

## Proc. Administrativo 373/2024

**De:** Ricardo B. - DS-ATEN

**Para:** DCL - Departamento de Compras e Licitação

**Data:** 30/09/2024 às 07:07:00

**Setores (CC):**

DCL

**Setores envolvidos:**

DCL, DS, DS-ATEN

### PROC. UTI MOVEL PACIENTE C.R.D.C

Ao senhor

CRISTIANO JOSÉ DA SILVA

Diretor de Compras

19740-000 – Borá-SP

Prezado Diretor,

Solicito através desta, à autorização para contratação de serviços voltados para área especializada em transportes de enfermos, "U.T.I MÓVEL".

### JUSTIFICATIVA PARA AQUISIÇÃO/CONTRATAÇÃO

#### 1 – Necessidade do Objeto:

Trata-se de procedimento de contratação de serviços de transporte especializado para os pacientes; Carlos Roberto de Carvalho 43 anos, com remoção de origem Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu Paulista/SP para Hemocentro e HCI de Marília/SP. O valor do orçamento inclui o retorno a origem.

O transporte de UTI móvel é de extrema importância para garantir que pacientes críticos recebam cuidados especializados durante o transporte entre unidades de saúde. Ele permite a continuidade do tratamento, monitoramento e intervenções imediatas, aumentando as chances de sobrevivência e reduzindo complicações durante o deslocamento. Também vale ressaltar que na uti móvel é constituída de médicos e enfermeiros com a atenção voltadas para os pacientes.

Justifico que há dotação orçamentária na despesa 822 para fazer frente a contratação do objeto solicitado.

## 2 – Da Razão da Escolha do Fornecedor ou Executante:

Informamos que o Preço praticado pelo fornecedor UTI MOVEL MARILIA E CNPJ: 02.215.111/0001-40 foi o único obtido se tratando de emergência sem tempo hábil para pesquisas de preços.

Justifico que o fornecedor foi escolhido por se tratar de ser referência no transporte de pacientes, qualificação e prontidão frente a emergência na transferência do paciente em questão.

## 3 – Dos Itens e Quantitativos:

### FORNECIMENTO DO(S) SEGUINTE(S) MATERIAL(IS)/SERVIÇOS

| ÍTEM | DESCRIÇÃO                                       | DESCRIÇÃO COMPLETA* | UNIDADE | QUANT. SOLICITADA |
|------|-------------------------------------------------|---------------------|---------|-------------------|
| 1    | SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTES<br>UTI MÓVEL |                     | 1       | 1                 |
|      |                                                 |                     |         |                   |

**Descrição:** Resumida se no LC estiver cadastrada completa.

Para adicionar novas linhas, clicar na tabela e procurar o ícone:

### 3.1 – Detalhamento do Serviço:

Remoção de origem Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu Paulista/SP para HC I de Marília/SP.

## 4 – Resultado Esperado:

**Prestação de melhores serviços a pacientes que necessitem.**

**Recuperação de forma rápida.**

**Cuidados com a saúde e bem-estar.**

—

**Ricardo Aparecido Brancalião**

### Anexos:

- 1\_MAPA\_DE\_COTACAO\_2\_.pdf
- 2\_COTACAO\_2\_.pdf
- 3\_CERTIDAO\_FEDERAL\_2\_.pdf
- 4\_REGULARIDADE\_FGTS\_2\_.pdf
- 5\_CERTIDAO\_TRABALHISTA\_2\_.pdf
- 6\_CNPJ\_2\_.pdf
- 7\_JUSTIFICATIVA\_2\_.pdf
- 8\_DOC\_PERTINENTE\_AO\_CASO\_2\_.pdf

MAPA COMPARATIVO DE PRECOS

Servico Pesquisa No.....: 414 / 2024

MAPA COMPARATIVO EXCLUSIVO DO LOTE NUMERO: 0001-UTI MOVEL

Condicao de Pagamento.....: Todo dia 10 de cada mes  
Validade da Proposta Pesquisa.....:  
Prazo de Execucao.....:

Relacao dos Proponentes

Codigo Nome  
1669 U T I MOVEL MARILIA LTDA

CNPJ/CPF/Doc. Estrangeiro  
02.215.111/0001-40

| Lote/Item          |        | Fornecedor               |            | Fornecedor     |       |
|--------------------|--------|--------------------------|------------|----------------|-------|
| Quantidade         |        | Valor Unitario           |            | Valor Unitario |       |
| Uni.Med.           |        | Quantidade               |            | Quantidade     |       |
| Descricao          |        | Valor Total              |            | Valor Total    |       |
|                    |        | Marca                    | Prazo      | Marca          | Prazo |
| 0001/0001          |        | U T I MOVEL MARILIA LTDA |            |                |       |
| Quantidade         | 1,0000 | Valor Unitario           | 4.289,8400 |                |       |
| UN                 |        | Quantidade               | 1,0000     |                |       |
| SERVICOS UTI MOVEL |        | Valor Total              | 4.289,84   |                |       |

Sugestao por Menor Preco Unitario

1669 - U T I MOVEL MARILIA LTDA

| Lote/Item | Quantidade | Valor Unitario | Valor total do item | Observacoes |
|-----------|------------|----------------|---------------------|-------------|
| 0001/0001 | 1,0000     | 4.289,8400     | 4.289,84            |             |

Total do Fornecedor: 4.289,84

Valor da compra total com os menores precos unitarios: 4.289,84

Assinado por 1 pessoa: ALINE MARTINS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/68EC-BB7E-2685-65C6> e informe o código 68EC-BB7E-2685-65C6



À

PREFEITURA MUNICIPAL DE BORÁ

ORÇAMENTO: REMOÇÃO DE PACIENTE EM AMBULÂNCIA UTI  
MÓVEL COM MÉDICO E ENFERMAGEM

PACIENTE: CARLOS ROBERTO DE CARVALHO

IDADE: 43 ANOS

HDX: ANEMIA FALCIFORME

ORIGEM: STA CASA PARAGUAÇU PAULISTA-SP

DESTINO: HEMOCENTRO E HCI MARILIA E RETORNO

VALOR TOTAL DA REMOÇÃO: R\$ 4.289,84 (Quatro mil, duzentos e  
oitenta e nove reais e oitenta e quatro centavos)

FORMA DE PAGAMENTO: SOB EMPENHO

Marília 01/09/2024



**UTI MÓVEL MARÍLIA LTDA**

**CNPJ: 02.215.111/0001-40**

**INC. MUNICIPAL: 26.228**

Rua 21 de Abril, 385 | Bairro Maria Isabel | CEP 17515-220 | (14) 3422 4255 | Marília/SP

✉ comercial@onlifeutimovel.com.br

🌐 www.onlifeutimovel.com.br



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: U.T.I MOVEL MARILIA LTDA**  
**CNPJ: 02.215.111/0001-40**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 16:53:37 do dia 22/07/2024 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 18/01/2025.

Código de controle da certidão: **1D45.98BB.F273.E960**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 02.215.111/0001-40  
**Razão Social:** U T I MOVEL MARILIA LTDA  
**Endereço:** R VINTE E UM DE ABRIL 385 / JARDIM MARIA IZABEL / MARILIA / SP / 17515-220

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 19/07/2024 a 17/08/2024

**Certificação Número:** 2024071921310704448297

Informação obtida em 25/07/2024 08:21:24

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: U.T.I MOVEL MARILIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 02.215.111/0001-40

Certidão nº: 51566898/2024

Expedição: 25/07/2024, às 07:11:22

Validade: 21/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **U.T.I MOVEL MARILIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **02.215.111/0001-40**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

Assinado por 1 pessoa: ALINE MARTINS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/68EC-BB7E-2685-65C6> e informe o código 68EC-BB7E-2685-65C6





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

|                                                                                              |                                                                 |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <div>NÚMERO DE INSCRIÇÃO<br/>02.215.111/0001-40<br/>MATRIZ</div>                             | <div>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO<br/>CADASTRAL</div> | <div>DATA DE ABERTURA<br/>27/10/1997</div> |
| <div>NOME EMPRESARIAL<br/>U.T.I MOVEL MARILIA LTDA</div>                                     |                                                                 |                                            |
| <div>TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br/>ON-LIFE UTI MOVEL</div>                |                                                                 | <div>PORTE<br/>EPP</div>                   |
| <div>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL<br/>86.21-6-01 - UTI móvel</div>    |                                                                 |                                            |
| <div>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br/>Não informada</div>        |                                                                 |                                            |
| <div>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br/>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</div> |                                                                 |                                            |
| <div>LOGRADOURO<br/>R VINTE E UM DE ABRIL</div>                                              | <div>NÚMERO<br/>385</div>                                       | <div>COMPLEMENTO<br/>*****</div>           |
| <div>CEP<br/>17.515-220</div>                                                                | <div>BAIRRO/DISTRITO<br/>MARIA IZABEL</div>                     | <div>MUNICÍPIO<br/>MARILIA</div>           |
| <div>UF<br/>SP</div>                                                                         |                                                                 |                                            |
| <div>ENDEREÇO ELETRÔNICO<br/>COMERCIAL@ONLIFEUTIMOVEL.COM.BR</div>                           |                                                                 | <div>TELEFONE<br/>(14) 3422-4255</div>     |
| <div>ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br/>*****</div>                                       |                                                                 |                                            |
| <div>SITUAÇÃO CADASTRAL<br/>ATIVA</div>                                                      | <div>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br/>24/05/2003</div>            |                                            |
| <div>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</div>                                                      |                                                                 |                                            |
| <div>SITUAÇÃO ESPECIAL<br/>*****</div>                                                       | <div>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br/>*****</div>                  |                                            |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 25/07/2024 às 07:12:13 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Assinado por 1 pessoa: ALINE MARTINS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/68EC-BB7E-2685-65C6> e informe o código 68EC-BB7E-2685-65C6



**Da Razão da Escolha do Fornecedor ou Executante:**

Informamos que o Preço praticado pelo fornecedor UTI MOVEL MARILIA E CNPJ: 02.215.111/0001-40 foi o único obtido se tratando de emergência sem tempo hábil para pesquisas de preços.

Justifico que o fornecedor foi escolhido por se tratar de ser referência no transporte de pacientes, qualificação e prontidão frente a emergência na transferência do paciente em questão.



|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>On-life®</b><br/>AMBULÂNCIA - UTI MÓVEL</p>                              | <p><b>On-Life - UTI Móvel Marília Ltda</b><br/>Rua 21 de Abril, 385 - Jd Maria Izabel<br/>CEP: 17515-220 - Marília - São Paulo<br/>(14) 3422-4255 / 99761-9010</p>                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>LANÇADO</b><br/><i>[assinatura]</i></p>                                                                        |
| <p><b>SISTEMATIZAÇÃO DE REMOÇÃO ADULTA</b>      (x) IDA    ( ) VOLTA    ( ) IDA / VOLTA</p>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>21.08.2024</p>                                                                                                                                                | <p>Saída / Base: 05:08<br/>Cheg / Base: 07:35</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Ambulância: ( ) BÁSICA (x) UTI nº 325<br/>Carteira nº: PM Bora<br/>Convênio: PM Bora<br/>Autorização / Senha:</p> |
| <p>MED. REMOÇÃO: Dr. Pedro Mendes    ENF: Luana França    TEC. ENF:</p>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>PLACA DA VIATURA: SWN9H94    CONDUTOR: Paulo Bimbatli</p>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>NOME DO PACIENTE: Carlos Roberto da Silva    DATA NASC: 16.04.81</p>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>ORIGEM: Sta. Catarina - Marília - UTI 02    CIDADE PACIENTE: Bora</p>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>(ORIGEM) H. CHEG: 05:55    (ORIGEM) H. SAÍDA: 06:10    (DESTINO) H. CHEGADA: 07:05    (DESTINO) SAÍDA: 07:25</p>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>DIAGNÓSTICO: Hemorragia gástrica</p>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>DESTINO: HC Marília - Pronto Socorro    EMERG. ( ) UTI ( ) ENF. LEITO</p>                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>SOLICITANTE DA REMOÇÃO: Dr. Bora (autorizado por Almeida)</p>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>MED. RESP. (ORIGEM):</p>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>MED. RESP. (DESTINO):</p>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>MOTIVO DA REMOÇÃO: Transferência hospitalar</p>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p><b>HISTÓRIA PREGRESSA</b></p>                                                                                                                                 | <p>RELATO DO PACIENTE (x)<br/>RELATO JUNTO A FAMÍLIA ( )<br/>IMPOSSIBILIDADE DE COLETA DADOS ( )<br/>ALERGIA (x) SIM ( ) NÃO    Anam<br/>MED. DE USO CONTINUO ( )</p>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |
| <p><b>HISTÓRIA MÉDICA</b></p>                                                                                                                                    | <p>CIRURGIA ANT. (x) SIM ( ) NÃO    QUAIS: Bexiga, J. Intest.<br/>CARDIOPATIAS: ( ) SIM (x) NÃO    DIABETES ( ) SIM (x) NÃO<br/>HAS: ( ) SIM (x) NÃO    ETILISTA: ( ) SIM (x) NÃO<br/>TABAGISTA: ( ) SIM (x) NÃO</p>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| <p><b>CASO CLÍNICO</b></p>                                                                                                                                       | <p>( ) PNEUMO    ( ) NEURO    ( ) ORTOPEDIA    ( ) URO    ( ) CARDIO<br/>( ) GINECO    ( ) GASTRO    ( ) ENDOCRINO    ( ) NEFRO    ( ) PSIQ.<br/>( ) OBST.    ( ) INFECT.    ( ) QUEIMADURA    (x) Venab.</p>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |
| <p><b>SINAIS VITAIS</b></p>                                                                                                                                      | <p>HORÁRIO: 09:16    P.A. 99/61 mmHg    P: 80 ppm    FR: 19 imp    T 36 C SatO2 91%<br/>Glicemia 98 mg/dl    VENOCLEASE: Si M    ABOCATH N: 20    CATETER CENTRAL:</p>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>NEUROLÓGICO</b><br/>(x) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE<br/>(x) ORIENTADO ( ) COMA<br/>( ) CONFUSO ( ) SEDADO<br/>( ) AGITADO ( ) OUTROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>PUPILAS</b><br/>( ) ISOCÓRICA MIOTICA    ( ) ANISOCÓRICA (d&gt;e)<br/>(x) ISOCÓRICA MÉDIAS (NORMAIS)    ( ) ANISOCÓRICA (d&lt;e)<br/>( ) ISOCÓRICA MIDRIASE    (x) FOTORREAGENTE<br/>( ) ISOCÓRICA PUNTIFORME    ( ) NÃO-FOTORREAGENTE</p>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>PROCEDIMENTOS</b><br/>( ) ASPIRAÇÃO    ( ) PRANCHA LONGA    ( ) INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL + VM<br/>( ) SONDAGEM VESICAL    ( ) SONDAGEM VESICAL    ( ) OXIGÊNIO<br/>( ) CATETER 02    ( ) COLAR CERVICAL    ( ) MÁSCARA LARÍNGEA<br/>( ) Sonda NASOGÁSTRICA    ( ) GUEDEL    ( ) IMOBILIZAÇÕES<br/>( ) TRAQUEOSTOMIA    (x) VENOCLEASE    ( ) NEBULIZAÇÃO<br/>( ) CURATIVO COMPRESSIVO    ( ) DRENO DE TORAX    ( ) PARTO</p> |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>QUEIMADURA TÉRMICA</b><br/>( ) CHAMAS    ( ) LÍQUIDOS    ( ) SUPERFÍCIES QUENTES    ( ) CHOQUE ELÉTRICO<br/>PROFUNDIDADE: ( ) 1 GRAU    ( ) 2 GRAU    ( ) 3 GRAU    EXTENSÃO ÁREA CORPÓREA %<br/>( ) CABEÇA    ( ) PESCOÇO    ( ) TRONCO ANTERIOR    ( ) TRONCO POSTERIOR    ( ) PERÍNEO<br/>( ) MSE    ( ) MIE    ( ) MSD    ( ) MID</p>                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>GASTROINTESTINAL ABDOME:</b><br/>( ) PLANO    ( ) DESTENDIDO    (x) SEMI GLOBOSO    ( ) GLOBOSO    ( ) HEMATEMESE    ( ) GASTROSTOMIA<br/>( ) JEJUNOSTOMIA    ( ) COLOSTOMIA    ( ) SNG    ( ) SNE    ( ) DIARREIA    ( ) MELENA<br/>( ) OBSTIPAÇÃO    ( ) CISTOSTOMIA</p>                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>GENITALIA</b><br/>( ) SEM ALTERAÇÃO    (x) SVD    ( ) DIURESE ESPONTÂNEA    ( ) OUTROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| <p><b>EXAME FÍSICO</b></p>                                                                                                                                       | <p><b>MEMBROS SS/II</b><br/>( ) PLÉGIA    ( ) PARESIA    ( ) PARESTESIA    ( ) HEMIPARESIA    ( ) OUTROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |
| <p><b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DA EQUIPE DE TRANSPORTE</b></p>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>Dr. Pedro Mendes    MED. ENFERMAGEM/COREN    ENFERMEIRO/COREN<br/>CRM-SP 251468    Luana Aparecida França    COREN-SP 792781 - ENF. Urgência e Emergência</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
| <p>ASS. DO RESP. (POR EXTENSO) Alina Martins</p>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |



On-Life - UTI Móvel Marília Ltda  
Rua 21 de Abril, 385 - Jd Maria Izabel  
CEP:17515-220 - Marília - São Paulo  
(14) 3422-4255 / 99761-9010

LANÇADO  
22/08/2024

### SISTEMATIZAÇÃO DE REMOÇÃO ADULTA

( ) IDA (X) VOLTA ( ) IDA / VOLTA

21.08.2024 Saída / Base: 22:20 Ambulância: ( ) BÁSICA (X) UTI nº 325  
Cheg / Base: 01:20 Carteira nº P.M. Boro  
Autorização / Senha

MED. REMOÇÃO: Dr Leonardo ENF.: — 1 — TEC. ENF.: João Otávio

PLACA DA VIATURA: SUW-9494 CONDUTOR: Miguel Fernando

NOME DO PACIENTE: Carlos Roberto de Carvalho DATA NASC.: 16.04.81  
ORIGEM: HC Marília - Pronto Socorro CIDADE PACIENTE: Boro  
(ORIGEM) H.CHEG.: 22:39 (ORIGEM) H.SAÍDA: 22:50 (DESTINO) H. CHEGADA: 23:41 (DESTINO) SAÍDA: 00:00  
DIAGNÓSTICO: Anemia falciforme  
DESTINO: Santa Casa - Boro ( ) EMERG. (X) UTI ( ) ENF. LEITO: UTI 202  
SOLICITANTE DA REMOÇÃO: Aline - Boro  
MED. RESP. (ORIGEM):  
MED. RESP. (DESTINO):

MOTIVO DA REMOÇÃO: Transfêrencia hospitalar

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HISTÓRIA<br>PREGRESSA | RELATO DO PACIENTE (X)<br>RELATO JUNTO A FAMÍLIA ( )<br>IMPOSSIBILIDADE DE COLETA DADOS ( )<br>ALERGIA ( ) SIM (X) NÃO<br>MED. DE USO CONTINUO ( )                                                                                                                                                                                                                    | HISTÓRIA<br>MÉDICA                                                                                                                                                                                           | CIRURGIA ANT. ( ) SIM ( ) NÃO<br>QUAIS: _____<br>CARDIOPATIAS: ( ) SIM (X) NÃO<br>DIABETES ( ) SIM (X) NÃO<br>HAS: ( ) SIM (X) NÃO<br>ETILISTA: ( ) SIM (X) NÃO<br>TABAGISTA: ( ) SIM (X) NÃO |
|                       | CASO CLÍNICO<br>( ) PNEUMO ( ) NEURO ( ) ORTOPEDIA ( ) URO ( ) CARDIO<br>( ) GINECO ( ) GASTRO ( ) ENDOCRINO ( ) NEFRO ( ) PSIQ.<br>( ) OBST. ( ) INFECT. ( ) QUEIMADURA                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| SINAIS<br>VITAIS      | HORÁRIO 22:50 P.A. 100/60 mmHg P: 100 ppm FR: 17 imp T: C SatO2 93 %<br>Glicemia — mg/dl VENOCISE: m.s.e. ABOCATH N: 22 CATETER CENTRAL: —                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| EXAME<br>FÍSICO       | NEUROLÓGICO<br>(X) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE<br>(X) ORIENTADO ( ) COMA<br>( ) CONFUSO ( ) SEDADO<br>( ) AGITADO ( ) OUTROS _____                                                                                                                                                                                                                                    | PUPILAS<br>(X) ISOCÓRICA MIOTICA ( ) ANISOCÓRICA (d>e)<br>(X) ISOCÓRICA MÉDIAS (NORMAIS) ( ) ANISOCÓRICA (d<e)<br>( ) ISOCÓRICA MIDRIASE (X) FOTORREAGENTE<br>( ) ISOCÓRICA PUNTIFORME ( ) NÃO-FOTORREAGENTE |                                                                                                                                                                                               |
| EXAME<br>FÍSICO       | PROCEDIMENTOS<br>( ) ASPIRAÇÃO ( ) PRANCHA LONGA ( ) INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL + VM<br>( ) SONDAGEM VESICAL ( ) SONDAGEM VESICAL (X) OXIGÊNIO<br>( ) CATETER O2 ( ) COLAR CERVICAL ( ) MÁSCARA LARÍNGEA<br>( ) Sonda NASOGÁSTRICA ( ) GUEDEL ( ) IMOBILIZAÇÕES<br>( ) TRAQUEOSTOMIA (X) VENOCISE ( ) NEBULIZAÇÃO<br>( ) CURATIVO COMPRESSIVO ( ) DRENO DE TORAX ( ) PARTO |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| EXAME<br>FÍSICO       | QUEIMADURA<br>( ) CHAMAS ( ) LÍQUIDOS ( ) SUPERFÍCIES QUENTES ( ) CHOQUE ELÉTRICO<br>PROFUNDIDADE - ( ) 1 GRAU ( ) 2 GRAU ( ) 3 GRAU EXTENSÃO ÁREA CORPÓREA _____ %<br>( ) CABEÇA ( ) PESCOÇO ( ) TRONCO ANTERIOR ( ) TRONCO POSTERIOR ( ) PERÍNEO<br>( ) MSE ( ) MIE ( ) MSD ( ) MID                                                                                 |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| EXAME<br>FÍSICO       | GASTROINTESTINAL ABDOME:<br>(X) PLANO ( ) DESTENDIDO ( ) SEMI GLOBOSO ( ) GLOBOSO ( ) HEMATEMESE ( ) GASTROSTOMIA<br>( ) JEJUNOSTOMIA ( ) COLOSTOMIA ( ) SNG ( ) SNE ( ) DIARRÉIA ( ) MELENA<br>( ) OBSTIPAÇÃO ( ) CISTOSTOMIA                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| EXAME<br>FÍSICO       | GENITALIA<br>( ) SEM ALTERAÇÃO (X) SVD ( ) DIURESE ESPONTÂNEA ( ) OUTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| EXAME<br>FÍSICO       | MEMBROS SS/II<br>(X) PLÉGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA ( ) HEMIPARESIA ( ) OUTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DA EQUIPE DE TRANSPORTE

Leonardo Utian Bispo  
MÉDICO / CRM  
TEC. ENFERMAGEM / COREN  
ENFERMEIRO / COREN  
ASS. DO RESP. (POR EXTENSO)





On-Life - UTI Móvel Marília Ltda  
Rua 21 de Abril, 385 - Jd Maria Izabel  
CEP: 17515-220 - Marília - São Paulo  
(14) 3422-4255 / 99761-9010

LANÇADO  
13/03/24  
DEUS É FIEL

### SISTEMATIZAÇÃO DE REMOÇÃO ADULTA

(X) IDA ( ) VOLTA ( ) IDA / VOLTA

21.08.24 Saída / Base: 1145 Ambulância: (X) BÁSICA ( ) UTI nº 321  
Cheg / Base: 1220 Carteira nº: Am de Bora  
Convênio: Autorização / Senha:

MED. REMOÇÃO: — ENF.: Edma Costa TEC. ENF.: Lúcia

PLACA DA VIATURA: FSD 4049 CONDUCTOR: Cleiza Gonçalves

NOME DO PACIENTE: Carlos Roberto de Carvalho DATA NASC.: 16.04.81  
ORIGEM: Hemocentro Marília CIDADE PACIENTE: Bora  
(ORIGEM) H.CHEG.: 1155 (ORIGEM) H.SAÍDA: 1205 (DESTINO) H.CHEGADA: 1208 (DESTINO) SAÍDA: 1212  
DIAGNÓSTICO: Infecção pulmonar  
DESTINO: Hospital dos Clínicos Marília EMERG. ( ) UTI ( ) ENF. LEITO  
SOLICITANTE DA REMOÇÃO: Aline (Prof. Bora)  
MED. RESP. (ORIGEM):  
MED. RESP. (DESTINO):

MOTIVO DA REMOÇÃO: Transf. do Hemocentro por Consulta p/ HC Marília

|                    |                                                                                       |                            |                                |                          |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| HISTÓRIA PREGRESSA | RELATO DO PACIENTE (X)                                                                | HISTÓRIA MÉDICA            | CIRURGIA ANT. ( ) SIM (X) NÃO  | QUAIS:                   |
|                    | RELATO JUNTO A FAMÍLIA ( )                                                            |                            | CARDIOPATIAS: ( ) SIM (X) NÃO  | DIABETES ( ) SIM (X) NÃO |
| CASO CLÍNICO       | IMPOSSIBILIDADE DE COLETA DADOS ( )                                                   | HAS: (X) SIM ( ) NÃO       | ETILISTA: ( ) SIM (X) NÃO      |                          |
|                    | ALERGIA ( ) SIM (X) NÃO                                                               | TABAGISTA: (X) SIM ( ) NÃO |                                |                          |
| SINAIS VITAIS      | MED. DE USO CONTINUO ( )                                                              |                            |                                |                          |
|                    |                                                                                       |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | HORÁRIO: — P.A. 100 / 60 mmHg P: 69 ppm FR: 76 imp T 35 C SatO2 96 %                  | PUPILAS                    | ( ) ISOCÓRICA MIOTICA          | ( ) ANISOCÓRICA (d>e)    |
|                    | Glicemia — mg/dl VENOCLISE: — ABOCATH N: — CATETER CENTRAL: —                         |                            | (X) ISOCÓRICA MÉDIAS (NORMAIS) | ( ) ANISOCÓRICA (d<e)    |
| EXAME FÍSICO       | NEUROLÓGICO (X) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE                                           |                            | ( ) ISOCÓRICA MIDRIASE         | (X) FOTORREAGENTE        |
|                    | (X) ORIENTADO ( ) COMA                                                                |                            | ( ) ISOCÓRICA PUNTIFORME       | ( ) NÃO-FOTORREAGENTE    |
| EXAME FÍSICO       | ( ) CONFUSO ( ) SEDADO                                                                |                            |                                |                          |
|                    | ( ) AGITADO ( ) OUTROS —                                                              |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | PROCEDIMENTOS ( ) ASPIRAÇÃO ( ) PRANCHA LONGA ( ) INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL + VM          |                            |                                |                          |
|                    | ( ) SONDAGEM VESICAL ( ) SONDAGEM VESICAL ( ) OXIGÊNIO                                |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | ( ) CATETER 02 ( ) COLAR CERVICAL ( ) MÁSCARA LARÍNGEA                                |                            |                                |                          |
|                    | ( ) SONDA NASOGÁSTRICA ( ) GUEDEL ( ) IMOBILIZAÇÕES                                   |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VENOCLISE ( ) NEBULIZAÇÃO                                       |                            |                                |                          |
|                    | ( ) CURATIVO COMPRESSIVO ( ) DRENO DE TORAX ( ) PARTO                                 |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | QUEIMADURA ( ) CHAMAS ( ) LÍQUIDOS ( ) SUPERFÍCIES QUENTES ( ) CHOQUE ELÉTRICO        |                            |                                |                          |
|                    | PROFUNDIDADE - ( ) 1 GRAU ( ) 2 GRAU ( ) 3 GRAU EXTENSÃO ÁREA CORPÓREA — %            |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | ( ) CABEÇA ( ) PESCOÇO ( ) TRONCO ANTERIOR ( ) TRONCO POSTERIOR ( ) PERÍNEO           |                            |                                |                          |
|                    | ( ) MSE ( ) MIE ( ) MSD ( ) MID                                                       |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | GASTROINTESTINAL ABDOME:                                                              |                            |                                |                          |
|                    | (X) PLANO ( ) DESTENDIDO ( ) SEMI GLOBOSO ( ) GLOBOSO ( ) HEMATEMESE ( ) GASTROSTOMIA |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | ( ) JEJUNOSTOMIA ( ) COLOSTOMIA ( ) SNG ( ) SNE ( ) DIARRÉIA ( ) MELENA               |                            |                                |                          |
|                    | ( ) OBSTIPAÇÃO ( ) CISTOSTOMIA                                                        |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | GENITALIA                                                                             |                            |                                |                          |
|                    | ( ) SEM ALTERAÇÃO (X) SVD ( ) DIURESE ESPONTÂNEA ( ) OUTROS                           |                            |                                |                          |
| EXAME FÍSICO       | MEMBROS SS/II                                                                         |                            |                                |                          |
|                    | ( ) PLÉGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA ( ) HEMIPARESIA ( ) OUTROS —                    |                            |                                |                          |

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DA EQUIPE DE TRANSPORTE

MÉDICO /CRM

TEC. ENFERMAGEM/COREN

ASS. DO RESP. (POR EXTENSO)

Flávia Ap. Silva Carvalho

Edna Regina S. Castro  
Enfermeira  
COREN-SP 174371





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 68EC-BB7E-2685-65C6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ALINE MARTINS (CPF 368.XXX.XXX-00) em 30/09/2024 09:31:19 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/68EC-BB7E-2685-65C6>

## Proc. Administrativo 1- 373/2024

**De:** Cristiano S. - DCL

**Para:** GAB - Gabinete do Prefeito

**Data:** 01/10/2024 às 10:37:53

**Setores envolvidos:**

GAB, DCL, DS, DS-ATEN

### PROC. UTI MOVEI PACIENTE C.R.D.C

DECLARO que a documentação apresentada está de acordo com o que é exigido pela Lei nº 14.133 de 2021, merecendo os destaques:

|   | ITEM                                               | DETALHAMENTO                                                                    |
|---|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| x | Requisição (Ofício de justificativa)               | Devidamente justificado no corpo do Processo Eletrônico (1Doc)                  |
| x | Estudo Técnico Preliminar e/ou Termo de Referência | Apresentou os estudos e/ou termo de referência que baseou o objeto do processo. |
| x | Cotação                                            | Seguiu a legislação nº 14.133                                                   |
| x | Mapa de cotação                                    | Reflete as cotações apresentadas e a cotação obtida de forma eletrônica         |
| x | Certidão Federal                                   | Comprovou a regularidade frente aos tributos federais.                          |
| x | Certidão FGTS                                      | Comprovou a regularidade frente aos recolhimentos de FGTS                       |
| x | Certidão Trabalhista                               | Comprovou a regularidade trabalhista                                            |

Dessa forma,

|   |                                                  |
|---|--------------------------------------------------|
| x | <b>DEFIRO</b> o objeto pretendido do processo.   |
|   | <b>INDEFIRO</b> o objeto pretendido do processo. |

Encaminho ao Gabinete do Prefeito para deliberação.

Borá-SP, data da assinatura eletrônica.



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8BD9-16EC-879B-DDA3

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CRISTIANO JOSÉ DA SILVA (CPF 356.XXX.XXX-08) em 01/10/2024 10:38:07 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/8BD9-16EC-879B-DDA3>

## Proc. Administrativo 2- 373/2024

**De:** LUIZ R. - GAB

**Para:** DAF-DISP-B - DISPENSA - baixo valor

**Data:** 01/10/2024 às 14:12:01

**Setores envolvidos:**

GAB, DCL, DS, DS-ATEN, DAF-DISP-B

### PROC. UTI MOVEI PACIENTE C.R.D.C

Ao Agente de Contratação

#### AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DA DISPENSA

**REFERENTE:** Ao objeto do Processo Eletrônico retrocitado.

**DETERMINO** que sejam tomadas todas as providências para a abertura de processo de dispensa de licitação.

Borá, data da assinatura eletrônica.

—  
**Luiz Carlos Rodrigues**  
Prefeito



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1785-B923-BE22-6414

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



LUIZ CARLOS RODRIGUES (CPF 103.XXX.XXX-93) em 01/10/2024 14:12:49 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: AC CONSULTI BRASIL RFB << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/1785-B923-BE22-6414>

## Proc. Administrativo 3- 373/2024

---

**De:** Jenifer S. - DAF-DISP-B

**Para:** DAF-DISP-B - DISPENSA - baixo valor

**Data:** 02/10/2024 às 10:44:03

**Setores envolvidos:**

GAB, PROC, DAF, DCL, DS, SG-CI, DS-ATEN, DAF-DISP-B

### PROC. UTI MOVEI PACIENTE C.R.D.C

Segue em anexo o Aviso de Dispensa.

—  
**Jenifer Leticia Lima da Silva**  
Assessor

**Anexos:**

Aviso\_de\_Dispensa.pdf

# PREFEITURA DE BORÁ

Praça Santo Antônio, nº 10 - Borá

## AVISO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO POR LIMITE

Processo de Dispensa Nº 365/2024, Modalidade Nº 355/2024.

Borá-SP, 02/10/24

A **PREFEITURA DE BORÁ**, por meio de seu Agente de Contratação, torna público que realizou a **DISPENSA DE LICITAÇÃO**, conforme a Lei nº 14.133/2021, Art. 75, inc. II, em virtude da contratação enquadrar-se nos limites estabelecidos por lei.

### 1. OBJETO

**CENTRO DE SAÚDE - SERVIÇOS UTI MOVEL REMOÇÃO PACIENTE EM AMBULANCIA COM MEDICO E ENFERMAGEM.**, conforme documentação anexa ao Processo de Dispensa Nº 365/2024, Modalidade Nº 355/2024.

### 2. JUSTIFICATIVA

A presente dispensa está amparada na Lei nº 14.133/2021, Art. 75, inc. II, que dispõe sobre as licitações e contratos administrativos, em razão das condições especiais previstas na legislação, em especial ao baixo valor da respectiva contratação.

### 3. ITENS DO PROCESSO

Os itens integrantes do processo são:

| Lote | Item | Descrição          | Quantidade | Unidade | Valor Unitário | Total    |
|------|------|--------------------|------------|---------|----------------|----------|
| 1    | 1    | SERVIÇOS UTI MÓVEL | 1,00       | UN      | 4.289,84       | 4.289,84 |

### 4. VALOR CONTRATADO E EMPRESA VENCEDORA

O valor contratado é de 4.289,84 (quatro mil duzentos e oitenta e nove reais e oitenta e quatro centavos).

A empresa vencedora foi:

| Nome da Empresa          | CNPJ               | Valor Ofertado                                                                    |
|--------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| U T I MOVEL MARILIA LTDA | 02.215.111/0001-40 | 4.289,84 (quatro mil duzentos e oitenta e nove reais e oitenta e quatro centavos) |

# PREFEITURA DE BORÁ

Praça Santo Antônio, nº 10 - Borá

O processo onera a classificação orçamentária:

| Dept   | Desp. | Princ | Fnc | Sub.Fnc | Prog | ProjAtiv | FR | CA      | GND          |
|--------|-------|-------|-----|---------|------|----------|----|---------|--------------|
| 020701 | 822   | 810   | 10  | 301     | 9    | 23       | 1  | 3100000 | 339039500000 |

## 5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Para mais informações, os interessados podem entrar em contato pelo telefone 18-3367-1103 ou pelo e-mail [rodolpho.nespoli@pmbora.sp.gov.br](mailto:rodolpho.nespoli@pmbora.sp.gov.br).

RODOLPHO AUGUSTO BERTO NESPOLI  
Diretor do Departamento de Administração e Finanças  
Agente de contratação

LUIZ CARLOS RODRIGUES  
Prefeito Municipal





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: BB3A-3AA0-FA16-99C7

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



RODOLPHO AUGUSTO BERTO NESPOLI (CPF 436.XXX.XXX-80) em 02/10/2024 10:56:10 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



LUIZ CARLOS RODRIGUES (CPF 103.XXX.XXX-93) em 07/10/2024 09:14:32 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: AC CONSULTI BRASIL RFB << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/BB3A-3AA0-FA16-99C7>

**Proc. Administrativo 4- 373/2024**

**De:** Jenifer S. - DAF-DISP-B

**Para:** DAF-DISP-B - DISPENSA - baixo valor

**Data:** 02/10/2024 às 10:44:16

Id Contratação PNCP: 44544906000142-1-000399/2024

—  
**Jenifer Leticia Lima da Silva**  
*Assessor*

## Proc. Administrativo 5- 373/2024

---

**De:** Jenifer S. - DAF-DISP-B

**Para:** DAF-DISP-B - DISPENSA - baixo valor

**Data:** 02/10/2024 às 10:45:44

**Setores envolvidos:**

GAB, PROC, DAF, DCL, DS, SG-CI, DS-ATEN, DAF-DISP-B

### PROC. UTI MOVEI PACIENTE C.R.D.C

Segue em anexo o Pedido de Empenho.

—  
**Jenifer Leticia Lima da Silva**  
Assessor

**Anexos:**

Pedido\_de\_Empenho.pdf

|                                                                                                                                                                   |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| MUNICIPIO DE BORÁ<br>ESTADO DE SÃO PAULO<br><br>Praça Santo Antonio, 10 - Centro.<br>CEP 19740-000<br>FONE: DDD (18) 3367-1103<br>CNPJ (M.F.): 44.544.906/0001-42 | <b>PEDIDO DE EMPENHO</b><br><br><b>2260 / 2024</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

**PROCESSO DE COMPRA Nº. 365/2024**

Dispensa por Limite Nº. 355

|                                                                                                                              |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| FORNECEDOR<br>1669 - <b>U T I MOVEL MARILIA LTDA</b><br>TEL. 14-3541-0000<br>ENDEREÇO<br>AV. SAMPAIO VIDAL CASA A Nº. CENTRO | CNPJ/CPF<br>02.215.111/0001-40<br><br>CIDADE/ESTADO<br>MARÍLIA / SP |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fonte de Recurso: 1TESOURO<br><b>Unidade: 0000-PREFEITURA MUNICIPAL</b><br><b>Despesa: 822-SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS</b><br>Categoria Econômica: 339039500000<br>Código Aplicação: 3100000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condição de Pagamento: Todo dia 10 de cada mês                                                                  |
| Finalidade: <b>CENTRO DE SAÚDE - SERVIÇOS UTI MOVEL REMOÇÃO PACIENTE EM AMBULANCIA COM MEDICO E ENFERMAGEM.</b> |
| Homologação: 02/10/2024                                                                                         |
| Prazo de Execução: Imediato                                                                                     |
| Local de Entrega:                                                                                               |
| Contrato: /                                                                                                     |
| Ata: /                                                                                                          |

| Item | Quant. | UN     | Discriminação      | Pr. Unitário R\$ | Total R\$ |
|------|--------|--------|--------------------|------------------|-----------|
| 1    | 1,00   | 1,0000 | SERVIÇOS UTI MÓVEL | 4.289,8400       | 4.289,84  |

|                                                                  |              |                     |
|------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| Borá/SP, 02 de outubro de 2024.<br><br>Departamento de Licitação | <b>TOTAL</b> | <b>R\$ 4.289,84</b> |
|------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|

Assinado por 1 pessoa: RODOLPHO AUGUSTO BERTO NESPOLI  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/ED34-31BA-AC43-D972> e informe o código ED34-31BA-AC43-D972





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: ED34-31BA-AC43-D972

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



RODOLPHO AUGUSTO BERTO NESPOLI (CPF 436.XXX.XXX-80) em 02/10/2024 10:56:07  
(GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/ED34-31BA-AC43-D972>

**Proc. Administrativo 6- 373/2024**

**De:** Jenifer S. - DAF-DISP-B

**Para:** PROC - Procuradoria

**Data:** 02/10/2024 às 10:46:26

Encaminhamos toda a documentação para análise referente ao processo nº 365 da modalidade nº 355 para providencias.

—

**Jenifer Leticia Lima da Silva**

*Assessor*

**Proc. Administrativo 7- 373/2024**

**De:** Caio V. - PROC

**Para:** SG-CI - Controle Interno

**Data:** 02/10/2024 às 10:52:46

Segue em anexo o Parecer Juridico.

—

**Caio da Silva Verissimo**

*assessor*

**Anexos:**

PARECER\_JURIDICO\_REFERENCIAL\_DISPESA\_DE\_LICITACAOassinado.pdf

# **PARECER JURÍDICO REFERENCIAL DISPESA DE LICITAÇÃO nº 01/2024**

**BASE LEGAL:** Art. 75, INC.I,II da Lei nº. 14.133/2021

**ASSUNTO:** ORIENTAÇÃO JURÍDICA. POSSIBILIDADE DE CONTRATAÇÃO DE EMPRESA MEDIANTE DISPENSA DE LICITAÇÃO EM RAZÃO DO VALOR. DESNECESSIDADE DE PARECER JURIDICO DE REGULARIDADE PROCESSUAL CONFORME AS OBSERVAÇÕES DESTE PARECER. POSSIBILIDADE. INEXISTÊNCIA DE DÚVIDA JURÍDICA SOBRE A CONTRATAÇÃO.

## **1- RELATÓRIO**

Trata-se de solicitação sobre a possibilidade de fixação de orientação jurídica geral, para os processos de contratação direta, por dispensa de licitação em razão de valor, com base no permissivo legal do artigo 75, I e II da lei 14.133/2021, no sentido da desnecessidade de parecer jurídico individualizado de regularidade processual sob a condição de obediência a legislação e da inexistência de dúvida jurídica sobre a contratação.

## **2- FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA**

### **2.1- DA ANÁLISE JURÍDICA:**

O exame desta Procuradoria se dá nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021, e demais normas pertinentes à espécie, subtraindo-se análises que importem considerações de ordem técnica, financeira ou orçamentária, considerando a delimitação legal de competência do cargo, com teor elucidativo não vinculativo da Autoridade Competente.

Esses limites à atividade deste órgão jurídico se justificam em razão de que as suas manifestações possuem natureza opinativa e, portanto, não são vinculantes para o gestor público, o qual pode, de forma justificada, adotar orientação contrária ou diversa daquela emanada por esta Assessoria.

De fato, presume-se que as especificações técnicas contidas nos processos, tenham sido regularmente determinadas pela unidade competente, com base em parâmetros técnicos objetivos, para a melhor consecução do interesse público.

O dever de licitar é expresso no inciso XXI do art. 37 da Constituição de 1988, vejamos:

"Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também , ao seguinte :

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras , serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes , com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei , o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento

Com efeito, de acordo o Supremo Tribunal Federal, a Licitação Pública possui um objetivo duplo - a seleção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública e a garantia ao administrado de sua concorrência à contratação pretendida em igualdade de condições.

Vejamos:

"A licitação é um procedimento que visa à satisfação do interesse público, pautando-se pelo princípio da isonomia. Está voltada a um duplo objetivo: o de proporcionar à administração a possibilidade de realizar o negócio mais vantajoso- o melhor negócio - e o de assegurar aos administrados a oportunidade de concorrerem, em igualdade de condições, à contratação pretendida pela administração. (... ) Procedimento que visa à satisfação do interesse público, pautando-se pelo princípio da isonomia, a função da licitação é a de viabilizar, através da mais ampla disputa, envolvendo o maior número possível de agentes econômicos capacitados, a satisfação do interesse público. A competição visada pela licitação, a instrumentar a seleção da proposta mais vantajosa para a administração, impõe-se seja desenrolada de modo que reste assegurada a igualdade (isonomia) de todos quantos pretendam acesso às contratações da administração. A conversão automática de permissões municipais em permissões intermunicipais afronta à igualdade - art. 5º -, bem assim o preceito veiculado pelo art. 175 da CB. (... ) Afronta ao princípio da isonomia, igualdade entre todos quantos pretendam acesso às contratações da administração.[ADI 2.716 , rei. min.Eros Grau, j . 29-11-2007, P,DJEde 7-3- 2008.]"

Feita essas breves considerações, passa-se à análise propriamente dita do procedimento licitatório de dispensa

Estabelece o art. 37, inciso XXI, da Carta Magna, a obrigatoriedade de realização de procedimento licitatório para contratações feitas pelo Poder Público. No entanto, o próprio dispositivo constitucional reconhece a existência de exceções à regra, ao efetuar a ressalva dos casos especificados na legislação, quais sejam a dispensa e a inexigibilidade de licitação.

Sendo assim, o legislador constituinte admitiu a possibilidade de existirem casos em que a licitação poderá deixar de ser realizada, autorizando a Administração Pública a celebrar, de forma discricionária, contratações diretas sem a concretização de certame

licitatório. A dispensa de licitação é uma dessas modalidades de contratação direta. A Lei nº 14.133/2021, em seu art. 75, inciso II, elenca como dispensável a licitação para contratações que envolvam valores inferiores a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), no caso de outros serviços e compras, in verbis:

Art. 75. É dispensável a licitação II - para contratação que envolva valores inferiores a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), no caso de outros serviços e compras; (Vide Decreto nº 11.871, de 2023) Vigência: Ou seja, nas compras em que o valor não ultrapasse o importe de R\$ 59.906,02 (cinquenta e nove mil novecentos e seis reais e dois centavos), a licitação passou a ser dispensável à Administração Pública dos entes federativos, de todos os Poderes.

Destarte, a fim de se cumprir o disposto do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, o legislador derivado exigiu que os processos de dispensa de licitação sejam formalizados, no que couber, com os elementos requeridos pelo art. 72 da Lei nº 14.133/2021, senão vejamos:

Art. 72. O processo de contratação direta, que compreende os casos de inexigibilidade e de dispensa de licitação, deverá ser instruído com os seguintes documentos:

I - documento de formalização de demanda e, se for o caso, estudo técnico preliminar, análise de riscos, termo de referência, projeto básico ou projeto executivo;

II - estimativa de despesa, que deverá ser calculada na forma estabelecida no art. 23 desta Lei;

III - parecer jurídico e pareceres técnicos, se for o caso, que demonstrem o atendimento dos requisitos exigidos;

IV - demonstração da compatibilidade da previsão de recursos orçamentários com o compromisso a ser assumido;

V - comprovação de que o contratado preenche os requisitos de habilitação e qualificação mínima necessária;

VI - razão da escolha do contratado;

VII- justificativa de preço;

VIII - autorização da autoridade competente.

Assim, uma vez iniciado o processo de dispensa de licitação através da Lei nº 14.133 de 2021, ele deverá, em sua totalidade obedecer aos requisitos impostos pela modalidade de licitação escolhida.

## **2.2. DA POSSIBILIDADE DE PARECER JURÍDICO REFERENCIAL**

No exercício da advocacia, no âmbito interno deste Ente Público, especialmente no assessoramento jurídico, para assuntos administrativos, a adoção de uma orientação jurídica geral, estabelece firme liame com a eficiência administrativa e a segurança jurídica.

Dentre os fundamentos jurídicos permissivos para a presente manifestação orientativa na seara do direito público, destacam-se a aplicação do princípio constitucional de eficiência.

No contexto do processo administrativo, o princípio da eficiência é importante para garantir que a Administração Pública exerça suas atividades de forma célere e sem desperdício de recursos, buscando sempre a melhor solução para os casos que lhe são apresentados.

Assim, ao aplicar o princípio da eficiência no processo administrativo, a administração pública deve agir com rapidez na análise e solução dos processos, adotando medidas que garantam a efetividade das decisões, mas sem deixar de lado a qualidade e a segurança jurídica.

Importante dizer que, em nenhum momento, prescindir-se-á da segurança jurídica, pois todas as recomendações estão baseadas em lei e são de natureza cotidiana na administração pública.

A respeito da segurança jurídica, cumpre asseverar que o Tribunal de Contas da União, assim se manifestou quanto ao assunto em comento, conforme trecho abaixo:

*“EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AGU. REPRESENTAÇÃO. ALEGAÇÃO DE OBSCURIDADE. DÚVIDA QUANTO À INTERPRETAÇÃO DE ENTENDIMENTO CONTIDO NO ACÓRDÃO. CONHECIMENTO. NEGATIVA DE PROVIMENTO. CIÊNCIA. ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator, com fulcro nos arts. 32, inciso II, e 34 da Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992, c/c os arts. 277, inciso III, 282 e 287, § 1º do RITCU, em: 9.1. conhecer dos presentes embargos de declaração, para, no mérito, negar-lhes provimento; 9.2. informar à Advocacia-Geral da União que o entendimento do TCU quanto à emissão de pareceres jurídicos sobre as minutas de editais licitatórios e de outros documentos, nos termos do art. 38, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 1993, referenciado nos Acórdãos 748/2011 e 1.944/2014, ambos prolatados pelo Plenário, não impede a utilização, pelos órgãos e entidades da administração pública federal, de um mesmo parecer jurídico em procedimentos licitatórios diversos, desde que envolva matéria comprovadamente idêntica e que seja completo, amplo e abranja todas as questões jurídicas pertinentes, cumprindo as exigências indicadas na Orientação Normativa AGU nº 55, de 2014, esclarecendo-a, ainda, de que a presente informação é prestada diante da estrita análise do caso concreto apreciado nestes autos, não se constituindo na efetiva apreciação da regularidade da aludida orientação normativa, em si mesma; e 9.3. encaminhar cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e do Voto que o fundamenta, ao embargante.” (TCU. Processo nº 004.757/2014-9. Acórdão nº 2.674/2014 – Plenário. Relator Ministro André de Carvalho. Data da sessão: 08/10/2014) Grifou-se.*

Desta feita, perfeitamente possível e esperado, avante a eficiência administrativa, o uso de parecer jurídico referencial para padronizar, desburocratizar e tronar mais ágil o trâmite dos procedimentos administrativos.

## **2.3- DA CONTRATAÇÃO DIRETA, POR DISPENSA DE LICITAÇÃO COM FUNDAMENTO NO ARTIGO 75, INCISOS I E II DA LEI 14.133/2021**

O presente parecer jurídico referencial está adstrito às contratações diretas, por dispensa de licitação, em razão do valor, que se sujeitam aos ditames do artigo 75, incisos I e II da Lei 14.133/2021.

Os seus requisitos formais (regularidade) nos casos de contratação direta por dispensa em razão do valor, é necessário que o processo observe os elementos previstos no artigo 72 da referida Lei.

Em complementação aos procedimentos previstos na Lei de licitações, importante para o correto processamento da dispensa:

- I. Solicitação do material ou serviço, com descrição clara do objeto;
- II. Justificativa da necessidade do objeto;
- III. Elaboração da especificação do objeto e nas hipóteses de aquisição de material, das unidades e quantidades a serem adquiridas;
- IV. Elaboração de projetos básicos e executivo para obras e serviços, no que couber;
- V. Indicação dos Recursos para a cobertura da despesa;
- VI. Pesquisa de preços em, pelo menos, três fornecedores do ramo do objeto licitado (caso não seja possível à obtenção de três propostas de preço, formular nos autos a devida justificativa);
- VII. Juntada aos autos do original das propostas;
- VIII. Elaboração de mapa comparativo dos preços, quando for o caso;
- IX. Solicitação de amostra ou protótipo do produto de menor preço, se necessário;
- X. Julgamento das propostas;
- XI. Juntada aos autos dos originais ou cópias autenticadas os conferidas com o original dos documentos de habilitação (regularidade fiscal: CND e CRF) do proponente ofertante do menor preço

Além dos requisitos acima, o artigo 75 da lei 14.133/2021 prevê alguns detalhes importantes que devem ser seguidos.

Para evitar o fracionamento irregular de despesas, o § 1º, do citado artigo, traz critérios que devem ser considerados para análise do limite legal da despesa.

Nesse contexto, geralmente, durante o exercício financeiro, o surgimento de outro bem ou serviço (previsível) de mesma natureza a ser contratado de forma direta por dispensa de licitação em razão de valor, poderia configurar falha no planejamento.

Por sua vez, no § 3º, do referido artigo, a Lei determina que as contratações diretas, por dispensa em razão do valor, sejam precedidas preferencialmente “... de divulgação de aviso em sítio eletrônico oficial, pelo prazo mínimo de 3 (três) dias úteis, com a especificação do objeto pretendido e com a manifestação de interesse da Administração em obter propostas adicionais de eventuais interessados, devendo ser selecionada a proposta mais vantajosa”.

O termo “preferencialmente” faz com que se torne absolutamente imprescindível a inclusão de justificativa, caso se opte por não se efetuar o procedimento previsto no referido parágrafo.

Além disso, cumpre ressaltar que o instrumento de contrato não é obrigatório na contratação direta por dispensa de licitação em razão do valor, conforme o disposto no art. 95, inciso I, da Lei nº 14.133/2021, podendo ser substituído por carta-contrato, nota de empenho de despesa, autorização de compra ou ordem de execução de serviço, que deverão observar, no que couber, as cláusulas de contrato previstas no art. 92.

Contudo, se a contratação envolver obrigações futuras para o contratado, como serviços de garantia e de suporte técnico, por exemplo, impõe-se a celebração de contrato.

Além disso, faz-se importante a observância dos preceitos estabelecidos nos artigos 6º, incisos XXIII, XXV, XXXII e XXXIII, 14, § 4º, 18, §§ 1º, 2º e 3º, 40, § 1º, e 46, §§ 1º e 2º, da Lei nº 14.133/2021, que tratam sobre o termo de referência, o projeto básico, o estudo técnico preliminar e o projeto executivo.

O procedimento deve conter, também, a estimativa de despesa, a ser realizada de acordo com o art. 23, da Lei de regência.

**O art. 72, faz constar a exigência de pareceres jurídicos e técnicos atestando o cumprimento dos requisitos exigidos. Uma vez aprovado o parecer referencial, os responsáveis pelo procedimento de dispensa de licitação poderão atestar o cumprimento dos requisitos aqui apontados. Por sua vez, a necessidade de pareceres técnicos depende do objeto a ser licitado, o que deve ser observado pela autoridade responsável.**

Além disso, deve-se observar a necessidade de juntada das razões da escolha do contratado, da justificativa de preço e da autorização da autoridade competente.

Em outro enfoque, faz-se importante salientar que as contratações diretas também estão obrigadas ao prévio empenho e à vedação do pagamento antecipado, como regra geral, salvo expressa determinação legal. Nesse sentido, a Lei nº 4.320/1964 bem enfatiza.

Encerrando, a contratação direta com fundamento no art. 75, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021, deverá respeitar as determinações legais da lei de licitações e as observações acima.

### **3 – CONCLUSÃO**

Essa assessoria jurídica, do ponto de vista estritamente jurídico, abstraída qualquer consideração acerca das especificações, dos valores ou da conveniência e oportunidade, opina pela possibilidade jurídica da dispensa de prévio parecer jurídico de regularidade processual nos casos de contratação direta, por dispensa de licitação em razão do valor, com fundamento no art. 75, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021, conforme estabelecido no bojo da fundamentação deste parecer, ressaltando:

- Da validade do presente parecer referencial pelo prazo de 1 (um) ano, sendo necessária a revisão após tal período;
- Da certificação pelo setor competente da contratação com base nos casos de contratação direta, por dispensa de licitação em razão do valor, com fundamento no art. 75, incisos I e II, da Lei nº 14.133/2021, de que a situação concreta é enquadrada nos termos deste parecer referencial.

Além disso, na existência de quaisquer dúvidas de natureza jurídica acerca da aplicação do parecer referencial o processo administrativo deverá ser remetido para esta Assessoria Jurídica para análise individualizada, mediante formulação de questionamento específico pelo Setor requerente.

É o parecer

Borá, 21 de maio de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 FERNANDA PATRICIA ARAUJO CAVALCANTE  
Data: 21/05/2024 14:34:12-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fernanda Patricia Araujo Cavalcante

OAB/SP n. 273.519

Procuradora Jurídica

## Proc. Administrativo 8- 373/2024

**De:** Isabela C. - SG-CI

**Para:** DAF-CONT - Contabilidade

**Data:** 02/10/2024 às 14:47:46

**Setores envolvidos:**

GAB, PROC, DAF, DCL, DS, SG-CI, DAF-CONT, DS-ATEN, DAF-DISP-B

### PROC. UTI MOVEI PACIENTE C.R.D.C

Atesto que a documentação abaixo foi apresentada:

|   |                                                   |                                                                                                                                           |
|---|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| x | Requisição                                        | Devidamente justificado.                                                                                                                  |
| x | Cotação                                           | Seguiu a legislação da Lei Nº 14.133 (Art. 23, §§ 1º e 2º e Art. 72, VII)                                                                 |
| x | Justificativa de escolha de fornecedor (de preço) | Justificativa da razão para escolher os 3 fornecedores apresentados na cotação (Art. 23, §§ 1º e 2º e Art. 72, VII da Lei nº 14.133/2021) |
| x | Mapa de cotação                                   | Reflete as cotações apresentadas e a cotação obtida de forma eletrônica                                                                   |
| x | Autorização do objeto                             | Está adequado orçamentariamente e consta do PAC.                                                                                          |
| x | Alteração do PAC/Orçamento                        | Não havia previsão inicialmente, mas foi realizado a adequação.                                                                           |
| x | Autorização para formalização                     | O prefeito autorizou a contratação.                                                                                                       |
| x | Formalização                                      | Por ser tratar de                                                                                                                         |
| x | Parecer jurídico                                  | Foi emitido parecer jurídico favorável sem ressalvas.                                                                                     |
| x | Publicação                                        | Foi realizado as publicações no site da Prefeitura, PNCP e Diário Oficial do CIVAP                                                        |
| x | Adjudicação e Deliberação Superior                | O processo foi adjudicado.                                                                                                                |

Sendo o que tínhamos para o momento, **DECLARO** que está de **acordo** até o momento, a documentação para abertura da licitação, podendo prosseguir para a publicação.

É recomendado que se atente as determinações da Lei nº 14.133/2021 em relação as publicações e documentações obrigatórias com relação as dispensas de licitação, bem como a inclusão de tais despesas no planejamento anual.

—  
**Isabela Neves de Carvalho**  
*Auxiliar Serviços Diversos*

Assinado por 1 pessoa: ISABELA NEVES DE CARVALHO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/D6EB-9654-16C7-42C6> e informe o código D6EB-9654-16C7-42C6





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: D6EB-9654-16C7-42C6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ISABELA NEVES DE CARVALHO (CPF 322.XXX.XXX-22) em 02/10/2024 14:48:04 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/D6EB-9654-16C7-42C6>

**Proc. Administrativo 9- 373/2024**

**De:** Angelita S. - DAF-CONT  
**Para:** DAF-CONT - Contabilidade  
**Data:** às 00:00:00

Empenho: 2024/003124|UG: 0000-PREFEITURA MUNICIPAL|Orgao: 2-PODER EXECUTIVO|Unidade Orcamentaria: 7-DEPARTAMENTO DE SAUDE|Unidade Orcamentaria: 0-DEPARTAMENTO DE SAUDE|Credor: U T I MOVEL MARILIA LTDA|Processo de Compra: 2024/365|Licitacao: Dispensa por Limite - 2024/355|Valor: 4.289,84

**Anexos:**  
EMP\_0000\_2024\_003124.pdf

Assinado digitalmente (anexos) por:

| Assinante                     | Data                | Assinatura                                           |
|-------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
| Angelita Aparecida Guido d... | 04/10/2024 10:42:00 | 1Doc ANGELITA APARECIDA GUIDO DA SILVA CPF 327.XX... |

Para verificar as assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **85B8-9E4B-3078-3754**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BORÁ

CNPJ: 44.544.906/0001-42

PRAÇA SANTO ANTONIO, 10 - CEP 19740-000 - BORÁ - EST. SÃO PAULO

FONE/FAX: (18) 3367-1103 - E-mail: pmbora@bora.sp.gov.br

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho | Recurso:

003124/24 Ordinário Orçamentário

Orgão: 02 PODER EXECUTIVO

U.Orçam.: 07 DEPARTAMENTO DE SAUDE

U.Exec.: 1 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Cat. Econ.: 103010009.2.023 3390390000

Conta: 810 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JU

Desdob.: SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO

Credor: 3457 U T I MOVEL MARÍLIA LTDA

CNPJ: 02.215.111/0001-40

Banco: Agência:

Endereço: AV. SAMPAIO VIDAL CASA A 1160 CENTRO

Conta Corrente:

Cidade: MARÍLIA

CEP: 17519341

Fone: 14-3541-0000

Licitação

Número

Solicitação

Proc. Compra

Emissão

Vencimento

Dispensa por Limite

355

365

02/10/24

02/10/24

Valor Orçado

Saldo Anterior

Valor do Empenho

Saldo Atual

1.111.000,00

174.523,51

4.289,84

170.233,67

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                               | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 1    | 1      | UN    | SERVIÇOS UTI MÓVEL<br>CENTRO DE SAÚDE - SERVIÇOS UTI<br>MOVEL REMOÇÃO PACIENTE EM<br>AMBULANCIA COM MEDICO E<br>ENFERMAGEM. | 4.289,8400     | 4.289,8400  |
|      |        |       |                                                                                                                             | TOTAL LIQUIDO  | 4.289,84    |

Fonte de Recurso:

1 TESOURO

3100000

TOTAL GERAL

4.289,84

Departamento de Administração e Finanças

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PAGUE-SE A IMPORTANCIA ACIMA LIQUIDADA

Angelita Aparecida Guido da Silva

Responsável

Prefeito Municipal

CHEQUE Nº: \_\_\_\_\_

BANCO : \_\_\_\_\_

CONVÊNIO : \_\_\_\_\_

CERTIFICO HAVER PAGO A IMPORTANCIA ACIMA MENCIONADA

Tesouraria

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(AMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

BORÁ, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome

RG/CPF

Assinatura

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 85B8-9E4B-3078-3754

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ANGELITA APARECIDA GUIDO DA SILVA (CPF 327.XXX.XXX-73) em 04/10/2024 10:41:59  
(GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/85B8-9E4B-3078-3754>

**Proc. Administrativo 10- 373/2024**

**De:** Angelita S. - DAF-CONT  
**Para:** DAF-CONT - Contabilidade  
**Data:** às 00:00:00

Empenho: 2024/003124| Nota de Liquidacao: 262234|UG: 0000-PREFEITURA MUNICIPAL|Orgao: 2-PODER EXECUTIVO|Unidade Orcamentaria: 7-DEPARTAMENTO DE SAUDE|Unidade Orcamentaria: 0-DEPARTAMENTO DE SAUDE|Credor: U T I MOVEL MARILIA LTDA|Processo de Compra: 2024/365|Licitacao: Dispensa por Limite - 2024/355|Valor: 4.289,84

**Anexos:**  
NOTALIQ\_0000\_2024\_003124\_262234.pdf

Assinado digitalmente (anexos) por:

| Assinante                     | Data                | Assinatura                                           |
|-------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
| Angelita Aparecida Guido d... | 08/10/2024 13:55:02 | 1Doc ANGELITA APARECIDA GUIDO DA SILVA CPF 327.XX... |

Para verificar as assinaturas, acesse <https://bora.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **843C-C45A-6F15-9300**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BORÁ

CNPJ: 44.544.906/0001-42

PRAÇA SANTO ANTONIO, 10 - CEP 19740-000 - BORÁ - EST. SÃO PAULO

FONE/FAX: (18) 3367-1103 - E-mail: pmbora@bora.sp.gov.br

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Nº do Empenho | Recurso:

003124/24 Ordinário Orçamentário

Orgão: 02 PODER EXECUTIVO

U.Orçam.: 07 DEPARTAMENTO DE SAUDE

U.Exec.: 1 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Cat. Econ.: 103010009.2.023 3390390000

Conta: 810 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JU

Desdob.: SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO

Credor: 3457 U T I MOVEL MARILIA LTDA

CNPJ: 02.215.111/0001-40

Banco: Agência:

Endereço: AV. SAMPAIO VIDAL CASA A 1160 CENTRO

Conta Corrente:

Cidade: MARÍLIA

CEP: 17519341

Fone: 14-3541-0000

Licitação

Número

Solicitação

Proc. Compra

Emissão

Vencimento

Dispensa por Limite

355

365

02/10/24

10/10/24

Valor Orçado

Saldo Anterior

Valor do Empenho

Saldo Atual

1.111.000,00

0,00

4.289,84

4.289,84

ITEM QUANT. UNID. ESPECIFICAÇÃO

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

1

1

UN

SERVIÇOS UTI MÓVEL  
CENTRO DE SAÚDE - SERVIÇOS UTI  
MOVEL REMOÇÃO PACIENTE EM  
AMBULANCIA COM MEDICO E  
ENFERMAGEM.

4.238,37

4.238,37

51,47

Fonte de Recurso:

1 TESOURO

3100000

TOTAL GERAL

4.238,37

Departamento de Administração e Finanças

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Angelita Aparecida Guido da Silva

Responsável

ORDEN DE PAGAMENTO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PAGUE-SE A IMPORTANCIA ACIMA LIQUIDADA

Prefeito Municipal

CERTIFICO HAVER PAGO A IMPORTANCIA ACIMA MENCIONADA

CHEQUE Nº: \_\_\_\_\_

BANCO : \_\_\_\_\_

CONVÊNIO : \_\_\_\_\_

Tesouraria

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(AMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

BORÁ, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome

RG/CPF

Assinatura

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 843C-C45A-6F15-9300

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ANGELITA APARECIDA GUIDO DA SILVA (CPF 327.XXX.XXX-73) em 08/10/2024 13:55:00  
(GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bora.1doc.com.br/verificacao/843C-C45A-6F15-9300>