Estudo Técnico Preliminar 369/2025

1. Informações Básicas

Número do processo: Solicitação 2958/2025

2. Descrição da necessidade

REALIZAÇÃO DE COMPRA POR DISPENSA, PARA AQUISIÇÃO DE IMPRESSOS GRÁFICOS, PARA USO NOS DEPARTAMENTOS E UNIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
SECRETARIA DE GESTÃO, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA - EQUIPE DE MATERIAIS	ANDRÉ LUIS TAVARES

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

PARA O ATENDIMENTO, A(S) EMPRESA(S) VENCEDORA(S) DEVERÁ(ÃO) EFETUAR A(S) ENTREGA(S) EM SUA TOTALIDADE NO PRAZO MÁXIMO DE 07 (SETE) DIAS ÚTEIS NO ENDEREÇO RUA JOSÉ FRAZATTO 580, LOTEAMENTO SANTO ANTONIO- JAGUARIÚNA-SP, NO HORÁRIO DAS 08:00 AS 12:00 E DAS 13:00 AS 17:00 HS

A(S) EMPRESA(S) VENCEDORA(S) DEVERÁ(ÃO) APRESENTAR A CONTRA PROVA ANTES DA ENTREGA DOS ITENS SOLICITADOS PARA APROVAÇÃO.

FORMA DE PAGAMENTO - 28 DIAS A PARTIR DA DATA DE ENTREGA

A NOTA FISCAL EMITIDA DEVERÁ SER DE SERVIÇO

5. Levantamento de Mercado

PARA A CONTRATAÇÃO FORAM FEITAS COTAÇÕES EM EMPRESAS DE FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS E PESQUISA NO ÂMBITO DE PREGÕES CONTRATAÇÕES PÚBLICAS ATRAVÉS DOS SITES COMPRAS GOV SP, COM OBJETIVO DE IDENTIFICAR A EXISTÊNCIA DE NOVAS METODOLOGIAS, TECNOLOGIAS OU INOVAÇÕES QUE MELHOR ATENDAM ÀS NECESSIDADES DA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, PORÉM COMO SÃO ÍTENS ESPECÍFICOS DA PREFEITURA, ENCONTRAMOS SOMENTE 03 ITENS NO PORTAL DE COMPRAS.GOV E COMPLEMENTAMOS COM UM TERCEIRO ORÇAMENTO DE EMPRESAS GRÁFICAS.

6. Descrição da solução como um todo

AQUISIÇÃO IMPRESSOS GRÁFICOS PARA SUPRIR OS DEPARTAMENTOS E UNIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE, ONDE CABE AO ALMOXARIFADO CENTRAL O RECEBIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE TODOS OS MATERIAIS DE CONSUMO UTILIZADOS PELAS UNIDADES DA PREFEITURA MUNICIPAL

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

DESCRIÇÃO	UN	QTDE
ITEM 01- ATESTADO MÉDICO MED.15,0 X 21,0 CM, 75G/M2, 01 VIA, IMPRESSÃO COR PRETO	BL C/100 FLS	200
ITEM 02- CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO ODONTOLÓGICO, MED.11,0 X 8,0 CM, GRAMATURA 150G, FRENTE E VERSO, IMPRESSÃO COR PRETO	UN	400
ITEM 03- CARTEIRA DE CONTROLE DE DIABETES E HIPERTENSÃO, MED.11,4 X 14,0 CM, GRAMATURA 150G, IMPRESSÃO COR PRETO, C /05 FOLHAS INTERNAS FRENTE E VERSO	UN	1200
ITEM 04- CONTROLE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS, 01 VIA, A4 75G/M2, IMPRESSAO COR PRETO	BL C/100 FLS	10
ITEM 05- CARTEIRA DE GESTANTE MED.18,0 X 29,3CM, 120G/M2, IMPRESSÃO COLORIDO, FRENTE E VERSO	UN	200
ITEM 06- ENVELOPE PRONTUÁRIO, MED.36,5 X 25,5 CM, **PAPEL PARDO**, COM TIMBRE DA PREFEITURA, ABERTURA NA PARTE SUPERIOR, IMPRESSÃO COR PRETO, GRAMATURA 90 GR	UN	3000
ITEM 07- RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL MED. 21,0 X 14,6 CM, 75G/M2, EM DUAS VIAS AUTOCOPIATIVAS,SENDO A 1ºVIA BRANCA E A 2ºVERDE, IMPRESSÃO COR PRETO	BL C/100 FLS	150
ITEM 08- RETORNO MED.10,5 X 6,0 CM, 75G/M2, 01 VIA, IMPRESSÃO COR PRETO	BL C/100 FLS	500

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R$): 6.690,10

REALIZAMOS O LEVANTAMENTO PARA ESTIMATIVA DOS VALORES DE CONTRATAÇÃO E APRESENTAMOS AS MEMÓRIAS DE CÁLCULO, ONDE ENCONTRAMOS O PREÇO MÉDIO EM R$ 6.690,10 (SEIS MIL, SEISCENTOS E NOVENTA REAIS E DEZ CENTAVOS

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

CONSIDERANDO-SE QUE O MATERIAL DEVERÁ SER ENTREGUE INTEGRALMENTE , HAJA VISTA SUA ÁREA DE INTEGRAÇÃO POR MEIO DE SISTEMAS E ATENDIMENTO, BEM COMO, SEGUINDO-SE A LEI 14.133/21, EM SEU ART. 40, § 3º, INCISOS II, A LUZ DESTE FATO MARÇAL JUSTEN FILHO (2021, PG. 531) DIZ:"NÃO SE ADMITE O PARCELAMENTO QUANTO TECNICAMENTE ISSO NÃO FOR VIÁVEL NEM, MESMO, RECOMENDÁVEL." ..."ALIÁS, SE O OBJETO DO CONTRATO FOR UM CONJUNTO INTEGRADO DE BENS E (OU)SERVIÇOS – CONFIGURANDO-SE UM SISTEMA – O PARCELAMENTO DA CONTRATAÇÃO NÃO SERÁ MERAMENTE INDESEJÁVEL, MAS SIM IMPOSSÍVEL.".PORTANTO, FICA O DESMEMBRAMENTO PARA O OBJETO DESIGNADO NESTE ETP, MUITO MAIS ONEROSO PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, POIS, PERDEMOS A VANTAJOSIDADE DA ECONOMIA DE ESCALA PARA ESTE MATERIAL DE CONSUMO

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

DECLARAMOS QUE ATÉ O PERÍODO, CONFORME VALORES ESTIPULADOS NA LEI 14.133/21, EM SEU ART. 75, INCISO II, DEVIDAMENTE ATUALIZADOS CONFORME O ART. 182, NÃO FOI ULTRAPASSADO O VALOR LEGAL AUTORIZADO PARA AS AQUISIÇÕES DESTE OBJETO, BEM COMO DE ITENS CORRELATOS E /OU SENDO ASSIM MANTIDO INTERDEPENDENTES, POR ESTA SECRETARIA MUNICIPAL, O RESPEITO ÀS DETERMINAÇÕES LEGAIS

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

COM A COMPRA POR DISPENSA DE IMPRESSOS GRÁFICOS, ESTAREMOS SUPRINDO A DEMANDA DE SOLICITAÇÕES DAS UNIDADES E DEPARTAMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

COM A CONTRATAÇÃO CENTRALIZADA NO ALMOXARIFADO CENTRAL, TEREMOS UM MAIOR CONTROLE DOS GASTOS E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS, GERANDO UMA REDUÇÃO NO CONSUMO E CONSEQUENTEMENTE ECONOMIA AOS COFRES PÚBLICOS

13. Providências a serem Adotadas

O MATERIAL ADQUIRIDO SERÁ RECEBIDO, CONFERIDO E CONTROLADO NO ALMOXARIFADO CENTRAL, POSTERIORMENTE, SERÁ DISTRIBUÍDO, CONFORME AS SOLICITAÇÕES ENVIADAS ATRAVÉS DO SISTEMA SONNER.

14. Possíveis Impactos Ambientais

NA

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

FORNECIMENTO DE IMPRESSOS GRÁFICOS, PARA UTILIZAÇÃO NAS UNIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE, ESSES PRODUTOS SÃO UTILIZADOS PELOS FUNCIONÁRIOS QUE LABORAM NO SETOR ADMINISTRATIVO E COMPÕEM O ESTOQUE DO ALMOXARIFADO CENTRAL OBTENDO MAIOR CONTROLE E MENORES CUSTOS NA SUA AQUISIÇÃO.

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

ANDRE LUIS TAVARES

ASSISTENTE DE GESTÃO PÚBLICA

Assinou eletronicamente em 25/04/2025 às 11:28:14.

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - ITEM 01- ATESTADO MEDICO.pdf (185.88 KB)
- Anexo II - ITEM 02- CARTAO IDENTIFICACAO ODONTO.pdf (371.21 KB)
- Anexo III - ITEM 03- CARTEIRA CONTROLE DIABETES.pdf (857.21 KB)
- Anexo IV - ITEM 04- CONTROLE DISTRIBUICAO DE INSUMOS.pdf (313.37 KB)
- Anexo V - ITEM 05- CARTEIRA DE GESTANTE.jpg (2.67 MB)
- Anexo VI - ITEM 06 -ENVELOPE PRONTUARIO.pdf (214.85 KB)
- Anexo VII - ITEM 07 -RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL.pdf (198.13 KB)
- Anexo VIII - ITEM 08- RETORNO.pdf (63.73 KB)

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna - SP

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O SR. (A)_____

HORÁRIO DE CHEGADA_____:_____HS.

HORÁRIO DE SAÍDA_____:_____HS.

COMPARECEU A ESTE SERVIÇO PARA:

1 - CONSULTA_____ ☐

2 - ACOMPANHAMENTO FAMÍLIAR _____ ☐

3 - MARCAR EXAME _____ ☐

4 - FAZER EXAME _____ ☐

5 - RETIRAR EXAME_____ ☐

6 - FISIOTERAPIA _____ ☐

7 - PROCEDIMENTO AMBULATORIAL_____ ☐

OUTROSSIM COMUNICAMOS QUE:

☐ Nada apresenta que o impossibilite ao trabalho

☐ Deverá permanecer em repouso no horário acima

☐ Deverá permanecer em repouso no período da manhã

☐ Deverá permanecer em repouso no período da tarde

☐ Deverá permanecer em repouso no dia de hoje

☐ Deverá permanecer em repouso no período de _____( ) dias

INDISPENSÁVEL

CARIMBO MÉDICO COM CRM

AUTORIZO O MÉDICO ASSISTENTE A REGISTRAR O CID (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS), NESTE RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO.

Ass.:_____

CID _____

Jaguariúna_____/_____/_____

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ITEM 01- ATESTADO MEDICO

Secretaria Municipal de Saúde
Jaguariúna - SP
ODONTOLOGIA (19) 3837-4475
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO

Nome: _____

Matrícula nº: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cartão Nacional Saúde: _____

IMPORTANTE: Sempre que vier ao Posto trazer este cartão

ITEM 02- CARTAO IDENTIFICAÇÃO ODONTOLOGICO- FRENTE

DATA	DENTISTA	HORA

ITEM 02 - CARTAO IDENTIFICAÇÃO ODONTOLOGICO- VERSO

Secretaria Municipal de Saúde
Jaguariúna - SP

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro
Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

ITEM 03 -CARTEIRA CONTROLE DIABETES

CAPA- PARTE FRENTE

Paciente: _____

Médico: _____

Matrícula: _____

Unidade de Saúde: _____

CONTROLE

( ) Pressão Arterial
( ) Glicemia Capilar

FREQUÊNCIA DE CONTROLE

( ) Diário
( ) Dias Alternados
( ) Semanal
( ) Outros: _____

_____

CAPA -PARTE ATRAS

RECOMENDAÇÕES:

- Reduzir o sal da alimentação
- Evitar frituras e alimentos gordurosos
- É muito importante manter seu peso adequado, evitando excesso de alimento...
- E manter-se fisicamente ativo.

IMPORTANTE

- Não interromper sua medicação sem ordem médica
- Tomar a medicação seguindo corretamente as orientações quanto à horário e dosagem
- Não deixe seu medicamento terminar; agende sua consulta com antecedência.

DATA	HORA	P. A.	Glicemia Capilar		RESP.
			Jejum	Pós Prandial	

FOLHAS INTERNAS- FRENTE E VERSO

05 FOLHAS FRENTE E VERSO

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

~~Rua Cândido Bueno, 1.299 - Sala 10 - Piso Inferior - Centro~~
~~Tels: (19) 3837-2424 / 3837-2463 - CEP 13.820-000 - Jaguariúna - SP~~
Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro Tels (19) 38372424/38372463 Cep: 13910-025 Jaguariúna - SP

ITEM 04- CONTROLE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS

CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS A PACIENTES INSULINODEPENDENTES

DATA	ITEM	QUANTIDADE	NOME, ASS. DO RESPONSÁVEL RETIRADA	NOME E CARIMBO FUNC.
Dia:	Fita p/ Glicosímetro			
Mês:	Lanceta			
Ano	Seringa c/ Agulha			

DATA	ITEM	QUANTIDADE	NOME, ASS. DO RESPONSÁVEL RETIRADA	NOME E CARIMBO FUNC.
Dia:	Fita p/ Glicosímetro			
Mês:	Lanceta			
Ano	Seringa c/ Agulha			

DATA	ITEM	QUANTIDADE	NOME, ASS. DO RESPONSÁVEL RETIRADA	NOME E CARIMBO FUNC.
Dia:	Fita p/ Glicosímetro			
Mês:	Lanceta			
Ano	Seringa c/ Agulha			

DATA	ITEM	QUANTIDADE	NOME, ASS. DO RESPONSÁVEL RETIRADA	NOME E CARIMBO FUNC.
Dia:	Fita p/ Glicosímetro			
Mês:	Lanceta			
Ano	Seringa c/ Agulha			

MOD 2006

ITEM 05- CARTEIRA DA GESTANTE

VERSO

IDADE ANOS
MENOR DE 15
MAIOR DE 35

Nº DE PRONTUÁRIO

ALFABETIZADA: SIM / NÃO

ESTUDOS: NENHUM / MÉDIO / FUNDAMENTAL / SUPERIOR

ANOS COMPLETOS

ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO

COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA / PRETA / PARDA / AMARELA / INDÍGENA

ANTECEDENTES

FAMILIARES (SIM / NÃO): GEMELARES / DIABETES / HIPERT. ART. / MÁ FORMAÇÃO / OUTROS

PESSOAIS (SIM / NÃO): INFECÇÃO URINÁRIA / INFERTILIDADE / CARDIOPATIA / DIABETES / HIPERT. ART. / CIRURG. PÉLV. UTERINA / MÁ FORMAÇÃO / OUTROS

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de): GESTAÇÕES / ABORTOS / PARTOS / NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS / VAGINAIS / CESÁREAS / NASC. VIVOS / NASC. MORTOS / VIVEM / MORRERAM NA 1ª SEMANA / MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO (MÊS / ANO)

AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO

ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO / SIM

NASCIMENTO COM MAIOR PESO: g

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR: kg

ESTATURA

DUM / DPP: DIA / MÊS / ANO

DÚVIDAS: SIM / NÃO

ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO

ATUAL: 1ª / 2ª / 3ª — MÊS GESTAÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO — DIAS

GRUPO

Rh: + / –

SENSIB.: SIM / NÃO

TRANSF.: SIM / NÃO — DIA / MÊS / ANO — LOCAL:

EX. CLÍNICO NORMAL: SIM / NÃO

EX. DAS MAMAS NORMAL: SIM / NÃO

EX. ODONTOLÓGICO NORMAL: SIM / NÃO

PÉLVIS NORMAL: SIM / NÃO

PAPANICOLAU NORMAL: SIM / NÃO

COLPOSCOPIA NORMAL: SIM / NÃO

EX. CLÍNICO CERVIX: SIM / NÃO

VDRL: + / – — DIA / MÊS

FUMA: SIM / NÃO

Nº DE CIGARROS AO DIA

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+a 4+)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL:

IDADE GESTACIONAL — MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42

TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM / NÃO

INÍCIO TP: ESP. / IND.

MEMBRANAS: INT. / ROT.

DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS

CEF. / PELV. / TRAN.

EXP. / CES. / FORC. / OUT. — HORA / MINUTO / DIA / MÊS / ANO

NÍVEL DE ATENÇÃO: 3º / 2º / 1º / DOMIC. / OUTRO

EPISIOTOMIA: SIM / NÃO

LACERAÇÃO: SIM / NÃO

DEQUIT. EXP.: SIM / NÃO

PLACENTA COMPL.: SIM / NÃO

MORTE FETAL: NÃO / SIM

MOMENTO: PARTO / GRAV. / IGNO.

ATENDIDA POR: MÉDIC. / ENF./ PAR. AUX. / EMPIR. / OUTROS — PARTO / NEONATO

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA
- HIPERTENSÃO PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA
- ECLÂMPSIA
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- INFECÇÃO URINÁRIA
- OUTRAS INFECÇÕES
- PARASITOSES
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO
- DESPROP. CEF. PÉLV.
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
- ANEMIA CRÔNICA
- RUPTURA PREMAT. MEM.
- INFECÇÃO PUERPER.
- HEMORRAGIA PUERPER.
- OUTRA
- NENHUMA

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANALGÉSICO / ANESTESIA LOCAL / TRANQÜILIZANTE / ANESTESIA REGIONAL / ANTIBIÓTICO / ANESTESIA GERAL / OUTROS / OCITOC. / NENHUM

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F / M

VDRL: – / +

APGAR MINUTO: 1º / 5º — 6 OU MENOS

REANIMAÇÃO: SIM / NÃO

PESO AO NASCER: g — MENOS DE 2.500 g

IDADE POR EXAME FÍSICO: Sem. — MENOR DE 37 SEMANAS

PESO / IG: ADEQ. / PEQUENO / GRANDE

EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL

ESTATURA: cm

PER. CEF.: cm

EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL / ANORMAL

EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO

PATOLOGIAS: M. HIALINA / S. ASPIRAT. / OUTROS SDR / APNÉIAS / HEMORRAGIA / INFECÇÃO / NEUROL. / HIPERBILI. / A. CONG. / OUTRA / NENHUMA

RN ALOJ./CONJ.: SIM / NÃO

ALTA DO RN: SADIO / TRANSF. / C/ PATOL. / ÓBITO

IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA: DIAS / HORAS

IDADE AO FALECER: DIAS / HORAS

ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MIN. (mmHg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C/ PATOLOGIA

MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM / DIU / ORAL / OUTRA / LIG. DA TRO. / RITMO / NENHUM

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS

FRENTE

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduta
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					

Ultra-sonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional

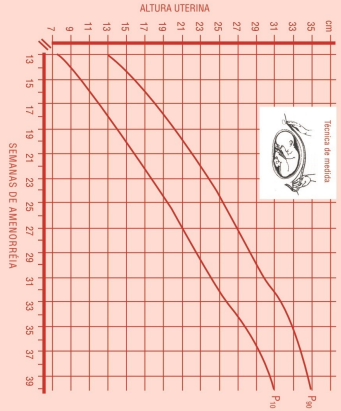
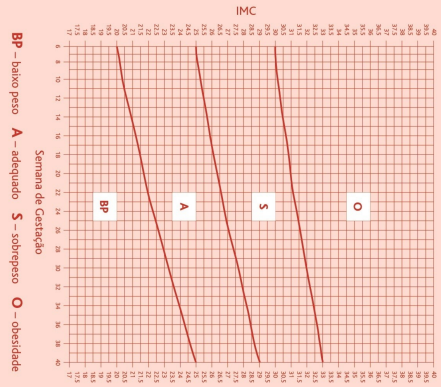


Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



BP – baixo peso **A** – adequado **S** – sobrepeso **O** – obesidade

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Município:

Tel.:

Cadastro no SIS – pré-natal

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Hospital/maternidade de referência: _____

Ministério da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho. 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

ITEM 06- ENVELOPE PRONTUARIO

MATRÍCULA N º_____

NOME:_____

CARTÃO CIDADÃO Nº: _____

OBSERVAÇÃO: _____

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna-SP
Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463
Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

1.ª VIA FARMÁCIA
2.ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

ITEM 07- RECEITUÁRIO ESP.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade _____ UF _____

_____ / _____ / _____
Data

_____
Assinatura

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____	
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	_____ Data: / /
Telefone: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Somente serão entregues os medicamentos que constarem na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE) da Secretária Municipal de Saúde de Jaguariúna.

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463

Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

RETORNO para:

Nome:_____

( ) _____semana

( ) _____mês

( ) ____/____/____

( ) c/ resultado de exames

Data:____/____/____ _____

médico

ITEM 08- RETORNO