orientação: Retrato
Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo

Form header: NÚCLEO DE HEMOTERAPIA - NAVIRAÍ, Requisição para Sangue e Hemocomponentes - Agência Transfusional, Código: DOC-DIST-07, Versão: 01, Página: 1/1, HMN logo

Data: / /

Unidade Solicitante: [ ] [ ] SUS Convênio

Responsável pela Solicitação: Assinatura/Carimbo: Solicitação recebida por: Assinatura/Carimbo: Data: / / Hora: :

Solicitação de: S=SOLICITADO A=ATENDIDO

Table with 14 columns: Com. De Hemácias, Com. De Hemácias em Leucócitos, Com. De Hemácias Filtrares, Com. De Hemácias por Aférese, Com. De Hemácias Plasmáticas, Com. De Plaquetas, Com. De plaquetas por Aférese, Pool de Plaquetas, Plasma Fresco Completo, Plasma Plasmático, Crioprecipitado. Rows: A+, A-, O+, O-, AB+, AB-, B+, B-

Observação:

Distribuído por: Data/Hora/Assinatura

Av. Amélia Fukuda nº776 - 776 - centro- CEP:79950-000 - Naviraí / MS





38	41189	<p><b>ORIENTAÇÃO DE ALTA RECÉM NASCIDO</b></p> <p>Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Carbonada Tamanho: A4 - Orientação: Retrato Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="534 427 630 504"></div> <div data-bbox="655 443 930 488"><p>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI Rua Pelotas, 133 - Centro Naviraí - MS</p></div> <div data-bbox="949 427 1029 488"></div> <p>Rn: _____</p> <p><b>Orientações de alta</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Oferecer seio materno à vontade.</li><li>✓ Banho de sol por 05 a 10 minutos</li><li>✓ Limpar o umbigo a cada troca de fraldas com álcool 70%</li><li>✓ Usar oxido de zinco pomada ( Hipoglose®, Dermodex®, etc) a cada troca de fraldas.</li><li>✓ Se obstrução nasal, usar Snif SC®, sempre quando necessário.</li><li>✓ Para cólicas:<ul style="list-style-type: none"><li>● Paracetamol gotas - dar _____ gotas ate 06/06 horas se necessário.</li><li>✓ Para gases:<ul style="list-style-type: none"><li>● Dimeticona gotas - dar _____ gotas ate 08/08 horas se necessário.</li></ul></li><li>➤ Vitaminas:<ul style="list-style-type: none"><li>● Ad - til, Aidê ou Puravit ADE _____ gotas - 1 x ao dia por 1 ano.</li></ul></li></ul></li><li>✓ <b>Teste do pezinho</b>, colher no posto de saúde mais próximo da sua residência, logo após a alta entre 3º e 5º dia de nascido.</li><li>✓ <b>Teste da orelhinha</b>, até os 40 dias de vida. Posto de saúde.</li><li>✓ <b>1ª consulta Pediátrica</b> em torno de 15 dias de vida. Posto de saúde.</li><li>✓ <b>Teste do olhinho</b>, com até 03 meses de vida. Posto de saúde.</li></ul>	UN	60
----	-------	---	----	----









40	20927	<p align="center"><b>PASTA PRONTUÁRIO MÉDICO</b> Trocar Brasão - Papel Kraft - 300 Gr - Com Prendedor Metálico e Brasão Medida: 36 x 25 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	1.500
----	-------	---	----	-------



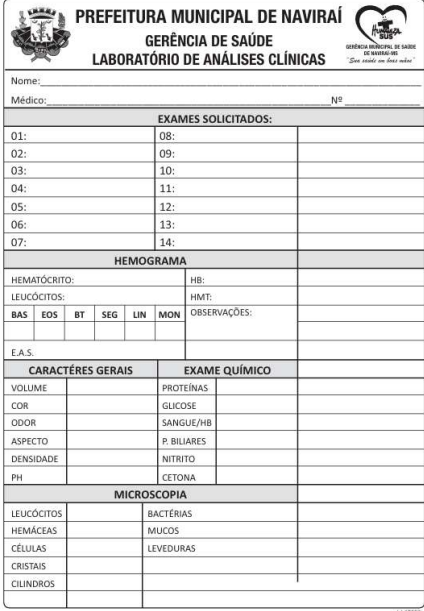
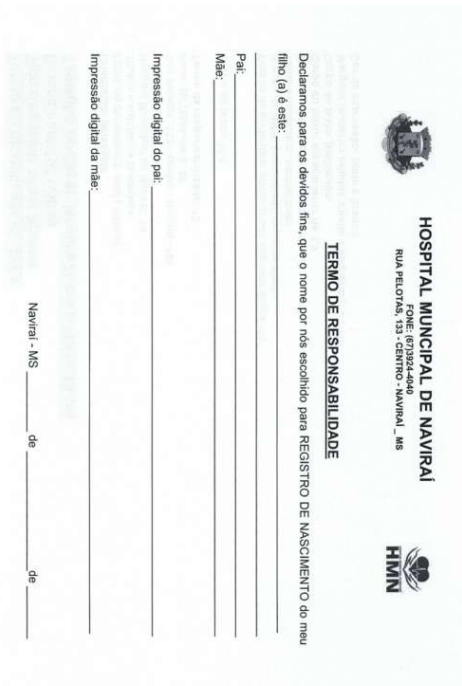


41	29558	<p><b>PEDIDO DE AVALIAÇÃO INTERCLÍNICAS EM UMA VIA</b></p> <p>Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Carbonada Orientação: Retrato - Tamanho: A4 Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="483 465 1098 539"><p><b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> FONE: (67)3924-4040 RUA PELOTAS, 133 - CENTRO - NAVIRAI / MS</p></div> <div data-bbox="483 546 1098 584"><p><b>PEDIDO DE AVALIAÇÃO INTERCLÍNICAS</b></p></div> <div data-bbox="483 591 1098 1326"><p>Clínica: _____ Para a clínica: _____</p><p>( ) ROTINA ( ) PARA HOJE ( ) URGÊNCIA</p><p>Data, ___/___/___ Hora Pedido: ____:____</p><p>Data, ___/___/___ Hora Contato: ____:____</p><p>HMA e motivo da solicitação:</p><p>_____</p><p>_____</p><p>_____</p><p>_____</p><p>Avaliação: Data, ___/___/___ Horas: ____:____</p><p>_____</p><p>_____</p><p>_____</p><p>_____</p><p>Conclusão:</p><p>_____</p><p>_____</p><p>_____</p><p>_____</p></div>	UN	20
----	-------	--	----	----







<p>44</p>	<p>17302</p>	<p><b>REQUISIÇÃO INTERNA PEDIDO DE EXAMES</b>            Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1            Orientação: Retrato - Medida: 20 x 15 Cm            Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>160</p>
<p>45</p>	<p>41192</p>	<p><b>TERMO DE RESPONSABILIDADE RECÉM NASCIDO</b>            Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1            Orientação: Paisagem - Medida: 20 x 15 Cm            Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>60</p>





46

17314

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

UN

60

Papel Autocopiativo - Bloco 100 x 1 - Carbonada
1ª Via Branca - 2ª Via Jornal - Tamanho: A4
Intercalada com Papel Carbono
Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo

HOSPITAL MUNICIPAL NAVIRAÍ - MS SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
Form containing patient information, exam pre-anesthetic, anesthesia technique, and vital signs monitoring tables.





47

41190

**SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES**  
 Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Carbonada  
 Tamanho: A4 - Orientação: Paisagem  
 Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo

UN

20

**SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA A UAD NAVIRAÍ**

DATA:	ESTOQUE	REQUERIDO	DATA:	ESTOQUE	REQUERIDO	DATA:	ESTOQUE	REQUERIDO	DATA:	ESTOQUE	REQUERIDO
ABO	PHC	CH	ABO	PHC	CH	ABO	PHC	CH	ABO	PHC	CH
A+			A+			A+			A+		
A-			A-			A-			A-		
AB+			AB+			AB+			AB+		
AB-			AB-			AB-			AB-		
B+			B+			B+			B+		
B-			B-			B-			B-		
O+			O+			O+			O+		
O-			O-			O-			O-		





48	41191	<p><b>TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA À REVELIA</b></p> <p>Papel Offset Branco - Bloco: 100 x 1 - Tamanho: A4 Orientação: Retrato - Medida: 21 x 29,7 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="555 488 651 568"></div> <div data-bbox="678 499 951 553"><p>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ Rua Pelotas, 133 - Centro Naviraí - MS</p></div> <div data-bbox="967 477 1050 551"></div> <p><b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b></p> <p>Eu, _____ <u>Autorizo</u> para os devidos fins regulamentares do Hospital Municipal de Naviraí, em caráter irrevogável, que assumo toda e qualquer responsabilidade pela retirada do (a) paciente: _____ Prontuário: _____ Endereço: _____</p> <p>Mesmo sem que o médico tenha dado alta, isentando a entidade e o corpo clínico de qualquer responsabilidade pelo presente ato.</p> <p>Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de responsabilidade.</p> <p>Naviraí - MS, ____/____/____</p> <p>Assinatura: _____ Testemunhas: _____ RG: _____ CPF: _____</p> <p>Termo para alta à revelia</p>	BLC	20
----	-------	--	-----	----





49



41193

**UNIDADE NEONATAL**

BLC

60

Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 - Tamanho: A4  
Orientação: Retrato - Medida: 21 x 29,7 Cm  
Conforme Modelo Abaixo

		<b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ</b> FONE: (67)3924-4040 RUA PELOTAS, 133 - CENTRO - NAVIRAÍ / MS			
<b>UNIDADE NEONATAL</b>					
Rn de: _____		Idade: _____	Cor: _____	Reg: _____	
Pai: _____		Idade: _____	Cor: _____	Reg: _____	
I - ANAMNESE FAMILIAR: (alergia, diabetes, malformação, tuberculose, psicopatia, hemopatia, doenças do SN, glândulas, surdez, cegueira, consanguinidade).					
II - HISTÓRIA OBSTÉTRICA:					
Gesta: _____		Nº parto: _____	Grupo sanguíneo: _____	RH: _____	
Abortos ( número, causas):					
Nasimortos ( número, causas):					
Partos prematuros ( número, peso):					
Filhos vivos ( peso ao nascer, em ordem):					
Filhos mortos ( causas e época, peso ao nascer):					
Curetagem: _____					
Transfusão sanguínea: _____			Sorologia: _____		
III - GESTAÇÃO ATUAL: ( Hemorragias, infecções, irradiação, início pré - natal, medicamentos, tabagismo, toxemia, Ex: laboratoriais, primeiros movimentos fetais).					
Data da última menstruação (DUM): _____			Duração da gestação: _____		
IV - HISTÓRIA DO TRABALHO DE PARTO:					
BCP: _____		Pressão arterial: _____	Rotura de bolsa: _____	Sufocamento fetal: _____	
A.P. líquido amniótico: _____		Duração: _____	Expulsão: _____		
Medicamentos: ( hora, dose):					
Anestesia: _____		Tempo de extração: _____	Data nascimento: _____		
Hora: _____		Parto: ( ) dirigido ( ) induzido ( ) espontâneo ( ) operatório			
Apresentação: _____					
Condições ao nascer: ( boas, cianose, mecânico, morte aparente)					
Índice de apgar: _____		1 min. _____	5 min. _____	10 min. _____	
Aspiração ( tipo, resultado):					
Atos do 1º movimento: _____					
Reanimação ( tipo, duração):					
Respirou em: _____		Normal em: _____	Choro: _____		
Ligadura do cordão: _____		Cerde: _____	Placenta: ( peso, anomalias):		
Cordão ( comprimento, circular, nº artérias, bulim, lairdis, anomalias ):					
Observações:					

1º Exame físico realizado:							
Sexo:	Peso:	Comp:	Pc:	Pt:	Pa:	Grupo sang:	Rh:
1) Aspecto geral: ( físicos, atividades, tônus, cor, nutrição, edema ).				DESCRIÇÃO DAS ANOMALIAS			
2) Pele: ( eritema, hematoma, icterícia, palidez )							
3) Cabeça - pescoço ( deformidades, bossa, cefalo - hematoma):							
4) Olhos ( anomalias, conjuntivite).							
5) Ouvidos , Nariz, garganta ( lábios, gengivas, palato ).							
6) Tórax ( inclusive hipertrofia mamária):							
7) Pulmões.							
8) Coração.							
9) Abdômen ( fígado, baço, condições de cordão ).							
10) Genitais ( estrofas, edema).							
11) Tronco e coluna.							
12) Extremidades ( inclusive clavícula).							
13) Reflexos.							
14) Ânus							
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:							
MÉDICO (a): _____ DATA: _____							
EXAME DE ALTA:							
Exame Físico:				IMPRESSÃO FANTAR			
Data: _____		Peso: _____		Estatura: _____			
Idade: _____		PC: _____		PT: _____			
Temperatura: _____		Aspecto geral: _____					
P. Abd: _____							
IMPRESSÃO DIGITAL DA MÃE							
Pele: _____							
Cabeça: _____							
Olhos: _____							
Boca: _____							
Ap. Respiratório: _____							
Coração: _____							
Abdômen: _____							
MÉDICO: _____ DATA: _____							





50	11430	<p align="center"><b>CONFEÇÃO DE FOLDER EDUCATIVO</b></p> <p align="center">Medida: 18 x 15 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	UN	15.000
51	17332	<p align="center"><b>CARTEIRINHA DE AGENDAMENTO ODONTOLÓGICO</b></p> <p align="center">Frente/Verso - Cartolina</p> <p align="center">Medida: 15 x 11 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <p align="center"><i>10.000</i>      <i>60d. J+322.</i></p> <p align="center"><b>CARTEIRINHA DE AGENDAMENTO – SAÚDE BUCAL EM PAPEL CARTOLINA – TAMANHO: 15X11 cm</b></p> <p><b>FRENTE</b></p> <div data-bbox="496 1117 1067 1205" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p align="center"><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ</b> Estado de Mato Grosso do Sul <b>Gerência de Saúde SAÚDE BUCAL</b></p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____ Pront.: _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p><b>VERSO</b></p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p> <p>Dia ___/___/___ Hora : _____ Rub. _____</p>	UN	35.000
52	17346	<p align="center"><b>AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO</b></p>	UN	500





**ODONTOLÓGICO E EXTRAÇÕES DENTÁRIAS**  
(Frente) e Termo de Responsabilidade de Cuidados  
Pós Operatórios e Restauradores (Verso)  
Bloco 100 x 1 - Medida: 15 x 22,5 Cm  
Conforme Modelo Abaixo

**AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E EXTRAÇÕES DENTÁRIAS**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M; ( ) F

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Autorizo o(a) Cirurgião(a)-dentista a realizar os procedimentos necessários para o tratamento odontológico completo.

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

**II - ANAMNESE**

01. Nome do médico: \_\_\_\_\_

02. Quando foi o seu último exame físico completo? \_\_\_\_\_

03. Você está sob cuidados médicos? ( ) Sim; ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

04. Você está tomando medicamentos? ( ) Sim; ( ) Não. Para quê? \_\_\_\_\_

05. É alérgico a algum medicamento ou substância? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

06. Tem algum problema com a Penicilina, os Antibióticos, anestésicos ou outros medicamentos? ( ) Sim; ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

07. Se você é mulher, está grávida ou crê que possa estar? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

08. Está sendo tratado por enfermidades cardíacas ou lhe foi dito que poderia padecer delas? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

09. Sofre de sopro no coração? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

10. Teve alguma enfermidade ou operação grave? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

11. Tem pressão ALTA ou BAIXA? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

12. Sofre de enfermidades inflamatórias como Artrite ou Reumatismo? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

13. Tem alterações no sangue como Anemia, Leucemia? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

14. Sangrou excessivamente ao cortar-se ou ferir-se? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

15. Tem algum problema Estomacal? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

16. Tem problemas Renais? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

17. Tem problemas Hepáticos? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

18. É DIABÉTICO? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

19. Sofre de Asma? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

20. Tem Epilepsia ou ataques nervosos? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

21. Tem ou teve alguma doença venérea? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

22. Foi lhe diagnosticado HIV positivo? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

23. Teve Hepatite ou tem anticorpos contra esta enfermidade? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

24. Teve ou tem Tuberculose? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

25. Consome bebida alcoólica? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

26. Utiliza substância(s) controlada(s)? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

27. Tem alguma enfermidade ou problema não mencionado aqui? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

28. Há algo que devemos saber sobre sua saúde? ( ) Sim; ( ) Não \_\_\_\_\_

29. Quando foi feito o último tratamento odontológico? \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Naviraí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_





	<p style="text-align: center;"><b>AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E EXTRAÇÕES DENTÁRIAS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b></p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Data de Nascimento: ____/____/____ Local: _____</p> <p>Estado Civil: _____ Sexo: ( ) M; ( ) F</p> <p>Nome do pai: _____ Nome da mãe: _____</p> <p>Endereço residencial: _____ Fone: _____</p> <p>Responsável: _____ Grau de Parentesco: _____</p> <p>Autorizo o(a) Cirurgião(ã)-dentista a realizar os procedimentos necessários para o tratamento odontológico completo.</p> <p>Assinatura do paciente ou responsável: _____</p> <p style="text-align: center;"><b>II - ANAMNESE</b></p> <p>01. Nome do médico: _____</p> <p>02. Quando foi o seu último exame físico completo? _____</p> <p>03. Você está sob cuidados médicos? ( ) Sim; ( ) Não. Por quê? _____</p> <p>04. Você está tomando medicamentos? ( ) Sim; ( ) Não. Para quê? _____</p> <p>05. É alérgico a algum medicamento ou substância? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>06. Tem algum problema com a Penicilina, os Antibióticos, anestésicos ou outros medicamentos? ( ) Sim; ( ) Não. Qual? _____</p> <p>07. Se você é mulher, está grávida ou cre que possa estar? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>08. Está sendo tratado por enfermidades cardíacas ou lhe foi dito que poderia padecer delas? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>09. Sofre de sopro no coração? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>10. Teve alguma enfermidade ou operação grave? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>11. Tem pressão ALTA ou BAIXA? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>12. Sofre de enfermidades inflamatórias como Artrite ou Reumatismo? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>13. Tem alterações no sangue como Anemia, Leucemia? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>14. Sangrou excessivamente ao cortar-se ou ferir-se? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>15. Tem algum problema Estomacal? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>16. Tem problemas Renais? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>17. Tem problemas Hepáticos? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>18. É DIABÉTICO? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>19. Sofre de Asma? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>20. Tem Epilepsia ou ataques nervosos? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>21. Tem ou teve alguma doença venérea? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>22. Foi lhe diagnosticado HIV positivo? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>23. Teve Hepatite ou tem anticorpos contra esta enfermidade? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>24. Teve ou tem Tuberculose? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>25. Consome bebida alcoólica? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>26. Utiliza substância(s) controlada(s)? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>27. Tem alguma enfermidade ou problema não mencionado aqui? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>28. Há algo que devemos saber sobre sua saúde? ( ) Sim; ( ) Não _____</p> <p>29. Quando foi feito o último tratamento odontológico? _____</p> <p>Assinatura do paciente ou responsável: _____</p> <p>Naviraí, ____/____/____ CPF: _____</p>	
--	---	--







<p>53</p>	<p>17376</p>	<p align="center"><b>ATESTADO ODONTOLÓGICO</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Orientação: Retrato - Medida: 15 x 20 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center"> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ</b> Estado de Mato Grosso do Sul Gerência de Saúde <b>SAÚDE BUCAL</b></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center"><b>ATESTADO</b></p> <p>Atesto para os devidos fins, que _____ _____, CPF _____, compareceu a esta Unidade de Saúde para atendimento odontológico, devendo afastar-se de suas atividades habituais pelo período abaixo:</p> <p>( ) Acompanhando o paciente: _____.</p> <p>( ) Das _____ horas às _____ horas, nesta data.</p> <p>( ) Somente o dia do atendimento odontológico.</p> <p>( ) Por _____ dias, de ____/____/____ à ____/____/____.</p> <p>( ) CID 10 _____.</p> <p align="center">Naviraí-MS, ____ de _____ de 20 ____.</p> <p align="center">_____ Assinatura e Carimbo do C. Dentista</p> <p><small>Autorizo divulgação do CID. Ciente das orientações dadas. Assinatura do Paciente ou Representante Legal.</small></p> </div>	<p>UN</p>	<p>300</p>
<p>54</p>	<p>17377</p>	<p align="center"><b>AUTORIZAÇÃO PARA EXODONTIA</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Orientação: Paisagem - Medida: 15 x 10 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center"> <b>AUTORIZAÇÃO PARA EXODONTIA</b></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Eu, _____, CPF _____, autorizo o Cirurgião(ã)-dentista _____, a realizar a exodontia do(s) elemento(s) dentário(s) nº _____.</p> <p>Naviraí-MS, ____/____/____.</p> <p align="center">_____ Assinatura do Paciente</p> </div>	<p>UN</p>	<p>150</p>




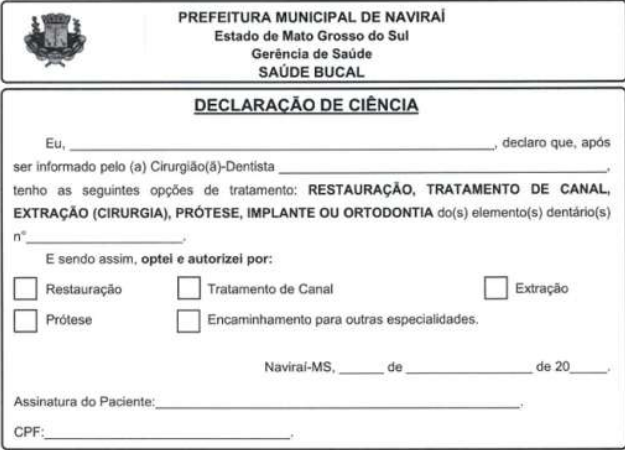




56	21172	<p><b>CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS QUE O PACIENTE DEVE TER</b></p> <p>Papel Offset Branco - Bloco 50 x 1</p> <p>Medida: 15 x 10 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="475 427 1086 815" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p><b>CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS QUE O PACIENTE DEVE TER:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar morder os lábios sob efeito de anestésias.</li> <li>2. Não poderá fazer bochechos nos 02 (dois) primeiros dias após a cirurgia.</li> <li>3. Fazer compressas com gelo no lado externo (rosto) nas primeiras 24 horas.</li> <li>4. Alimentação FRIA ou GELADA e LÍQUIDA ou PASTOSA (vitaminas, sucos, sopas, cremes etc.) por no mínimo 48 horas.</li> <li>5. Fazer a higienização normal dos dentes e língua, com escova dental macia e fio dental. Tomar sempre o cuidado para não ferir a região operada.</li> <li>6. Manter-se em repouso após a cirurgia é muito importante para uma rápida recuperação.</li> <li>7. Evitar: esforços físicos, exposição ao sol, alimentos quentes e duros, a bebida alcoólica e o fumo após a cirurgia.</li> <li>8. Ao deitar-se, mantenha a cabeça mais elevada que o resto do corpo (usar dois travesseiros).</li> <li>9. Em caso de dor persistente, edema e dificuldade de abrir a boca por mais de 03 dias, sangramento exagerado ou desconforto excessivo, febre alta, procurar o cirurgião-dentista que o atendeu na Unidade de Saúde.</li> <li>10. Seguir rigorosamente os horários das medicações prescritas.</li> <li>11. Após 07 (sete) dias retornar para a remoção de sutura, caso o ponto não tenha caído.</li> </ol> </div> <p><b>CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS QUE O PACIENTE DEVE TER</b></p> <p><b>TIPO DE PAPEL: OFFSET BRANCO</b></p> <p><b>BLOCOS COM 50 FOLHAS</b></p> <p><b>TAMANHO DO PAPEL: LARGURA 15CM X ALTURA 10CM</b></p> <p>FRENTE DO DOCUMENTO: ARIAL (INTEIRO)  TÍTULO TAMANHO: 11  TEXTO TAMANHO: 09  BORDA PRETA COM ESPESURA DE 1 1/2 pt  BRASÃO DA PREFEITURA: POSICIONADO SUPERIOR ESQUERDO  TÍTULO E SUBTÍTULOS: CENTRALIZADOS.  CORPO DO TEXTO: JUSTIFICADO  CORPO DO TEXTO: ESPAÇAMENTO DE 1,15  ORIENTAÇÃO: PAISAGEM  MARGENS (SUPERIOR, INFERIOR, DIREITA E ESQUERDA): 6mm  COR DO DOCUMENTO: PRETA</p>	UN	450
57	22997	<p><b>DECLARAÇÃO/TERMO DE AUTORIZAÇÃO</b></p> <p>Papel Offset Branco - Bloco 50 x 1</p> <p>Medida: 20 x 15 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="480 1518 1098 1608" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAI Estado de Mato Grosso do Sul Gerência de Saúde SAÚDE BUCAL</p> </div> <div data-bbox="480 1619 1098 1966" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DO MENOR</b></p> <p>Eu, _____, CPF _____, residente à _____, autorizo o (a) _____, CPF _____, a acompanhar o menor de 18 anos _____ sob minha guarda, durante o tratamento odontológico, ficando ele (a) responsável em repassar-me todas as informações dadas pelos profissionais de odontologia, desta Unidade de Saúde.</p> <p style="text-align: center;">Naviraí-MS, _____ de _____ de 20_____.</p> <p>Assinatura do Responsável Legal: _____.</p> </div>	UN	200





<p>58</p>	<p>29275</p>	<p align="center"><b>PANFLETOS</b></p> <p align="center">Por Unidade - Papel Couché Brilhante Impressão Colorida - Medida: 15 x 22 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>10.000</p>
<p>59</p>	<p>31852</p>	<p align="center"><b>DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA,</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Medida: 20 x 15 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	<p>UN</p>	<p>100</p>







60	31860	<p style="text-align: center;"><b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;"> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> Estado de Mato Grosso do Sul Gerência de Saúde <b>SAÚDE BUCAL</b></p> <p style="text-align: center;"><u><b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a Respeito de Extração Dental</b></u></p> <p>Eu, _____, CPF: _____, declaro ter sido informado a respeito do tratamento odontológico proposto no <b>PLANO DE TRATAMENTO</b> e declaro ter tomado conhecimento, ter sido esclarecido e consentido acerca dos seguintes argumentos:</p> <p><b>Qualquer cirurgia para extração de dentes pode envolver:</b></p> <p><b>Anestesia</b> A anestesia é necessária para evitar dor. Não morda ou aperte os lábios, língua e bochecha, pois poderá feri-los gravemente sem se dar conta e, passado o efeito da anestesia poderá sentir dor.</p> <p><b>Ferida</b> Não toque na ferida operatória com língua, dedos ou qualquer objeto.</p> <p><b>Hemorragia e sangramento</b> O local da cirurgia foi suturado (pontos). É normal um pequeno sangramento. Uma pequena quantidade de sangue e uma grande quantidade de saliva podem dar a impressão de grande quantidade de sangue.</p> <p>Para evitar um sangramento anormal é preciso:</p> <p><b>Compressão</b> É colocado uma gaze na boca para fechar a ferida nas primeiras horas. Pode ser necessário trocá-las alguma vez até que o sangramento acabe.</p> <p><b>Bochechos</b> Não fazer bochechos nos dois primeiros dias.</p> <p><b>Gelo</b> Use uma bolsa gelada para resfriar a região, por fora da boca, durante as primeiras horas, aplicando por 20 minutos, descansando alguns minutos e voltando a aplicar por mais 20 minutos, e assim por diante. Use enquanto o tempo estiver quente, enquanto estiver acordado e por até 12 horas.</p> <p><b>Edema (inchaço)</b> É uma reação normal na região operada. Para controlá-lo é importante o uso de bolsa de gelo. O edema começa a se formar nas primeiras 3 horas após a cirurgia atinge seu máximo desenvolvimento após 48 a 72 horas, sua duração é de 4 a 6 dias. Se o Assistir edema persistir após esse período deve-se usar calor na região com compressas de pano aquecido ou bolsa de água quente. Não há relação entre edema e dor.</p> <p><b>Equimose</b> São regiões arroxeadas na área da cirurgia. É uma resposta normal para algumas pessoas e não deve ser motivo de preocupação. Desaparece em 7 a 14 dias.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p><b>Dor</b> Dor leve e moderada é normal nos primeiros 3 dias. Deve ser controlada com o medicamento indicado. No caso de dor intensa, contínua e pulsátil, procure-nos.</p> <p><b>Parestesia</b> É uma anestesia prolongada de uma determinada região, que pode acontecer devido ao ato cirúrgico. Sua remissão depende do organismo de cada pessoa, podendo levar de dias a meses ou até mesmo ser permanente. Não é algo que possamos controlar.</p> <p><b>Rigidez e restrição muscular</b> O procedimento cirúrgico pode resultar em trismo (dificuldade ou limitação de abertura de boca, com rigidez e intumescimento dos músculos da face), isto é passageiro (3 a 4 dias). Evite mascar chicletes ou forçar a mordida no período do pós-operatório.</p> <p><b>Higienização</b> Manutenção da higiene oral favorece a cicatrização e reparo das feridas cirúrgicas. Após 48 horas intensifique a higienização da boca (escovação leve e à distância da ferida, língua e dentes das áreas não envolvidas na cirurgia, bochechos com soluções indicadas), tomando sempre o cuidado de não lesar a região operada.</p> <p><b>Medicação</b> Tome corretamente a medicação prescrita e rigorosamente nos horários indicados, até o fim do tratamento. Tome os medicamentos com água. Não se automedique. Não dirija, opere máquinas ou tome bebida alcoólica se estiver usando analgésicos, anti-inflamatórios e/ou ansiolíticos.</p> <p><b>Alimentação</b> Deve ser hipercalórica hiperproteica. No primeiro dia, deve ser líquida e/ou pastosa sempre fria (suco de frutas, leite, mingau, sorvetes, gemadas, caldos de carne, de feijão, sopa etc.). Durante a primeira semana deve-se evitar alimentos duros e muito quentes, bem como, líquidos quentes. Não mastigue sobre a área operada.</p> <p><b>Fumo</b> Não fumar durante uma semana após o procedimento cirúrgico. O fumo prejudica o processo de cicatrização das feridas e diminui a circulação sanguínea na região, além de colaborar para o aumento do acúmulo de biofilme (placa) dental e gengival. O fumo pode determinar o insucesso de um ato cirúrgico bem executado.</p> <p><b>Retorno</b> Compareça ao consultório no dia e hora agendados para curativos (remoção de suturas) e controle.</p> <p style="text-align: center;"><b>Quaisquer dúvidas podem ser conversadas com os profissionais envolvidos durante o tempo do tratamento.</b></p> <p>Naviraí, ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura do Paciente ou responsável.</p> </div>	UN	100
----	-------	---	----	-----







61	52404	<p align="center"><b>CONTROLE DE REFEIÇÕES</b></p> <p align="center">Refeitório Diurno - Papel Offset Branco Bloco 100 x 1 - Orientação: Paisagem Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	BLC	30
62	52405	<p align="center"><b>CONTROLE DE REFEIÇÕES</b></p> <p align="center">Refeitório Noturno - Papel Offset Branco Blocos 100 x 1 - Orientação: Paisagem Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	BLC	50



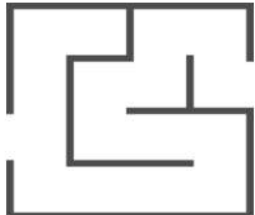







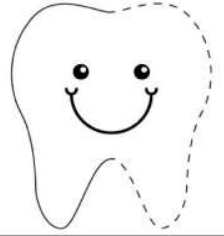










64	9312	<p align="center"><b>ATESTADO MEDICO HOSPITALAR</b> Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Medida: 15 x 20 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="491 400 1094 1214" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p align="center"> <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI</b>  <b>ATESTADO</b></p><p>Atesto para os devidos fins, que o Sr. (a): _____ compareceu a esta Unidade de Saúde para atendimento médico, devendo afastar-se de suas ocupações habituais pelo período abaixo:</p><p>( ) Acompanhando o paciente: _____ ( ) Das _____ horas às _____ horas, nesta data. ( ) Somente o dia da consulta. ( ) Por _____ dias, de ____/____/____ à ____/____/____. ( ) CID - 10 _____.</p><p align="center">Naviraí-MS, ____ de _____ de 20 ____.</p><p>_____ Assinatura e Carimbo do Médico</p><p>Autorizo divulgação do CID, Ciente das orientações dadas. Assinatura do Paciente ou Representante Legal. CPF nº: _____</p><p align="center">Rua Pelotas, 133 - Centro - CEP 79950-000 - Naviraí / MS Fone: (67)3924-4040</p></div>	BLC	5.000
----	------	---	-----	-------



65	17380	<p><b>PROGRAMA COLETIVO DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b></p> <p>Atividade Sobre Higiene Bucal - Labirinto/Pintar</p> <p>Bloco: 50 x 1 - Grafia Preta - Tamanho: A4</p> <p>Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo abaixo</p> <p> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAI</b> Estado de Mato Grosso do Sul <b>Gerência de Saúde</b></p> <p><b>PROGRAMA COLETIVO DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b></p> <p>Vamos colorir depois de completar as tarefas!</p> <p>Ajude Aninha a chegar até a pia para <b>ESCOVAR OS DENTES</b>. Lembre-se, escove os dentes 3 vezes ao dia, após as refeições e antes de dormir, use creme dental com flúor, escove a língua e use o fio dental!</p> <p>  </p> <p><b>Pinte</b> os alimentos que fazem bem para os dentes e faça um <b>X</b> os que são prejudiciais:</p> <p>     </p> <p>Complete o desenho na linha pontilhada:</p> <p></p> <p>Acompanhe o João até o caminho ao <b>DENTISTA</b>:</p> <p>   </p>	BLC	500
----	-------	---	-----	-----

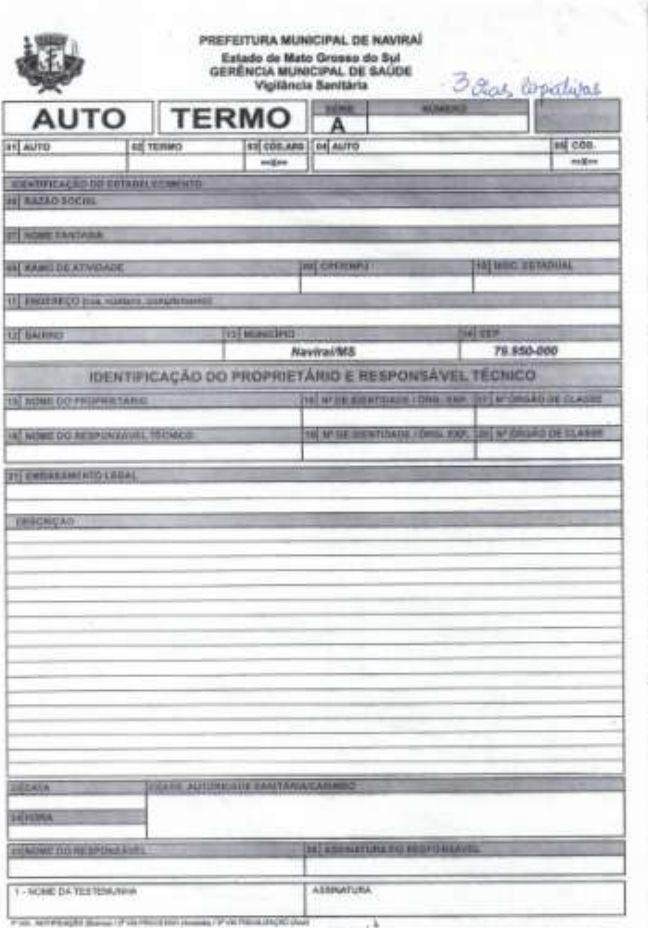




<p>66</p>	<p>9351</p>	<p><b>PROGRAMA COLETIVO DE PREVENÇÃO SAÚDE BUCAL</b></p> <p>Atividade Sobre Higiene Bucal - Ligar</p> <p>Bloco: 50 x 1 - Grafia Preta - Tamanho: A4</p> <p>Medida: 21 x 29,7 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="475 436 1102 1198"> </div>	<p>BLC</p>	<p>500</p>
<p>67</p>	<p>17321</p>	<p><b>RECEITUÁRIO MEDICO AZUL</b></p> <p>Talão Receita Azul B1 - Bloco 50 x 1</p> <p>Papel Bond Azul - Impressão 1 Cor</p> <p>Medida: 25 x 9 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> <div data-bbox="475 1400 1102 1617"> </div>	<p>BLC</p>	<p>3.000</p>

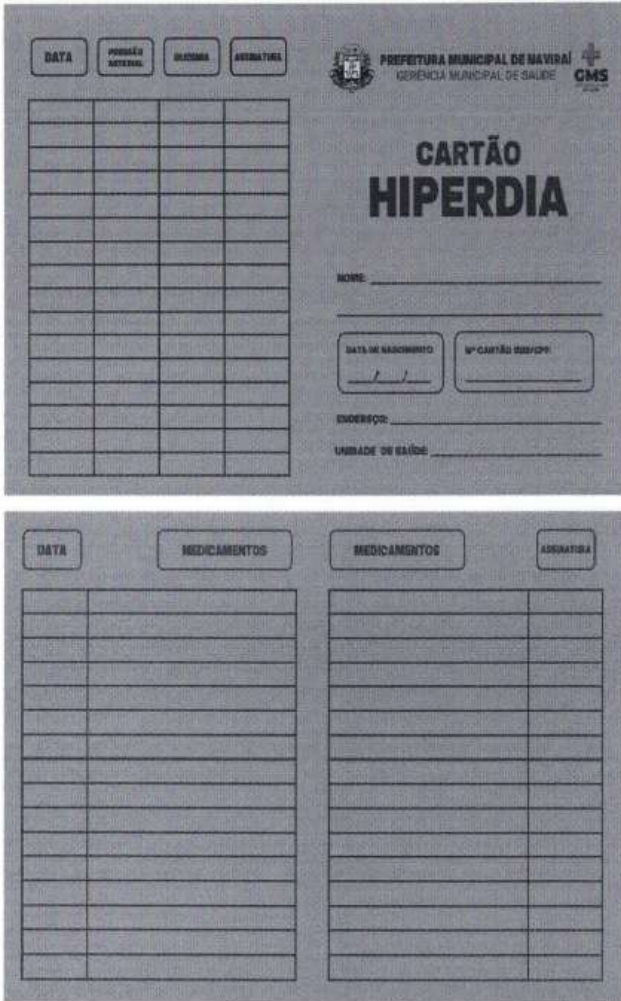




68	1260	<p align="center"><b>AUTO TERMO EM TRÊS VIAS</b></p> <p align="center">Papel Autocopiativo - Bloco 50 x 3 1ª Via Branca - 2ª Via Amarela - 3ª Azul Medida 30 x 20,5 Cm - Conforme Modelo Abaixo</p> 	BLC	20																										
69	52806	<p align="center"><b>FICHA RN - FRENTE E VERSO</b></p> <p align="center">Papel Offset Branco - Bloco 100 x 1 Orientação: Retrato - Medida 10 x 15 Cm Conforme Modelo Abaixo</p> <table border="1" data-bbox="459 1512 1114 1877"> <tr><td>RN DE:</td><td></td></tr> <tr><td>PARTO:</td><td></td></tr> <tr><td>DATA:</td><td></td></tr> <tr><td>HORA:</td><td></td></tr> <tr><td>PESO:</td><td></td></tr> <tr><td>PC:</td><td></td></tr> <tr><td>PT:</td><td></td></tr> <tr><td>PA:</td><td></td></tr> <tr><td>EST:</td><td>SEXO:</td></tr> <tr><td>DIURESE:</td><td></td></tr> <tr><td>MECÔNIO:</td><td></td></tr> <tr><td>ASP:</td><td></td></tr> <tr><td>APGAR:</td><td></td></tr> </table>	RN DE:		PARTO:		DATA:		HORA:		PESO:		PC:		PT:		PA:		EST:	SEXO:	DIURESE:		MECÔNIO:		ASP:		APGAR:		UN	6.000
RN DE:																														
PARTO:																														
DATA:																														
HORA:																														
PESO:																														
PC:																														
PT:																														
PA:																														
EST:	SEXO:																													
DIURESE:																														
MECÔNIO:																														
ASP:																														
APGAR:																														





70	17353	<b>CARTÃO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO -</b> Frente/Verso - Cartolina - Cor Amarela Medida: 15 x 10 Cm - Conforme Modelo Abaixo	UN	15.000
				

Os arquivos de imagem contendo os modelos da arte e/ou layout acompanharão a Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF), correio eletrônico, via e-mail, telefone, WhatsApp ou ofício.

O licitante é estritamente responsável para verificar o recebimento dos arquivos contendo o modelo da arte e/ou layout em seu canal de comunicação informado na proposta, para produção da prova e posterior produção da versão definitiva dos itens solicitados.

A CONTRATADA ficará obrigada a trocar, as suas expensas, os materiais que vierem a ser recusados por justo motivo, sendo que o ato do recebimento não importará a sua aceitação.





A CONTRATADA deverá efetuar as entregas em transporte adequado, sendo que os materiais deverão estar sendo entregues todos em embalagens fechadas.

Após o envio da Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF) para a CONTRATADA, iniciar-se-á a contagem dos prazos para a entrega dos materiais.

Para os itens ADESIVO PERFURADO e ADESIVO PERSONALIZADO, a CONTRATADA deve observar que a aquisição do material exigirá a devida aplicação em local a ser estabelecido pela CONTRATANTE.

#### **4.1 DA COMPROVAÇÃO DE SITUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA**

Necessidade da apresentação de documentação para comprovação de situação econômico-financeira pelas empresas licitantes para a execução do objeto pretendido.

A exigência de que a CONTRATADA apresente balanço patrimonial e demonstre índices de Liquidez Geral e Liquidez Corrente, iguais ou superiores a 1,0 (um vírgula zero) deverá estar prevista na minuta do Edital e visa assegurar que ela possui ativos suficientes para honrar suas obrigações sem comprometer a execução contratual.

Essa medida seleciona empresas vencedoras com capacidade econômica demonstrada para suportar os custos operacionais ao longo do contrato, protegendo a Administração Pública Municipal contra eventuais interrupções decorrentes de falhas na gestão financeira da empresa CONTRATADA.

Tal exigência se justifica especialmente em aquisições de valor considerável ou de expressiva complexidade operacional.

### **5. DO MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, e), da Lei Nº. 14.133/2021

#### **5.1 DAS CONDIÇÕES DE ENTREGA**

Os materiais serão fornecidos conforme demanda da Administração Pública Municipal, mediante emissão da Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF), durante o prazo de vigência da Ata de Registro de Preços.

O prazo para entrega será de até no máximo 15 (quinze) dias, contados do recebimento da podendo ser reduzido ou prorrogado, mediante justificativa e autorização da Administração Pública Municipal.





## 5.2 DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO PRODUTO

Os recebimentos, provisório e definitivo do objeto do contrato deverão ser realizados conforme o disposto no Art. 140 da Lei Federal N°. 14.133, de 2021.

A licitante vencedora, ao receber a Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF), deverá avisar, em no máximo até 24 (vinte e quatro) horas após a solicitação, a confirmação para a produção do material.

No prazo máximo de até 03 (três) dias úteis, contados da solicitação do material, a CONTRATADA deverá submeter à prévia aprovação do CONTRATANTE a prévia digital do material gráfico solicitado. O material gráfico somente poderá ser impresso após a sua aprovação pelos responsáveis da Gerência de Saúde (GMS).

Após o aceite pelo servidor ou comissão designada pela autoridade competente, os materiais serão confeccionados pela CONTRATADA, recebidos provisoriamente, de forma sumária, por responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Termo de Referência (TR). Posteriormente, os produtos serão recebidos definitivamente, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente.

Os materiais poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações, devendo ser substituídos no prazo de 08 (oito) dias, a contar da notificação da CONTRATADA, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

Poderá o Município de Naviraí/MS, analisados os fatos e conveniências, autorizar a prorrogação e dilação do prazo de entrega dos produtos, por até uma vez, notificando a CONTRATADA a respeito.

Se a CONTRATADA deixar de prestar o fornecimento do material no prazo estabelecido, sem justificativa por escrito e aceita pelo Município de Naviraí/MS, sujeitar-se-á às sanções administrativas previstas na Lei nº 14.133/2021 e neste Termo de Referência, observados o contraditório e a ampla defesa.

Todas as comunicações a serem realizadas entre as partes serão feitas por correio eletrônico, via e-mail, telefone, WhatsApp ou ofício.





## 6. DO MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, f), da Lei N°. 14.133/2021

Da governança e fiscalização contratual. A execução das contratações decorrentes da ata será acompanhada por gestor do contrato, fiscal do contrato e respectivo suplente, formalmente designados pela autoridade competente.

Compete ao gestor do contrato coordenar a execução global, acompanhar quantitativos, vigência, necessidade de alteração, reequilíbrio, aplicação de sanções e demais providências administrativas relacionadas ao ajuste.

Compete ao fiscal do contrato acompanhar a entrega dos itens, verificar conformidade quantitativa e qualitativa, registrar ocorrências, solicitar correções, atestar o recebimento quando cabível e subsidiar o gestor quanto a eventuais inadimplementos.

O fiscal suplente atuará nas ausências e impedimentos do titular, com as mesmas responsabilidades no período de substituição.

A atuação dos agentes designados contará, quando necessário, com apoio do controle interno e do assessoramento jurídico, sem prejuízo da responsabilidade primária pela gestão e fiscalização do ajuste.

## 7. DOS CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, g), da Lei N°. 14.133/2021

O pagamento decorrente de fornecimento do objeto do contrato, será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da liquidação da Nota Fiscal devidamente atestada pelo Fiscal de Contrato e Gestor do Contrato.

A CONTRATADA deverá encaminhar junto a Nota Fiscal, as certidões negativas de regularidade fiscal. Não será aceita a emissão de boletos bancários para efetuar o pagamento das Notas Fiscais.

Em caso de devolução da Nota Fiscal para correção, o prazo para o pagamento passará a fluir após a sua reapresentação para liquidação.

A Nota Fiscal deverá ser preenchida com as descrições dos itens constantes na Autorização/Ordem de Fornecimento (AF/OF), bem como quantidade, valor unitário, valor total de cada item e valor total da nota, em conformidade com a proposta de preços apresentada no processo licitatório.





O pagamento só será efetuado após a comprovação pela CONTRATADA de que se encontra em dia com suas obrigações, mantendo as mesmas condições habilitatórias:

- Prova de Regularidade para com a Fazenda Federal por meio da apresentação da Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Certidão Conjunta Positiva com Efeitos de Negativa, relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União e débitos relativos às contribuições previdenciárias e às de terceiros;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual por meio da apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal por meio da apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa, relativa aos tributos fiscais;
- Certificado de Regularidade do FGTS (CRF), emitido pelo órgão competente, da localidade de domicílio ou sede da empresa proponente, na forma da Lei;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa.

### 7.1 DO REAJUSTE DOS PREÇOS

Os preços decorrentes das contratações oriundas da Ata de Registro de Preços poderão ser reajustados após o interregno mínimo de 12 (doze) meses, contado da data do orçamento estimado da contratação, observada a data-base adotada pela Administração.

O reajuste será calculado mediante aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou outro índice oficial que venha a substituí-lo, incidindo sobre o saldo remanescente do objeto contratual, e será formalizado por apostila, quando cabível.

O reajuste não se confunde com revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro, que dependerá da comprovação dos pressupostos legais específicos.

## 8. DA FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, h), da Lei N°. 14.133/2021

A licitação dos itens deste Termo de Referência (TR), na modalidade Pregão, na forma Eletrônica, se dará por Menor Preço por item, por um período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada conforme legislação.





Os fornecedores concorrentes devem apresentar a documentação necessária apresentada no Edital para que seja possível realização futura de contrato com este órgão e participar da licitação.

Não poderá participar da licitação a empresa que tenha sido declarada inidônea pela Administração Pública Municipal ou impedida legalmente.

## 9. DAS ESTIMATIVAS DO VALOR DA AQUISIÇÃO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, i), da Lei N°. 14.133/2021

De acordo com a pesquisa de mercado realizada no intuito de prospectar e analisar soluções para a presente aquisição, os valores para a referida aquisição estão apresentados no Mapa Geral de Comparativo de Preços anexo.

**Desta forma, o custo estimado do valor da presente aquisição totalizando o valor global aproximado de R\$ 864.126,00 (oitocentos e sessenta e quatro mil, cento e vinte e seis reais).**

### 9.1 Da Justificativa da Pesquisa de Preços:

**9.1.1. Do Agente Público Responsável pelo Orçamento:** Luciana Batista dos Santos Veiga Lima, Matrícula N°. 3597-1.

### 9.1.2. Da Nota Técnica da Pesquisa de Preços:

**9.1.2.1.** A pesquisa de preços foi realizada, sempre pesquisando os itens que possam ser iguais ou com especificações aproximadas, cabendo ao agente público responsável pela cotação realizar a pesquisa mais ampla e transparente, tendo sido todo o processo de pesquisa consolidado no presente documento.

### 9.1.3. Das Fontes consultadas:

**9.1.3.1. Da Fonte I: Consultas de contratações similares nos sítios eletrônicos governamentais:** Composição de custos unitários menores ou iguais à média do item correspondente no painel para consulta de preços disponíveis no Banco de Preços e no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP):

- **BANCO DE PREÇOS:** Não foi utilizada essa fonte.

- **PNCP:** Não foi utilizada essa fonte.





### 9.1.3.2. Da Fonte II: Aquisições e contratações similares de outros entes/órgãos públicos:

Em execução ou concluídas no período de 1 (um) ano anterior à data da pesquisa de preços, inclusive mediante sistema de Registro de Preços, observado o índice de atualização de preços correspondente: Foi realizada consulta para a comparação de dados e informações que melhor se adequassem aos serviços a serem contratados.

- **MUNICÍPIO SALVADOR/BA - CNPJ N°. 18.291.385/0001-59** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 044/2026, PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 183740/2025 e PREGÃO ELETRÔNICO N°. 90008/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 01, ITEM 03, ITEM 08, ITEM 11, ITEM 13 e ITEM 14 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA/SP - CNPJ N°. 04.687.478/0001-92** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 03/2026, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 86/2025 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 17.008/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 02, ITEM 12 e ITEM 40 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE TRÊS BARRAS DO PARANA/PR - CNPJ N°. 78.121.936/0001-68** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 52/2025, PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 04/2025 e PREGÃO ELETRÔNICO N°. 10/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 04, ITEM 10, ITEM 16, ITEM 20, ITEM 35, ITEM 45, ITEM 51, ITEM 52, ITEM 53, ITEM 58 e ITEM 64 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE ÁGUA CLARA/MS - CNPJ N°. 15.452.981/0001-85** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 19/2025, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 031/2025 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 071/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 06, ITEM 15, ITEM 25, ITEM 26, ITEM 39, ITEM 67 e ITEM 69 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;





- **MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM/BA - CNPJ N°. 13.988.308/0001-39** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 0017/2026, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 002/2026 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 0009/2026, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 07, ITEM 17, ITEM 27, ITEM 28, ITEM 33, ITEM 49 e ITEM 55 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE ITAOCARA/RJ - CNPJ N°. 14.999.490/0001-96** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 023/2025, PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 230/2025 e PREGÃO ELETRÔNICO N°. 012/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 19, ITEM 37 e ITEM 42 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE FRANCISCO SANTOS/PI - CNPJ N°. 06.553.713/0001-69** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 069/2025, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 90060/2025 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 082/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 21, ITEM 32, ITEM 44, ITEM 54, ITEM 57 e ITEM 70 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE ANDRELANDIA/MG - CNPJ N°. 18.682.930/0001-38** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 416/2025, REGISTRO DE PREÇOS N°. 065/2025 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 170/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 22, ITEM 36, ITEM 47, ITEM 59, ITEM 60 e ITEM 68 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO DE JERONIMO MONTEIRO/ES - CNPJ N°. 27.080.605/0007-81** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 006/2026, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 90015/2025 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 2025-15JX5, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 23, ITEM 46, ITEM 61, ITEM 62 e ITEM 63 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;





- **MUNICÍPIO DE NOVA SOURE/BA - CNPJ N°. 13.904.420/0001-44** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 018/2025, PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 077/2025 e PREGÃO ELETRÔNICO N°. 20/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 30, ITEM 31 e ITEM 38 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO CARPINA/PE - CNPJ N°. 13.133.909/0001-60** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 009/2026, e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 005/2026 e PREGÃO ELETRÔNICO N°. 004/2026, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 41 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO PRESIDENTE OLEGARIO/MG - CNPJ N°. 18.602.060/0001-40** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 109/2025, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 042/2025 e PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 022/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo do ITEM 48 e ITEM 56 e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;
- **MUNICÍPIO NOVA SERRANA/MG - CNPJ N°. 18.291.385/0001-59** - Conforme os valores registrados na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N°. 39/2025, REGISTRO DE PREÇOS N°. 12/2025, PREGÃO ELETRÔNICO N°. 18/2025 e PROCESSO LICITATÓRIO N°. 59/2025, concluiu-se que, as especificações se assemelham com o descritivo e foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio.

**9.1.3.3. Da Fonte III: Mídia especializada:** Foi realizada consulta para a comparação de dados e informações que melhor se adequassem ao objeto a ser adquirido e, dentro desse parâmetro, foram analisados os preços contratados pelos Municípios/Órgãos nos sítios eletrônicos especializados em estimativas de preços e em sítios eletrônicos tipo e-commerce. Fonte: Mídia e Internet, foi adicionado neste processo na composição do nosso preço médio;





**9.1.3.4. Da Fonte IV: Pesquisa na base nacional de Notas Fiscais eletrônicas:** Na forma de regulamento. Foi realizada consulta para a comparação de dados e informações que melhor se adequassem aos objetos a serem adquiridos, e dentro desse parâmetro, foram analisados os preços disponíveis para todos os itens, por atenderem o descritivo solicitado e valor médio, compondo a cesta de preços;

**9.1.3.5. Da Fonte V: Pesquisa com fornecedor:** A pesquisa com fornecedor foi utilizada neste processo para composição do preço médio em todos os itens.

**9.1.4. Da Metodologia empregada para a obtenção do preço de referência:** Adotou-se, como regra, a média dos preços válidos obtidos nas pesquisas realizadas, precedida de análise crítica da cesta de preços por item, com exclusão motivada de referências incompatíveis, manifestamente excessivas, inexequíveis, irrisórias ou desatualizadas, preservando-se nos autos a memória de cálculo e os documentos de suporte.

**9.1.5. Da Compilação dos dados da pesquisa:** Deu-se por meio das propostas de orçamento de fornecedores.

## 10. DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, j), da Lei N°. 14.133/2021

Por se tratar de Sistema de Registro de Preços, a indicação da dotação orçamentária específica para suportar a despesa será exigida no momento da formalização de cada contratação decorrente da ata, sem prejuízo da identificação das fontes orçamentárias potencialmente vinculadas à despesa.

Para fins de planejamento, ficam desde já indicadas as seguintes fontes/recursos orçamentários, a serem detalhados e empenhados oportunamente pela unidade competente:

AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO					
MUNICÍPIO/RECURSOS PRÓPRIOS		CONVÊNIO/EMENDA PARLAMENTAR			
<b>FONTE:</b>	15001002	<b>FONTE:</b>	16210000	<b>FONTE:</b>	16000000
<b>RECURSO:</b>	FUS/GMS	<b>RECURSO:</b>	MS/GMS	<b>RECURSO:</b>	SUS/GMS
<b>VALOR:</b>	R\$ 864.126,00 (oitocentos e sessenta e quatro mil, cento e vinte e seis reais)				





## 11. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Em conformidade com os Arts. 155 a 163 da Lei N°. 14.133/2021

Sem prejuízo das disposições constantes do Edital e do futuro Contrato, o inadimplemento total ou parcial das obrigações assumidas pela contratada sujeitá-la-á, garantidos o contraditório e a ampla defesa, às sanções administrativas previstas na Lei n° 14.133/2021, especialmente advertência, multa, impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, conforme a natureza e a gravidade da infração praticada, observados os princípios da proporcionalidade, da razoabilidade e da motivação.

## 12. DO POSICIONAMENTO SOBRE A ADEQUAÇÃO DA AQUISIÇÃO

Em conformidade com o Art. 6, Inciso XXIII, da Lei N°. 14.133/2021

Eu, Luciana Batista dos Santos Veiga Lima, matrícula N°. 3597-1, eu, Adriana Barbosa dos Santos, matrícula N°. 3702802, lotadas na Gerência de Saúde (GMS), digitamos o Termo de Referência (TR).

Eu, Josiane de Oliveira Silva, Gerente de Saúde e Ordenador de Despesas, Conforme Decreto N°. 176/2025, li e concordo com os termos aqui solicitados.

Naviraí/MS, 22 de Maio de 2026.

Assinado por:  
*Luciana Batista Dos Santos Veiga Lima*  
16/06/2026 - 17:12  
JD7AVDCVQDYTON6SEOKCSW

**Luciana Batista dos Santos Veiga Lima**  
Setor de Compras  
Matrícula N°. 3597-1

Autorizo. De Acordo,

Assinado por:  
*Adriana Barbosa dos Santos*  
16/06/2026 - 17:13  
ESJGEV4ITXOP5LPE9FYLK

**Adriana Barbosa dos Santos**  
Setor de Compras  
Matrícula N°. 3702802

Assinado por:  
*Josiane de Oliveira Silva*  
17/06/2026 - 10:11  
QWGFHJDQCGPQ9BCN232G

**Josiane de Oliveira Silva**  
Gerente de Saúde e Ordenador de Despesas  
Conforme Decreto N°. 176/2025

