**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1819
Rubrica:

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2022039 - CPL- PMSB/MA**
**CONTRATO Nº 20220804003 CPL- PMSB/MA**
**ATA DE REGISTRO DE PREÇO: 032/2022**
**PREGÃO ELETRÔNICO: Nº 33/2022**

CONTRATO QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO E DO OUTRO LADO A EMPRESA; RAIMUNDO NONATO MARTINS BRITO.

Pelo presente instrumento particular de contrato de um lado a PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO/MA, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 13.956.238./0001-37, Situada na Rod. MA 034 NR 10 KM 03 – Abreu - São Bernardo, Estado do Maranhão, representado pelo Secretário SR. FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO, portador da Cédula de Identidade nº 572348 e do CPF nº 182.609.183-15, residente e domiciliado na cidade de Magalhães de Almeida, no uso de suas atribuições legais que lhe confere poderes para celebrar com a empresa : RAIMUNDO NONATO MARTINS BRITO, CNPJ nº 35.189.000.001-66, sediada em Rua Sebastião Acher, 805, Centro, Chapadinha/MA, por intermédio de seu representante legal Sr Raimundo Nonato Martins Brito, portador(a) da Carteira de Identidade nº 0286254948 GEJUSPC/MA e do CPF nº109.436.413-49 doravante denominada CONTRATADA, têm entre si justo e pactuado, nos termos contidos na proposta objeto do P/E nº 033/2022, e PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº -2022037 e da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS NR. 032/2022 que se regerá pela Lei n.º 8.666/93, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO O presente CONTRATO tem por base legal o PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2022039 – CPL-PMSB, tendo por objeto o Registro de Preço para futuros materiais gráficos, para atender as necessidades da Prefeitura Municipal de São Bernardo/MA. Integram o presente contrato, independentemente de transcrição, o Edital seus anexos e a Proposta da Contratada e ATA DE REGISTRO DE PREÇO. Conforme preceituar o artigo 55 inciso XI de vinculação ao edital de licitação ou termo que a dispensou ou inexigiu, ao convite e a proposta do licitante vencedor.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**
O Valor global pela aquisição do objeto contratual é de **R$: 1.234.596,23 ( Um milhão duzentos e trinta e quatro mil quinhentos e noventa e seis reais e vinte e tres centavos )**que inclui os tributos, encargos, frete ou despesas de qualquer natureza que incidam sobre o objeto do contrato.

| | LOTE IX- SAÚDE I | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
| 1 | ADESIVO PARA BANCO DE LEITE HUMANO, 9X9 CM DE DIÂMETRO, 1X0COR, PAPEL ADESIVO. | UN | própria | 30 | 1,72 | 51,60 |
| 2 | ADESIVO UMA CAMPANHA EM NOME DA VIDA CTA.SAE, 4X0 COR, PAPEL ADESIVO, 16/11 CM.. | UN | própria | 600 | 2,38 | 1.428,00 |
| 3 | ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI NEONATAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X3. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

Processo: 2022039
Folha: 1820
Rubrica:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | ALTAS, ÓBITOS, TRANSFERÊNCIAS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 5 | ANAMNESE E EXAME OBSTÉTRICO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 6 | ANAMNESE, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 50X4, SENDO AS VIAS COM IMPRESSÕES DIFERENTES CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 7 | ATENDIMENTO CLÍNICO E VACINAÇÃO . MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 8 | ATESTADO MÉDICO, 15X21 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 9 | AUTORIZAÇÃO PARA O PROGRAMA DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA COM DATA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 26,33 | 2.369,70 |
| 10 | AUTORIZAÇÃO PARA O PROGRAMA DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA SEM DATA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | AVALIAÇÃO DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 12 | AVALIAÇÃO NUTRICIONAL CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 13 | AVALIAÇÃO PRÉ.ANALÍTICA DE PACIENTE, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 14 | AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 15 | BANNER 90X120M, EM LONA , EM BASTÃO DE MADEIRA. | UN | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 16 | BLOCO DE ANOTAÇÕES PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PSE, 15X21 CM AP 63G 1X0 CORES C/ MARCA D`AGUA. | BL | própria | 30 | 143,67 | 4.310,10 |
| 17 | BLOCO DE NOTAS FISCAIS DE VENDA AO CONSUMIDOR . FARMÁCIA POPULAR 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 17,37 | 1.563,30 |
| 18 | BOLETIM DE ANESTESIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 19 | BOLETIM DE CIRURGIA E | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

Processo: 2022039
Folha: 1821
Rubrica:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ANESTESIA, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | | | | | |
| 20 | BOLETIM DE PRODUÇÃO INDIVIDUAL . BLH 16X21CM IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 21 | BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO E SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA TAM 20X30 CM, IMP 1X1 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 60 | 17,37 | 1.042,20 |
| 22 | BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR. CLIENTE NOVO TAM 20X30 CM, IMP 1X1 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 75 | 32,40 | 2.430,00 |
| 23 | BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR. VISITA SUBSEQENTE TAM 20X30 CM, IMP 1X1 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 75 | 32,40 | 2.430,00 |
| 24 | BOLETIM PRODUÇÃO AMBULATORIAL BPA CONSOLIDADO/ SUS, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 75 | 32,40 | 2.430,00 |
| 25 | BOLETIM PRODUÇÃO INDIVIDUALIZADO . BPA I, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 26 | BOLETIM PRODUÇÃO INDIVIDUALIZADO . BPA I, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1.. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 27 | BPA INDIVIDUALIZADO/UTI, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 28 | CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 29 | CADASTRO DE PROFISSIONAL 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 21X23CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 30 | CADASTRO SOCIAL DO PROGRAMA DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 31 | CADERNETA DE VACINAÇÃO CAPA AP 180G, 4 X 4 COR, MIOLO 140 PAG, PAPEL 90G AP, 4 X 4 | UN | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 32 | CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO CANINA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 900 | 32,40 | 29.160,00 |
| 33 | CAPA DE PROCESSO, 44 X 32 CM, IMP. 4X0 COR, PAPEL 180G. | UND | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 34 | CAPA PARA PRONTUÁRIO ESPECÍFICO PARA HANSENÍASE, 44 X 32 CM, IMP. 4X0 COR AZUL, PAPEL 180G. | UN | própria | 1500 | 3,66 | 5.490,00 |
| 35 | CAPA PARA PRONTUÁRIO ESPECÍFICO PARA TUBERCULOSE, 44 X 32 CM, IMP. 4X0 COR VERDE, PAPEL 180G. | UN | própria | 1500 | 2,57 | 3.855,00 |
| 36 | CARTÃO DA CRIANÇA MODELO FEMININO TAM 20X44 CM AP 180G 4X4 CORES. | UN | própria | 1500 | 2,57 | 3.855,00 |
| 37 | CARTÃO DA CRIANÇA MODELO MASCULINO TAM 20X44 CM AP 180G 4X4 CORES. | UN | própria | 300 | 32,40 | 9.720,00 |
| 38 | CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERDIA FORMATO 18 AP 180G 4 X 4 | UN | própria | 300 | 32,40 | 9.720,00 |
| 39 | CARTÃO DE AGENDAMENTO, 21X15CM, IMP 1X1 COR, PAPEL 150G, CAPS III. | UN | própria | 300 | 3,66 | 1.098,00 |
| 40 | CARTÃO DE APRAZAMENTO NO ATENDIMENTO DA TUBERCULOSE, PAPEL AP 150 BCO, | UN | própria | 1500 | 0,50 | 750,00 |
| 41 | CARTÃO DE APRAZAMENTO NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE, PAPEL AP 150 BCO, | UN | própria | 600 | 3,67 | 2.202,00 |
| 42 | CARTÃO DE ATENDIMENTO 15X21 CM AP 180G 4X1 CORES CAPS INFANTIL. | UN | própria | 600 | 32,40 | 19.440,00 |
| 43 | CARTÃO DE ATENDIMENTO DO CTA 10X16 CM IMP 1X1 COR AP 180G. | UN | própria | 300 | 0,54 | 162,00 |
| 44 | CARTÃO DE ATENDIMENTO.SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA . SAE 17X13 CM AP 180G 1X1 COR. | UN | própria | 600 | 0,54 | 324,00 |
| 45 | CARTÃO DE CONSULTA MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO, 26X12 CM, IMP. 1X1, PAPEL 180G. | UN | própria | 3000 | 4,17 | 12.510,00 |
| 46 | CARTÃO DE CONTROLE DE MEDICAÇÃO 13X21 CM AP 75G 1X1 COR. CAPS INFANTIL. | BL | própria | 900 | 32,40 | 29.160,00 |
| 47 | CARTÃO DE DOADORES, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 30X10CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 17,37 | 1.563,30 |
| 48 | CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, (PLANEJAMENTO FAMILIAR )21X7,5 CM IMP 1X1 COR PAPEL AP 180G C/ NUMERAÇÃO. | UND | própria | 90 | 16,05 | 1.444,50 |
| 49 | CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, SEM NÚMERO, 21X7,5 CM IMP 1X1 COR PAPEL AP 180G .. | UND | própria | 1500 | 0,54 | 810,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE IX | | | | | 211.919,70 |
| | LOTE X- SAÚDE II | | | | | |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1893
Rubrica:

| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CARTÃO DE VACINAÇÃO CONTRA A RAIVA , PAPEL AP 150 BCO, FORMATO 7/19 CM.. | UN | própria | 1500 | 2,85 | 4.275,00 |
| 2 | CARTÃO SOMBRA (ACS) PARA CONTROLE DE VACINA DA CRIANÇA COM 03 DOBRAS MODELO MASCULINO E FEMININO TAM 20X44 CM AP 75G 1X1 CORES. | UN | própria | 300 | 4,17 | 1.251,00 |
| 3 | CARTAZES F4, EM PAPEL COUCHÊ 90G, POLICROMIA. | UN | própria | 1500 | 0,95 | 1.425,00 |
| 4 | CENSO DIÁRIO . MCC .CLÍNICA OBSTÉTRICA, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 5 | CENSO DIÁRIO SERVIÇO DE ENFERMAGEM, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 6 | CERTIFICADOS 21X31 CM AP 180G IMP 4X0 CORES. | UN | própria | 300 | 1,84 | 552,00 |
| 7 | CHECK . LIST DO VEÍCULO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 8 | CHECK . LIST DOS EQUIPAMENTOS INTERNO DA USA & USB SAMU, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1.. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 9 | CHECK LIST DOS ATENDIMENTOS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 10 | COLETA DIÁRIA . BLH, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 11 | COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MEDICO AO SERVIDOR 20X30CM AP 75G 1X0 CORES. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 12 | CONSOLIDAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES MUNICÍPIO . PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À MICROCEFALIA 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 13 | CONTRA REFERÊNCIA (TUBERCULOSE), 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1, 2ª VIA. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 14 | CONTROLE DA UTI, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 15 | CONTROLE DE ADMINISTRAÇÃO DE SORO, 11X15,5 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 150 | 25,70 | 3.855,00 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS RESTRITOS, 50X2, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 17 | CONTROLE DE CONSULTAS MULTIPROFISSIONAL, 100X1,0 PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . CAPS AD. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 18 | CONTROLE DE DIETAS MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 19 | CONTROLE DE FREQUÊNCIA MENSAL DE USUÁRIOS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPS III. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 20 | CONTROLE DE PASTEURIZAÇÃO TEMPERATURA X TEMPO 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 21 | CONTROLE DE SAÍDA DE MATERIAL DA FARMÁCIA, 15 X 21 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 50X2.. | BL | própria | 75 | 32,40 | 2.430,00 |
| 22 | CONTROLE DE TEMPERATURA, .100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 23 | CONTROLE DIÁRIO DE ENTRADA E SAÍDA DE VEÍCULOS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 24 | COVID.19. ADESIVOS 6X6 CM . AZITROMICINA , ZINCO E AZITROMICINA. | UN | própria | 1500 | 0,92 | 1.380,00 |
| 25 | COVID.19. FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS.F9, PAPEL 56 KG. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 26 | COVID.19. FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS F9, PAPEL 56 KG. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 27 | COVID.19. FICHA DE MONITORAMENTO DE CONTATOS F9, PAPEL 56 KG. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 28 | COVID.19. LAUDO TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO SARS. COV.2 ANTIBODY F9, PAPEL 56 KG. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 29 | COVID.19. NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO F9, PAPEL 56 KG. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 30 | COVID.19. SUGESTÃO DE FICHA DE MONITORAMENTO DOS CONTATOS PRÓXIMOS .. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 31 | COVID.19. TERMO DE DECLARAÇÃO F9, PAPEL 56 KG. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | CRACHÁS DO PROGRAMA SAÚDE NA FAMÍLIA PSE, 10X15 CM PAPEL COUCHE 250G 4X0 CORES C/ CORDÃO. | UN | própria | 300 | 32,40 | 9.720,00 |
| 33 | CUIDADOS /SISTEMATIZADOS EM ENFERMAGEM, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 34 | DADOS DA LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 35 | DADOS DO PACIENTE 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 36 | DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPSI INFANTIL. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 37 | DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CEREST, 15 X 21 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 17,37 | 1.042,20 |
| 38 | DECLARAÇÃO DE CONTINUIDADE AO PRÉ.NATAL DE ALTO RISCO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 39 | DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA TERAPÊUTICO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 CAPS AD | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 40 | DECLARAÇÃO MÉDICA, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . CAPS AD. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 41 | DECLARAÇÃO PARA PACIENTE 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPSI INFANTIL. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 42 | DEMONSTRATIVO MENSAL DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS , 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 43 | DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 21X16CM, 100X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 44 | DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X2. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE X | | | | | 122.158,20 |
| | LOTE XI- SAÚDE III | | | | | |
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
| 1 | ENTREGA DE MATERIAL 20X30 CM AP 75G 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 2 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO 20X30 CM AP 75G 1X1 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1826
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO ASSISTÊNCIA SOCIAL 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 4 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO FONOAUDIOLOGIA 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 5 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO NUTRIÇÃO ADOLESCENTE 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 6 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO NUTRIÇÃO CRIANÇA 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 7 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO PEDAGOGIA 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 8 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO PSICOLOGIA 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 9 | ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO TERAPIA OCUPACIONAL 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 10 | ETIQUETA ADESIVAS PARA CONTROLE DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE, 10X0,04 CM. | UN | própria | 1500 | 0,54 | 810,00 |
| 11 | ETIQUETA ADESIVAS PARA DIAGNOSTICO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE, 10X04. | UN | própria | 1500 | 0,54 | 810,00 |
| 12 | ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR/AGÊNCIA TRANSFUSIONAL, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 13 | ETIQUETAS . ADESIVO PARA O BANCO DE LEITE HUMANO 6X6 CM . QUADRADA. | UN | própria | 1500 | 32,40 | 48.600,00 |
| 14 | ETIQUETAS ADESIVAS P/ CONTROLE DE MEDICAÇÃO INDIVIDUAL, 10,0X4,0 CM, 1X0COR, PAPEL ADESIVO CAPS III. | UN | própria | 1500 | 0,54 | 810,00 |
| 15 | EVOLUÇÃO CLINICA DA UTI, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 16 | EVOLUÇÃO CLÍNICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 17 | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/CAPS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 18 | EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM. EMERGÊNCIA 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 19 | EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2032039
Folha: 1897
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR/CAPS, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 21 | EVOLUÇÃO NUTRICIONAL HOSPITAL INFANTIL 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 22 | EVOLUÇÃO OBSTÉTRICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 23 | EXAME COLPOSCÓPICO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 24 | EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPSI INFANTIL. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 25 | EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 26 | EXAME NEONATAL DETALHADO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 27 | EXAME PSÍQUICO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 28 | FAIXA 80X3M, EM LONA , EM BASTÃO DE MADEIRA. | UN | própria | 9 | 257,67 | 2.319,03 |
| 29 | FATURAMENTO HOSPITALAR, 13X10 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 24,33 | 2.189,70 |
| 30 | FICHA "ATENDIMENTO", 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPS III.. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 31 | FICHA "ATENDIMENTO/VISITA DOMICILIAR", 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 32 | FICHA AMBULATORIAL FNS . 706 CONTINUAÇÃO 20X24CM, IMP. 1X1COR, PAPEL 180G. | UN | própria | 1500 | 0,92 | 1.380,00 |
| 33 | FICHA AMBULATORIAL FNS . 706, INÍCIO 20X24CM, IMP. 1X1COR, PAPEL 180G. | UN | própria | 1500 | 0,92 | 1.380,00 |
| 34 | FICHA ANAMNESE PSICOSSOCIAL CEREST, (ACOLHIMENTO) 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 35 | FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL, 20X30 CM AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 36 | FICHA ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2020039
Folha: 1828
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | FICHA CLÍNICA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, PAPEL 180G BCO, IMPRESSÃO 1X1, FORMATO 12X12CM. | UN | própria | 1500 | 0,62 | 930,00 |
| 38 | FICHA CLINICA IDENTIFICAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 39 | FICHA COMPLEMENTAR (ZIKA/MICROCEFALIA) "E.SUS" , 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 21X31CM, IMPRESSÃO 1X1.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 40 | FICHA COMPLEMENTAR ZIKA/MICROCEFALIA E.SUS 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 41 | FICHA CONSUMO ALIMENTAR "E.SUS" , 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 21X31CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 42 | FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA TOMADA DIÁRIA DA MEDICAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO . TDO , 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 43 | FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE PÍLULA ANTICONCEPCIONAL COM O TERMO DE CONSENTIMENTO, TAM 20X30 CM, IMP 1X1 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 44 | FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIAS DE ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL COMBINADO, TAM 20X30 CM, IMP 1X1 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 75 | 32,40 | 2.430,00 |
| 45 | FICHA DE ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DE TUBERCULOSE 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 46 | FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 47 | FICHA DE ATENDIMENTO FAMILIAR, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE XI | | | | | 152.054,73 |
| | **LOTE XII- SAÚDE IV** | | | | | |
| **NR** | **DESCRIÇÃO –** | **UND** | **MARCA** | **QUANT.** | **V.UNIT.** | **V. TOTAL** |
| 1 | FICHA DE ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 2 | FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL E.SUS", 100X1, PAPEL | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 0220239
Folha: 1829
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | | | | | |
| 3 | FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL E.SUS", 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 4 | FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL . ANOTAÇÕES, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 50X2, SENDO VIAS COM IMPRESSÕES DIFERENCIADAS, CAPS III. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 5 | FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL ESUS 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 150 | 32,40 | 4.860,00 |
| 6 | FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ.HOSPITALAR SAMU, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 7 | FICHA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO CONFIDENCIAL CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 8 | FICHA DE ATENDIMENTO, UPA 20X30 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 9 | FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA ESUS20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 10 | FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA. CEREST 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | FICHA DE AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 12 | FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICO. FUNCIONAL. FUNCIONAL MENTAL (TERAPIA OCUPACIONAL) 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 13 | FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA . NO PUERPERIO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 14 | FICHA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLOGIA 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 15 | FICHA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA 20X30 CM PAP AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 16 | FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL, ESUS 20X30 CM AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 17 | FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL, ESUS 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 18 | FICHA DE CADASTRO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA SAE | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 20220039
Folha: 1830
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20X30 CM PAPEL COUCHE 250G 1X1. | | | | | |
| 19 | FICHA DE COLETA DE DADOS DE LAUDO DE NECROPSIA . ÓBITO MATERNO 20X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 20 | FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA PARA O CENTRO ESPECIALIZADO DE ODONTOLOGIA (CEO), 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 21 | FICHA DE CONTROLE DE ATENDIMENTO E ATIVIDADES CEREST 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 22 | FICHA DE CONTROLE DE CONTATOS DE PACIENTES DE TUBERCULOSE. 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 23 | FICHA DE CONTROLE DE EXAMES , 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 24 | FICHA DE CONTROLE DE QUALIDADE .LEITE HUMANO 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 25 | FICHA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DENGUE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 26 | FICHA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE LEPTOSPIROSE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 27 | FICHA DE DOSAGEM E TEMPO DE CONTATO DO HIPOCLORITO DE SÓDIO A 2,5% . 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 28 | FICHA DE ENCAMINHAMENTO CEREST EXTERNO , 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 29 | FICHA DE ENCAMINHAMENTO INTERNO CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 30 | FICHA DE FREQUÊNCIA DE PALESTRAS EDUCATIVAS . , TAM 20X30 CM, IMP 1X0 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 31 | FICHA DE GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL TUBERCULOSE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022030
Folha: 1831
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | FICHA DE GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 33 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS . 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 34 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO), 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 35 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA LEPTOSPIROSE/SINAN, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 36 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE AIDS, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 37 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CHAGAS AGUDA, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 38 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 39 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 40 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE LEISHMANIOSE VISCERAL, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 41 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL . SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR F2, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100Xl. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 42 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/POLIOMIELITE/SINAN, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 43 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE FEBRE DE CHIKUNGUNYA. SINAN, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1Xl. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 44 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO COM CAUSA MAL DEFINIDA, 100Xl, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1X1 IOCMD. | | | | | |
| 45 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL . 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . MIF | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 46 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL . IDENTIFICAÇÃO DE POSSÍVEL ÓBITO MATERNO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . MIF. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 47 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL . ENTREVISTA DOMICILIAR, JOGO DE 3 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . F3. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE | | | | | 129.276,00 |
| | **LOTE XIII- SAÚDE V** | | | | | |
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
| 1 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL . COMPLEMENTO ENTREVISTA DOMICILIAR . JOGO DE 3 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . AV1. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 2 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL . ENTREVISTA DOMICILIAR . JOGO DE 3 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . I3. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 3 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL . SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . I1. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 4 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL . SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . I1. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 5 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL . SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . IF5. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 6 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO ENTREVISTA DOMICILIAR, JOGO DE 3 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . M3. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 7 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO . SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . M1. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1833
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO . SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . M2. | JG | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 9 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO . SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES, JOGO DE 2 FLS, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . M5. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 10 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇAS EXANTEMÁTICAS , 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS . SINAN, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 12 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 13 | FICHA DE INVESTIGAÇÃO/NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE. 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | UM | própria | 1500 | 0,92 | 1.380,00 |
| 14 | FICHA DE MATERIAL, 15X21 CM, 1X1 COR, PAPEL 180G, | BL | própria | 90 | 16,05 | 1.444,50 |
| 15 | FICHA DE MATRÍCULA DA DOADORA, BLH 19 X 16 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 16 | FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | UN | própria | 1500 | 3,90 | 5.850,00 |
| 17 | FICHA DE NOTIFICAÇÃO . DTA/SINAN, PAPEL 180G, | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 18 | FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÕES COMUNITÁRIAS E HOSPITALARES, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 19 | FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO . SINAN, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 20 | FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS.VACINAÇÃO , 21 X 30 CM, IMP. 1X4 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 21 | FICHA DE PARTO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 5G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1834
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | FICHA DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA DA GESTANTE 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 23 | FICHA DE REFERÊNCIA PARA O .CEO. CENTRO ESPECIALIZADO DE ODONTOLOGIA, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 16X24 CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 24 | FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 25 | FICHA DE REGISTRO DO VACINADO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 26 | FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA SAMU, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | própria | 90 | 17,37 | 1.563,30 |
| 27 | FICHA DE SOLICITAÇÃO DO EXAME BACILOSCÓPICO . PESQUISA DE BAAR PARA TUBERCULOSE. 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 15X21CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 28 | FICHA DE VISITA . CEREST 20 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 29 | FICHA DE VISITA DOMICILIAR, ESUS 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 30 | FICHA DE VISITA FAD.03, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, FOLHA COM 2 PICOTES.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 31 | FICHA DO SPA, FORMATO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 32 | FICHA GERAL CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 33 | FICHA LABORATORIAL DE COQUELUCHE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 34 | FICHA MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 35 | FICHA NOTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO. 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 15X21CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 36 | FICHA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1835
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | FICHA PRONTUÁRIO DO ALUNO 21X31 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 38 | FICHA SOCIAL 20X30 CM PAP AP 75G 1X1COR CTA. | UN | própria | 1500 | 0,83 | 1.245,00 |
| 39 | FOLDER F9, EM PAPEL COUCHÊ 90G, POLICROMIA. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 40 | FOLHA DE CONTROLE . UTI, 21X30CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 41 | FOLHA DE CONTROLE HÍDRICO E HEMODINÂMICO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 42 | FOLHA DE DESPACHO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 43 | FOLHA DE FREQUÊNCIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 44 | FOLHA DE PROTOCOLO 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 75 | 32,40 | 2.430,00 |
| 45 | FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI.CTA TAM 20X30 CM PAPEL AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 46 | FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO.TERMO DE DECLARAÇÃO DE ACEITE OU RECUSA DO TESTE ANTI.HIV, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 47 | FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO . REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 48 | FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRA DE CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO/RUBÉOLA E SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC) PARA O LABORATÓRIO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE XIII | | | | | 126.664,80 |
| | LOTE XIV- SAÚDE VI | | | | | |
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
| 1 | FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS LABORATORIAIS DE CASOS SUSPEITOS DE HEPATITE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 2 | FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1836
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | CRIANÇAS E ADOLESCENTES CAPSI INFANTIL 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES. | | | | | |
| 3 | FORMULÁRIO DE EXAME RETINOPATIA DA PREMATURIDADE, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 4 | FORMULÁRIO DE SAÍDA DE EXAME, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 5 | FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO ANTI . RETROVIRAL 20X30 CM PAP AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 6 | FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 25,03 | 2.252,70 |
| 7 | FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PERTENCENTES À PORTARIA Nº344, 18X10CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X01. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 8 | FORMULÁRIO DE VISITAS DIÁRIAS AOS IMÓVEIS. PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À MICROCEFALIA ., FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 9 | FORMULÁRIO PARA TROCA DE PLANTÃO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 10 | FORMULÁRIO TROCA DE PLANTÃO100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X2. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | GRÁFICO DE EVOLUÇÃO DO PESO DIÁRIO PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 12 | GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE HANSENÍASE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 13 | GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE TUBERCULOSE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 14 | HISTÓRICO DE ENFERMAGEM CEREST, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 19,42 | 1.747,80 |
| 15 | IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE RN NA UTI NEONATAL, FEMININO E MASCULINO, 10 X 10 CM, IMP. 4X0 COR, PAPEL COUCHER 90G, 100X01.. | BL | própria | 90 | 25,03 | 2.252,70 |
| 16 | IDENTIFICAÇÃO DO RN, | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 3022039
Folha: 1837
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO 12X16 CM, IMP.1X0COR, PAPEL 75G, 100X1. | | | | | |
| 17 | IITINERÁRIO DE SUPERVISÃO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 18 | IMPRESSO I . PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA . PLANILHA DE CASOS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 19 | IMPRESSO V . MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS . 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 20 | INDICADORES OBSTÉTRICOS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 21 | INFECÇÃO NISS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 22 | INQUÉRITO CANINO. ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE COLETA DE AMOSTRAS DE SANGUE 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 23 | INVESTIGAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTI.RÁBICO HUMANO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 24 | ITINERÁRIO DE TRABALHO DE CAMPO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 25 | LAUDO DO DIAGNÓSTICO TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI.HCV REAGENTE, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 26 | LAUDO DO DIAGNÓSTICO TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI.HIV REAGENTE, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 27 | LAUDO DO DIAGNÓSTICO TESTE RÁPIDO TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI.HIV NÃO REAGENTE, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 28 | LAUDO MEDICO 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 29 | LAUDO MÉDICO P/ EMISSÃO DE APAC, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2032039
Folha: 1838
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1X1. | | | | | |
| 30 | LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE. 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 31 | LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL . APAC, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 32 | LAUDO MÉDICO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 33 | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR . A.I.H, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 34 | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO . LME, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 35 | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA PROFILAXIA DO VRS. PALIVIZUMABE, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 36 | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | UN | própria | 3000 | 5,85 | 17.550,00 |
| 37 | LEQUES (VENTAROLA), 21X20 CM, 4X4 COR, PAPEL TRIPLEX 250G. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 38 | LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | UN | própria | 300 | 3,66 | 1.098,00 |
| 39 | LEVANTAMENTO DE NASCIDOS VIVOS 20X30 CM AP 180G 4 X 4 | UN | própria | 300 | 3,66 | 1.098,00 |
| 40 | LEVANTAMENTO DE ÓBITOS DO ANO 18X25,5 CM AP 180G 4 X 4 | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 41 | MAPA CONTROLE DE DIETAS MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 42 | MAPA DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS. UF 20X30 CM AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 43 | MAPA DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM PUÉRPERAS. UF 20X30 CM AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 44 | MAPA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 45 | MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 46 | MAPA DE INTERNAÇÃO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE XIV | | | | | 130.003,20 |
| | LOTE XV- SAÚDE VII | | | | | |
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
| 1 | MAPA DE REGISTRO DE ATIVIDADES EXTERNO TAM 20X30 CM, IMP 1X1 COR PAP 75G 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 2 | MAPA DIÁRIO SAÍDA DE MATERIAL DA FARMÁCIA 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 3 | MAPA DIÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO BOLSA FAMÍLIA 20X30 CM AP 75G 1X0 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 4 | MAPA DIÁRIO DE REFEIÇÕES, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 5 | MEDICAÇÃO DE USO DA EMERGÊNCIA . CONTROLE DA FARMÁCIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 6 | MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS MDDA . 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 7 | NOTIFICAÇÃO DE AGRESSÕES POR ANIMAIS SILVESTRES, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 8 | NOTIFICAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 9 | NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B AZUL B, 50X1, PAPEL75G, FORMATO 10X25CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 10 | NOTIFICAÇÃO SEMANAL DE ATENDIMENTO ANTI.RÁBICO , 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | NUTRIÇÃO PARENTERAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 12 | OPERAÇÕES DE CONTROLE DE RESERVATÓRIO CANINO,. INQUÉRITO SOROLÓGICO 21 X 30 | UN | própria | 1500 | 0,62 | 930,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 20220039
Folha: 1840
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | | | | | |
| 13 | PANFLETOS F16, EM PAPEL COUCHÊ 90G, POLICROMIA. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 14 | PEDIDO DE IMUNOBIOLÓGICOS, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 15 | PEDIDO DE MATERIAL CAPSI INFANTIL 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 16 | PEDIDO DE MATERIAL/MEDICAÇÃO CLÍNICA E PSICOTRÓPICA CAPSI 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 17 | PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO SEMANAL DE CASO DE DENGUE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 18 | PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO NEGATIVA DE HANTAVIROSE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 19 | PLANILHA MUNICIPAL DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL F6100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 20 | PLANILHA MUNICIPAL DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | UND | própria | 1500 | 0,70 | 1.050,00 |
| 21 | PRESCRIÇÃO DE LENTES 15X21 CM PAP. AP 63G 1X0 CORES. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 22 | PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO ENFERMAGEM . UTI, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 23 | PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO INTERNAÇÃO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 24 | PRESCRIÇÃO MÉDICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 25 | PRESCRIÇÃO MÉDICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 26 | PROCEDIMENTOS PARA PROGRAMA DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA DA MCC, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 27 | PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE . PCFAD . ITINERÁRIO DE TRABALHO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 20220239
Folha: 1841
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | COR, PAPEL 75G, 100X1. | | | | | |
| 28 | PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES (FICHA DE CAPTURA E EXAME DE FLEBÓTOMOS. , 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 29 | PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR . FOLHA 01, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . CAPS AD.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 30 | PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR . FOLHA 02, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. CAPS AD.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 31 | PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR . FOLHA 03, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. CAPS AD.. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 32 | PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR CAPS III, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 50X3, SENDO VIAS COM CONTEÚDOS DIFERENTES. CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 33 | PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR CAPSI 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 34 | PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 35 | PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS . ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | JG | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 36 | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO NUTRICIONAL, PAPEL 75G BCO, ´FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1, JGS COM 4 FOLHAS (PGS. 1, 2, 3, 4, . CAPS AD). | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 37 | PROTOCOLO DE FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCOES PARA BEBÊS AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 38 | PROTOCOLO DE FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCOES PARA BEBÊS . HISTÓRIA CLÍNICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 30 | 33,40 | 1.002,00 |
| 39 | RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL MISOPROSTOL, 21 X 30 CM, IMP. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1842
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | | | | | |
| 40 | RECEITA DE COR AMARELA A 50X1, PAPEL75G, FORMATO 10X25CM, IMPRESSÃO 1X0 CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 41 | RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL ANTIBIOTICOS, 50X2, PAPEL 75G BCO/JORNAL, FORMATO 15X21CM, IMPRESSÃO1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 42 | RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL ANTIBIOTICOS, 50X2, PAPEL 75G BCO/JORNAL, FORMATO 15X21CM, IMPRESSÃO1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 43 | RECEITUÁRIO INDIVIDUAL DE REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO CONTROLADO .USO HOSPITALAR. IND. DE REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO CONTROLADO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 15X21, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 25,03 | 1.501,80 |
| 44 | RECEITUÁRIO MÉDICO, 15X21 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 25,03 | 1.501,80 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE XVII | | | | | 112.905,60 |
| | | | | | | |
| | **LOTE XVI – SAUDE VIII** | | | | | |
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.UNIT. | V. TOTAL |
| 1 | RECEITUÁRIO MÉDICO, 15X21 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 2 | RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO . ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 3 | REFERÊNCIA (TUBERCULOSE), 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0, 1ª VIA. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 4 | REGISTRO DE AÇÕES AMBULATORIAL DE SAÚDE . FORMULÁRIO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL . RAAS, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 5 | REGISTRO DE ATENDIMENTO CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 6 | REGISTRO DE ATENDIMENTO DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (L.T.A.), 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 150 | 32,40 | 4.860,00 |
| 7 | REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO | BL | própria | 105 | 32,40 | 3.402,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 3022039
Folha: 1843
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ANTIVETORIAL . PESQUISA ENTOMOLÓGICA/TRATAMENTO FAD . 01 , 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | | | | | |
| 8 | REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL . PONTO ESTRATÉGICO FAD . 07, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 105 | 32,40 | 3.402,00 |
| 9 | REGISTRO SEMANA DO SERVIÇO ANTIVETORIAL FAD . 07 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 10 | REGISTROS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | RELAÇÃO DE AGRAVOS NOTIFICADOS NO SVE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 12 | RELATÓRIO DE DISTRIBUIÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 13 | RELATÓRIO DE JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA EM CONFORMIDADE AO ESTABELECIMENTO NA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 14 | RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 15 | RELATÓRIO DIÁRIO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPS III. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 16 | REPOSIÇÃO DOS CARRINHOS DE MEDICAÇÃO ENTORPECENTE E PSICOTRÓPICA USO HOSPITALAR. COR.AZUL, 100X1, PAPEL AZUL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 17 | REQUERIMENTO PARA O SERVIDOR, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 18 | REQUERIMENTO PARA TROCA DE PLANTÃO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. CAPS AD, CAPS III, CAPAS I. | BL | própria | 60 | 17,23 | 1.033,80 |
| 19 | REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DA | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1844
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | RECEITA 15X21 CM AP 63G 1X0 CORES 50X2 VIAS. | | | | | |
| 20 | REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 21X31CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 25,03 | 1.501,80 |
| 21 | REQUISIÇÃO DE EXAMES, 15X21 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 25,03 | 1.501,80 |
| 22 | REQUISIÇÃO DE EXAMES, 15X21 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 23 | REQUISIÇÃO DE HISTOPATOLÓGICO, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 24 | REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 25 | REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS, 18X15 CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 26 | REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS, 21X30CM, 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 27 | REQUISIÇÃO INTERNA DE MATERIAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 28 | REQUISIÇÃO PARECER MÉDICO, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 29 | RESULTADO DE MAMOGRAFIA (SISMAMA), 100X, PAPEL 75G BCO, FORMATO 22X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 30 | ROTEIRO PARA ANAMNESE PAG. 01, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . CAPS AD. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 31 | ROTEIRO PARA ANAMNESE PAG. 02, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . CAPS AD III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 32 | ROTEIRO PARA ANAMNESE PAG. 03, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1 . CAPS AD III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 33 | ROTEIRO PARA EXAME FÍSICO CAPS AD 20X30 CM AP 75G 1X1 COR. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 34 | SAÍDA DE MATERIAIS ALIMENTÍCIOS 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 35 | SERVIÇO DE LAVANDERIA, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . CAPS AD. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 3092039
Folha: 1845
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | SERVIÇO DE LAVANDERIA, 20 X 15 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 CAPS III. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 37 | SERVIÇO DE NEONATOLOGIA . FICHA DO RECÉM . NASCIDO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 38 | SERVIÇO DE NEONATOLOGIA .HUMI. FICHA DO RECÉM NASCIDO/ EXAME FÍSICO DETALHADO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 39 | SETOR DE TRANSPORTES/CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE XVI | | | | | 107.069,40 |
| | | | | | | |
| | LOTE XVII – SAUDE IX | | | | | |
| NR | DESCRIÇÃO – | UND | MARCA | QUANT. | V.U-NIT. | V. TOTAL |
| 1 | SINAN . INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO . ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | própria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 2 | SINAN . SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO . DOENÇAS RELACIONADA AO TRABALHO . PNEUMOCONIOSES, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 3 | SINAN . SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. DOENÇAS RELACIONADA AO TRABALHO . LER/DORT, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 4 | SINAN. ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO. 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 5 | SINAN. DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO PAIR., 21 X 30 CM , IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 6 | SINAN. FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE. HIV. 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 7 | SINAN. FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE. 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 8 | SINAN. INTOXICAÇÃO EXÓGENA. 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 9 | SINAN. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. DOENÇAS RELACIONADA AO TRABA- | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 202039
Folha: 1846
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | LHO . CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | | | | | |
| 10 | SINAN. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. DOENÇAS RELACIONADA AO TRABALHO .TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO, 21 X 30 CM , IMP. 1X1 COR, PAPEL .75G, 100X1 | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 11 | SINAN. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. DOENÇAS RELACIONADA AO TRABALHO DERMATOSES OCUPACIONAIS, 21 X 30 CM , IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 12 | SINAN. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 17,23 | 1.550,70 |
| 13 | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO, FICHA DE NOTIFICAÇÃO NEGATIVA, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 15X21CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | propria | 120 | 17,23 | 2.067,60 |
| 14 | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO, POR ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 15X21CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 15 | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. CAPS INFANTIL.. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 16 | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 50X2 , SENDO VIAS DE CONTEÚDO DIFERENTES CAPS III. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 17 | SIVEP . SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA . NOTIFICAÇÃO DE CASO DE MALÁRIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 18 | SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAL PARA O DIAGNÓSTICO DE RAIVA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 19 | SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ATENDIMENTO . PRÉ.HOSPITALAR SAMU, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0.. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 20 | SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE/ HEMODERIVADO, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1847
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | SOLICITAÇÃO DE LEITO., PAPEL 75G, UPA 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | propria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 22 | SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE TUBERCULOSE . ADULTO E ADOLESCENTE 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 23 | SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE TUBERCULOSE . CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 24,33 | 2.189,70 |
| 24 | SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS E/OU PADRONIZADOS DE USO RESTRITO, 15X21 CM, 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 25 | SOLICITAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE ANIMAIS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 26 | SOLICITAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE CÃES E GATOS, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 27 | SUMÁRIO DA INTERNAÇÃO NEONATAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1, 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 28 | TABELA DE ACOMPANHAMENTO DIÁRIO UTI NEONATAL . PACIENTE EM ACESSO CENTRAL/DIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 29 | TABELA DE ACOMPANHAMENTO DIÁRIO UTI NEONATAL . PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 30 | TABELA DE ACOMPANHAMENTO DIÁRIO UTI NEONATAL, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | UN | propria | 1500 | 3,03 | 4.545,00 |
| 31 | TABELA DE ACUIDADE VISUAL, PAPEL 180G, FORMATO 50X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 32 | TABELA. ETIQUETA LABORATÓRIO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, FOLHA COM 2 PICOTES.. | BL | propria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 33 | TELA DE ACOMPANHAMENTO TUBERCULOSE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | propria | 120 | 32,40 | 3.888,00 |
| 34 | TELA DE ATENDIMENTO MÉDICO AO PACIENTE, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 35 | TERMO DE ALTA A PEDIDO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEL, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1, CAPS III. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 36 | TERMO DE APREENSÃO, INUTILIZAÇÃO, INTERDIÇÃO CAUTELAR, DEVOLUÇÃO, 100X1, PAPEL 75G, FOR- | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1848
Rubrica:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | MATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X3. | | | | | |
| 37 | TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE, 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 38 | TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLU.NTÁRIA (VASECTOMIA), 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 39 | TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA (LAQ.UEADURA), 21 X 30 CM , IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1 | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 40 | TERMO DE CONSENTIMENTO LAQUEADURA TUBÁRIA, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 41 | TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO . CIRÚRGICO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 42 | TERMO DE IDENTIFICAÇÃO (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 43 | TERMO DE INSPEÇÃO 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X3. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 408 | TERMO DE INTERDIÇÃO/DESINTERDIÇÃO100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X2. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 44 | TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO, 21 X 30 CM, IMP. 1X0 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 45 | TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 46 | TERMO DE RESPONSABILIDADE, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . CAPSI, CAPS AD, CAPS III. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 47 | TESTE RÁPIDO DPP LEISHMANIOSES VISCERAL CANINA. , 21 X 30 CM, IMP. 1X1 COR, PAPEL 75G, 100X1. | BL | propria | 60 | 32,40 | 1.944,00 |
| 48 | UTI . FLUXOGRAMA . FISIOTERAPIA, 100X1, PAPEL 75G, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X1. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 49 | VISITA DOMICILIAR 20X30 CM AP 75G 1X0 CORES . CAPS INFANTIL. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| 50 | VISITA DOMICILIAR, 100X1, PAPEL 75G BCO, FORMATO 20X30CM, IMPRESSÃO 1X0 . CAPS AD.. | BL | propria | 90 | 32,40 | 2.916,00 |
| | VALOR TOTAL DO LOTE XVII | | | | | 142.545,00 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1849
Rubrica:

**CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**DOS TERMOS DE REFERÊNCIA**: As despesas decorrentes da contratação da presente licitação correrão por conta de Recursos:

**SAÚDE**
10.301.0340.1015.0000 - MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.301.0340.2062.0000 - MANUTENÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA-PSF/BLATB
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.301.0340.2063.0000 - MANUTENÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE BUCAL-PSB/BLATB
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.301.0340.2066.0000 - NASF- NUCLEO APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.301.0340.2067.0000 - MANUTENÇÃO PROG. NAC. MELH.QUAL. ATENÇÃO BÁSICA-PMAQ
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.301.0340.2071.0000 - INCENTIVO A ATENÇÃO BASICA
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.301.0340.2072.000 - MANUTENÇÃO DO PAB - FIXO
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.303.0340.2068.0000 - MANUTENÇÃO DO PROG. ASSIT.FARMACEUTICA BÁSICA-BL
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO
10.305.0340.2070.0000 - MANUTENÇÃO DO PISO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
33903000 – MATERIAL DE CONSUMO

**CLÁSULA QUARTA - DOS ACRÉSIMOS E SUPRESSÕES**

**A CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários no fornecimento dos materiais, objeto deste contrato, até 25% (vinte e cinco) por cento do valor inicial atualizado do contrato, em observância ao art. 65 § 1º da Lei 8.666/93.

**CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O presente contrato entrará em vigor na data de sua assinatura e findar-se-á no dia 31/12/2022, podendo ser prorrogado, após manifestação das partes envolvidas, mediante Termo Aditivo, conforme artigo 57, inciso I, da Lei nº 8.666/93, e suas alterações.

**CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO**

A fiscalização do Contrato será efetuada por servidor designado pela Secretaria de administração: Sr. Izaniel Cutrim Bogéa que poderá a qualquer tempo, determinar o que for necessário à regularização da falta do fornecimento observando, bem como propor a aplicação das penalidades previstas deste instrumento.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO PAGAMENTO**

O pagamento será efetuado após apresentação da Nota fiscal correspondente aos produtos adquiridos já a Nota Fiscal deve estar devidamente atestada pelo Setor Competente e será efetivado no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data do atesto.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Os pagamentos, serão creditados em nome da CONTRATADA, mediante transferência bancaria em conta corrente da **GRÁFICA E EDITORA ESCOLAR,** Banco **Brasil**, **Ag.1773.6** Conta corrente nº **29885.9,** uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste Contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO –** Qualquer erro ou omissão ocorrida na documentação fiscal será motivo de correção por parte da **CONTRATADA** e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

**PARÁGRAFO TERCEIRO –** A cada pagamento realizado, a **CONTRATADA** deverá comprovar sua regularização fiscal e com o Fisco Federal e com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS. Tal comprovação será feita

mediante apresentação de Certidão negativa de debito – **CND.** Bem como, manter conforme artigo 55 inciso XIII da obrigação da contratada de manter, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por eles assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

**PARÁGRAFO QUARTO - A CONTRATANTE** não pagará juros de mora por atraso no pagamento, cobrado através de documentos não hábil, total ou parcialmente, bem como por motivo de pendência ou descumprimento de condições contrárias.

**CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE**

O valor do presente Contrato só poderá ser reajustado durante o prazo de sua vigência, se houver aumento autorizado pelo governo Federal.

**CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**A CONTRATANTE** obrigar-se-á:

a) Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato;

b) Designar um servidor da Secretaria Municipal de Administração que será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução do objeto do presente contrato. Ao servidor designado, compete entre outras obrigações, verificar a qualidade, inviolabilidade das embalagens, estado de conservação e validade dos produtos, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas a execução do contrato determinando o que for necessário a regularização das faltas ou defeitos observados;

c) Fornece a qualquer tempo e com o Máximo de presteza, mediante solicitação escrita da **CONTRATADA**, informações adicionais, para dirimir dúvidas e orienta-la em todos os casos omissos;

d) As decisões e providencias que ultrapassarem as competências, do representante deverão ser solicitadas, a seus superiores em tempo hábil para adoção das medidas convenientes;

e) Receber o objeto do contrato na forma do art. 73, inciso II, alíneas a e b da Lei 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

O presente Contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

**A CONTRATADA** obrigar-se-á a:

**a)** Entregar os serviços objeto deste contrato mediante emissão de Nota de Empenho ou Ordem de Serviços e cronograma de entrega fornecido pela Secretaria Municipal de Administração, em estrita observância a sua proposta e ao **Anexo VI**, observando a qualidade.

**c)** Manter preposto com anuência da Administração Municipal na localidade da prestação do serviço para representá-lo na execução do contrato e prestar esclarecimentos necessários ao servidor designado para acompanhar e fiscalizar a execução do fornecimento, e a Secretaria Municipal de Administração, quando solicitado;

**d)** Observar o horário do expediente administrativo, compreendido entre 08:00 h as 12:00 como sendo o horário administrativo para tratar sobre o contrato e serviços, de segunda a sexta-feira;

**e)** Cumprir fielmente o estabelecido nas clausulas e condições do presente contrato e de seus documentos integrantes, com observância dos requisitos, bem como da legislação em vigor para perfeita execução do contrato;

**f)** Arcar com todas as despesas, exigidas por lei, relativas ao objeto do contrato respondendo pelos encargos trabalhistas, previdenciários, e comerciais resultantes da execução do contrato e outros correspondentes;

**g)** Responder pelos danos causados diretamente a administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade em face da fiscalização ou acompanhamento efetuado pela Secretaria Municipal de Saúde;

**h)** Reparar, corrigir ou substituir, as suas expensas, no total ou em parte, o objeto deste contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução.

**CLÁSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES**

O descumprimento, total ou parcial, por parte da CONTRATADA, de qualquer das obrigações ora estabelecidas, sujeitará a CONTRATADA as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93, aplicando nos artigos 81 a 88.

**PARÁGRAFO PRIMERO** – O atraso injustificado no cumprimento do objeto deste Contrato sujeitará a CONTRATADA, à multa de mora correspondente a 0,3% (três centésimos por cento) ao dia, sobre o valor do fornecimento, até o limite de 10% (dez por cento).

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Além da multa indicada no parágrafo anterior, a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA, na hipótese de inexecução total ou parcial do Contrato, as seguintes sanções:

a) **Advertência;**

b) **Multa** de 10 % (dez por cento) sobre o valor do Contrato;

c) **Suspensão** temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) **Declaração** de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

e) **As sanções** previstas nas alíneas "a", "c" e "d" podendo ser aplicadas conjuntamente com a prevista na alínea "b".

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Após a aplicação de qualquer penalidade será feita comunicação escrita à CONTRATADA e publicada no jornal Oficial do Estado ou DOU, constando o fundamento legal, excluídas os casos de aplicação das penalidades de advertências e multa de mora.

**CLÁSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO**

A inexecução total ou parcial deste contrato enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em lei.

Constituem motivos para a rescisão deste Contrato:

a) - o não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações, projetos ou prazos;

b) - o cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações, projetos e prazos;

c) - a lentidão do seu cumprimento, levando a CONTRATANTE a comprovar a impossibilidade da conclusão da obra, do serviço ou do fornecimento, nos prazos estipulados;

d) - o atraso injustificado no início da obra, serviço ou fornecimento;

e) - a paralisação do fornecimento, sem justa causa e prévia comunicação à CONTRATANTE;

f) - a subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da CONTRATADA com outrem, a sessão ou transferência total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação não admitidas no edital e no contrato;

g) - o desatendimento das determinações regulares emanadas pelo servidor a comissão designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as Secretaria Municipal de Secretaria Municipal de Administração;

h) - o cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do § 1º do art. 67 desta Lei Federal nº 8.666/93;

i) - a decretação ou a instauração de insolvência civil;

j) - a dissolução da sociedade ou o falecimento da CONTRATADA;

k) - a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CONTRATADA, que prejudique a execução do contrato;

l) - razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a CONTRATANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere o contrato;

m) - a supressão, por parte da CONTRATANTE, compras, acarretando modificação do valor inicial do contrato além do limite permitido no § 1º do art. 65 desta lei;

n) - a suspensão de sua execução, por ordem escrita da CONTRATANTE, por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, ou ainda por repetidas suspensões que totalizem o mesmo prazo, independentemente do

pagamento obrigatório de indenizações pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas, assegurado a CONTRATADA, nesses casos, o direito de optar pela suspensão do cumprimento das obrigações assumidas até que seja normalizada a situação;

o) - o atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pela CONTRATANE decorrentes dos fornecimentos já recebidos salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado a CONTRATADA o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que seja normalizada a situação;

**PARÁGRAFO PRIMEIRO –** Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurando o contraditório e a ampla defesa.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A rescisão deste Contrato poderá ser:

a) determinada por ato unilateral e escrito da Administração nos casos enumerados nas alíneas '**a**' a '**i**' desta cláusula:

b) amigável, por acordo entre as partes, reduzidas a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a CONTRATANTE;

judicialmente, nos termos da legislação.

**CLÁSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO RECEBIMENTO DOS PRODUTOS**

Os serviços deverão ser entregues conforme Cronograma constante nos anexos planilhas orçamentárias, parte integrante deste.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O objeto do contrato será recebido conforme Cláusula Décima, sendo que os serviços que não satisfizerem as condições citadas na proposta e no edital serão recusados e colocados a disposição da **CONTRATADA**, para serem corrigidos, dentro do prazo estabelecidos entre as partes;

**PARÁGRAFO SEGUNDO –** A critério da Prefeitura Municipal de SÃO BERNARDO poderá ser concedido novo prazo para recebimento dos serviços rejeitado. Ocorrendo a rejeição pela 2ª vez, o contrato poderá ser rescindido. A CONTRATADA será notificada para regularizar no prazo Máximo de 15 (quinze) dias corridos, sob o risco de incidir nas penalidades **previstas no Art. 87 da Lei n° 8.666/93;**

**CLÁSULA DÉCIMA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES**

Este contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, no caso previsto no art. da Lei n° 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO**

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contados da sua assinatura, a **CONTRATANTE** providenciará a publicação em resumo, do presente Contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO**

O foro da Comarca de SÃO BERNARDO no Estado do Maranhão, será o competente para dirimir dúvidas ou pendências resultantes deste Contrato.

E por estarem de acordo, depois de lido e achado conforme, foi o presente instrumento lavrado em 3 (três) vias de igual teor e forma, assinado pelas partes e testemunhas abaixo.

SÃO BERNARDO-MA, 22 DE JULHO DE 2022.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS
FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO
CPF Nº 182.609.183-15

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO**
**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
**CNPJ: 13.956.238/0001-37**

Processo: 2022039
Folha: 1853
Rubrica:

RAIMUNDO NONATO MARTINS BRITO
GRÁFICA E EDITORA ESCOLAR
CNPJ nº 35.189.000.001-66
Raimundo Nonato Martins Brito
do CPF nº109.436.413-49

TESTEMUNHAS:

**CPF**

CPF