



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO**

**AVISO DE CONTRATAÇÃO DIRETA**

**Dispensa nº 212/2025    Requisição nº 579/2025    Processo nº 370/2025**

**Data fim de recebimento de propostas: 07/05/2025 Horário: 17h.**

A Prefeitura da Estância Turística Hidromineral de Serra Negra, inscrita no CNPJ/MF sob nº 44.847.663/0001-11, comunica aos interessados que realizará na modalidade DISPENSA DE LICITAÇÃO, do tipo MENOR PREÇO com critério de julgamento do menor preço total com objetivo de CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONFECCÇÃO DE CADERNETA DE GESTANTE PARA A SECRETARIA DE SAÚDE que será regida nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021 e Decreto Municipal nº 5576/2023 e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie, através do art. 75, Inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021.

As propostas adicionais deverão obedecer às especificações deste instrumento convocatório e seus anexos e deverão ser encaminhadas para o seguinte endereço eletrônico: [compras02@serranegra.sp.gov.br](mailto:compras02@serranegra.sp.gov.br)

**1. DO OBJETO:**

1.1 CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONFECCÇÃO DE CADERNETA DE GESTANTE.

1.2 As demais especificações estão descritas no Termo de Referência que integra o Anexo I deste.

**2. DA PARTICIPAÇÃO:**

2.1 Poderão participar do certame todos os interessados em contratar com a Administração Municipal que tiverem atividade econômica compatível com o objeto a ser adquirido.

**3. DO RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS E SELEÇÃO DO FORNECEDOR:**

3.1 Os interessados deverão encaminhar as propostas adicionais ao seguinte endereço eletrônico [compras02@serranegra.sp.gov.br](mailto:compras02@serranegra.sp.gov.br), até a data e horário previsto no preâmbulo deste documento, juntamente com a documentação de habilitação constante no Item IV deste instrumento. Encerrado o prazo, a Administração escolherá dentre as propostas ofertadas, a de menor preço ofertado.

3.1.1 As propostas devem ser elaboradas com até duas casas decimais (Ex.: 0,01). Em caso de recebimento de propostas com três ou mais casas decimais, os valores serão arredondados para o maior valor.

3.1.2 Não haverá etapa de lances.

3.2 Caso não haja a oferta de propostas adicionais até a data e horário previstos acima será considerada vencedora a empresa que ofertou o menor valor estimado já constante do processo e que serviu de base para esta aquisição e instalação. Se necessário será solicitado a esta empresa que complemente sua proposta com os dados contantes do Anexo II.



## PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

3.3 Ocorrido o previsto em Cláusula 3.2 a vencedora será notificada por mensagem eletrônica (e-mail) para que apresente os documentos de habilitação em até 03 (três) dias do recebimento da mensagem.

3.4 Os documentos poderão ser entregues pessoalmente na Setor de Compras, Contratos e Licitações, situado no Centro Administrativo “Dr. Jesus Adib Abi Chedid”, à Rua Nossa Senhora do Rosário, nº 630 – Serra Negra/SP (Mezanino) ou enviados como resposta na mesma mensagem recebida, devidamente digitalizados.

3.5 Não sendo apresentados os documentos pela empresa que ofertou o menor valor ou esta deixe de apresentar algum deles, será convocada a empresa que apresentou a proposta de segundo menor valor, e assim sucessivamente.

### **4. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

#### **4.1. – REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA**

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ)
- b) Certidão Conjunta relativa aos Tributos Federais (inclusive as contribuições sociais) e a Dívida Ativa da União.
- c) Certidão de Regularidade com a Fazenda Estadual, do domicílio ou sede do licitante.
- d) Certidão de Regularidade com a Fazenda Municipal da sede da licitante.
- e) Certidão de Regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- f) Certidão de Regularidade perante a Justiça do Trabalho (CNDT).

4.2. – Para a habilitação das licitantes poderão ser aceitas certidões negativas ou certidões positivas com efeito de negativa, nos termos da legislação vigente.

4.3 – As certidões deverão estar com seu prazo de validade em vigor. Se não constar prazo de validade, será considerado o prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de sua expedição.

4.4 – Não serão aceitos, como habilitação dos licitantes, protocolos de pedido de certidões. No caso de impossibilidade de emissão das certidões por inatividade do órgão emitente ou em caso fortuito ou força maior, serão aceitos os respectivos protocolos cuja validade estará suspensa até a comprovação de regularidade, cessados os motivos que levaram a não apresentação das certidões.

### **5. DA CONTRATAÇÃO**

5.1 Após apresentação dos documentos será lavrada Ata de julgamento e adjudicação em relação as empresas e valores apresentados, sendo o processo, após este ato, encaminhado a Procuradoria Jurídica para análise da contratação e após a autoridade competente para homologação.



## PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

5.2 Após homologação será enviado Pedido de Compra, conforme previsto no art. 95, da Lei nº 14.133/2021.

### **6. DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES E DO LOCAL DE ENTREGA/EXECUÇÃO DO OBJETO DA DISPENSA**

6.1 O objeto desta Dispensa deverá ser entregue/executado no prazo e local determinado no Termo de Referência.

6.2 A entrega/instalação/ execução do objeto (serviço), deverá ser feita conforme mencionado no Termo de Referência Item 4 do edital, correndo por conta da contratada todas as despesas de embalagem, seguros, transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes desta aquisição e instalação.

6.3 O prazo de validade, quando constante da especificação do objeto, será contado a partir da data constante na Nota Fiscal.

### **7. DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO**

7.1 Por ocasião da aquisição e instalação, a Contratada deverá, no canhoto da Nota Fiscal, colher o nome, cargo, assinatura e o número do Registro Geral (RG) do servidor da Contratante responsável pelo recebimento do objeto.

7.2 Constatada alguma irregularidade no objeto, a Contratante poderá:

a) se disser respeito à especificação, rejeitá-lo no todo ou em parte (conforme o caso), determinando sua substituição ou rescindindo a contratação, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

a.1) Na hipótese de substituição, a Contratada deverá fazê-la em conformidade com a indicação da Administração, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da notificação por escrito, mantendo o preço inicialmente contratado.

b) se disser respeito à diferença de quantidade ou partes, determinar sua complementação ou rescindir a contratação, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

b.1) na hipótese de complementação, a Contratada deverá fazê-la em conformidade com a indicação da Administração, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da notificação por escrito, mantendo o preço inicialmente contratado.

### **8. DA FORMA DE PAGAMENTO**

8.1 O pagamento será realizado no prazo e forma determinada no Termo de Referência.

8.2 Na hipótese de existir nota de retificação e/ou nota suplementar, cópia dela deverá acompanhar a Nota Fiscal.



## PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

8.3 Caso ocorra a necessidade de providências complementares por parte da Contratada, a fluência do prazo de pagamento será interrompida, reiniciando-se a contagem a partir da data em que forem cumpridas.

8.4 A Contratada deverá emitir as notas fiscais em observância às regras de retenção dispostas na Instrução Normativa RFB nº 1234, de 11 de janeiro de 2012, informando no documento fiscal o valor do Imposto de Renda a ser retido na operação, de acordo com a alíquota cabível,

### **9. DAS SANÇÕES PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO**

9.1 São aplicáveis as sanções previstas no Título IV, capítulo I, da Lei Federal nº 14.133/2021 e demais normas pertinentes.

9.2 Se a Contratada descumprir qualquer das cláusulas deste Aviso ficará sujeita às penalidades previstas nos artigos 156 e 162 da Lei Federal nº 14.13/2021.

### **10. DAS MULTAS**

10.1 Multa de 10% (dez por cento) por inexecução parcial da contratação.

10.2 Multa de 20% (vinte por cento) por inexecução total da contratação.

10.3 Os atrasos por problemas técnicos que perdurarem por mais de 10 (dez) dias serão considerados inexecução parcial para efeitos das aplicações das penalidades.

10.4 Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total para efeitos das aplicações cabíveis.

10.5 As penalidades aplicadas serão independentes sendo que a aplicação de uma não exclui a das outras, quando cabíveis.

10.6 As multas não quitadas, após o contraditório terá seu valor inscrito em dívida ativa, sujeitando a devedora a processo executivo.

### **11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

11.1 As normas disciplinadoras desta contratação serão interpretadas em favor da ampliação da disputa, respeitada a igualdade de oportunidade entre as licitantes, desde que não comprometam o interesse público, a finalidade e a segurança da contratação.

11.2 As partes se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

11.3. Nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO**

financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma;

11.4 Não poderá participar, direta ou indiretamente, da dispensa de licitação ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei n.º 14.133, de 2021;

11.5 Não poderá participar também da Dispensas de Licitação, quem tenha qualquer fato impeditivo, **INCLUSIVE NO QUE VERSA O ARTIGO 200\* DA LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SERRA NEGRA E LEI MUNICIPAL N° 4.629/23.**

\*Art. 200 - Não poderão contratar com o Município o Prefeito, o Vice-Prefeito, os Vereadores, os Secretários Municipais e as pessoas ligadas a qualquer deles por matrimônio ou parentesco, afim ou consanguíneo, até o segundo grau, ou por adoção.

\*Lei n° 4.629/23 - art. 2° - Fica vedada a participação em procedimentos licitatórios e a contratação, no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Serra Negra/SP, de pessoas físicas ou de empresas que possuam sócio - administrador condenado judicialmente por crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Federal 11.340/2006 — Lei Maria da Penha), idoso, criança ou adolescente, de racismo e de gênero.

11.6 Integram o presente Aviso:

Anexo I – Termo de Referência

Anexo II – Modelo Padrão de Proposta Comercial

11.7 Para dirimir quaisquer questões decorrentes desta contratação e não resolvidas na esfera administrativa, será competente o Foro da Comarca de Serra Negra/SP.

Serra Negra, 30 de abril de 2025.

**ELMIR KALIL ABI CHEDID  
PREFEITO MUNICIPAL**



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

**ANEXO I**  
**TERMO DE REFERÊNCIA**



Prefeitura Municipal da Estância  
Turística Hidromineral de Serra Negra  
Secretaria Municipal de Saúde



TERMO DE REFERÊNCIA

DISPENSA DE LICITAÇÃO

**1. DO OBJETO**

Constitui objeto da presente Dispensa de Licitação, com fundamento no art. 75, da Lei Federal nº 14.133/2021 e de acordo com o Decreto Municipal nº 5576/2023, aquisição blocos e fichas a serem utilizados pela equipe do SAMU e pela Atenção Básica, conforme especificações descritas abaixo:

ITEM	UNIDADE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01	Unidade	CADERNETA DE GESTANTE (PRÉ-NATAL) TAMANHO: 44 CM X 18 CM, 4X4 CORES, PAPEL GRAMATURA 180G, ARTE CONFORME ANEXO I	400	R\$10,50	R\$4.200,00
02	Bloco	GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER, UTILIZADO PELA EQUIPE DO SAMU, BLOCOS COM 100 FOLHAS, PAPEL SULFITE 63G, IMPRESSÃO PRETO E BRANCO, ARTE CONFORME ANEXO I	02	R\$240,00	R\$480,00
03	Bloco	FOLHAS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA SAMU, BLOCOS COM 100 FOLHAS, PAPEL SULFITE 63G, IMPRESSÃO PRETO E BRANCO, ARTE	05	R\$100,00	R\$500,00

Rua Nossa Senhora do Rosário, 630 – Centro – Serra Negra-SP – CEP 13.930-000  
Centro de Convenções – Sala 01 e 02 – Telefone: (19) 3892-8000  
E-mail secretariasaudef@serranegra.sp.gov.br



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO



Prefeitura Municipal da Estância  
Turística Hidromineral de Serra Negra  
Secretaria Municipal de Saúde



CONFORME ANEXO I					
04	Bloco	FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUPORTE <u>AVANÇADO</u> DE VIDA, UTILIZADO PELO SAMU, BLOCOS COM 100 FOLHAS, PAPEL SULFITE 63G, IMPRESSÃO PRETO E BRANCO, ARTE CONFORME ANEXO I	10	R\$55,00	R\$550,00
05	Bloco	FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUPORTE <u>BÁSICO</u> DE VIDA, BLOCO COM 50 FOLHAS, PAPEL SULFITE 63G, IMPRESSÃO PRETO E BRANCO, ARTE CONFORME ANEXO I	20	R\$39,50	R\$790,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$6.520,00</b>

**1.1 DA NATUREZA DO OBJETO**

A presente contratação não se enquadra como sendo de luxo, conforme Decreto nº 5576/2023 de 22 de dezembro de 2023, sendo caracterizado como comum, com características e especificações usuais de mercado.

**1.2 JUSTIFICATIVA**

As guias, folhas e cadernetas a serem confeccionadas serão utilizadas pelas equipes do SAMU e Atenção Básica do município. Esclarecemos que a caderneta de gestantes (Pré-Natal) é um documento que contém todos os dados do Pré-Natal, sendo obrigatório o seu fornecimento em consultas para o atendimento das gestantes. Os demais documentos são de uso obrigatórios e essenciais das equipes do SAMU.

**1.3 DAS ESPECIFICAÇÕES E ARTE**

As artes estão disponibilizadas no Anexo I deste Termo de Referência.

**2. EMBALAGEM**

Rua Nossa Senhora do Rosário, 630 – Centro – Serra Negra-SP – CEP 13.930-000  
Centro de Convenções – Sala 01 e 02 – Telefone: (19) 3892-8000  
E-mail secretariasaude@serranegra.sp.gov.br



# PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO



### Prefeitura Municipal da Estância Turística Hidromineral de Serra Negra

Secretaria Municipal de Saúde



Não se aplica.

#### 3. DA APRESENTAÇÃO DAS AMOSTRAS

Deverão ser disponibilizados amostras para avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, em um prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir da conclusão deste processo.

#### 4. PRAZO DE EXECUÇÃO

A entrega deverá ocorrer em até 10 (dez) dias úteis do recebimento do pedido de compra, mediante contato da Secretaria Municipal de Saúde, através dos telefones: (19) 3892-8000.

#### 5. DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA E GARANTIA

Não se aplica.

#### 6. DA DOCUMENTAÇÃO A SER EXIGIDA

Não se aplica.

#### 7. VALIDADE DA PROPOSTA

As propostas terão validade de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

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

O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de DISPENSA DE LICITAÇÃO, com adoção do critério de julgamento pelo MENOR PREÇO.

O julgamento desta Dispensa de Licitação deverá ser pelo menor preço total, portanto para esta contratação haverá apenas um fornecedor escolhido.

#### 9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

Será de responsabilidade da Contratada o fornecimento de todo material para a perfeita execução do objeto, bem como os custos com transporte, frete, combustível e outros custos que se fizerem necessários.

#### 10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

Comunicar à contratada toda e qualquer ocorrência relacionada com execução do objeto;

Assegurar as condições para o regular cumprimento das obrigações e fornecer as informações que eventualmente venham a ser solicitadas e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham a executar. Exigir da Contratada o fiel cumprimento das obrigações decorrentes desta aquisição.

Atestar a Nota Fiscal e proceder a liquidação e ao pagamento dos serviços realizados de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidos neste Termo de Referência.

#### 11. DO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DO OBJETO

---

Rua Nossa Senhora do Rosário, 630 – Centro – Serra Negra-SP – CEP 13.930-000  
Centro de Convenções – Sala 01 e 02 – Telefone: (19) 3892-8000  
E-mail [secretariasaude@serranegra.sp.gov.br](mailto:secretariasaude@serranegra.sp.gov.br)



# PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO



### Prefeitura Municipal da Estância Turística Hidromineral de Serra Negra

#### Secretaria Municipal de Saúde



A fiscalização da execução do contrato consiste na verificação da conformidade da prestação dos serviços de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes da Contratante.

O Fiscal do Contrato deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais.

O descumprimento total ou parcial das demais obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual.

A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, ou emprego de material ou produto inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus prepostos.

#### 12. DA SUBCONTRATAÇÃO:

Não será admitida a subcontratação do objeto licitado.

#### 13. GESTOR E FISCAL DO CONTRATO:

Será o Gestor do Contrato o Secretário Municipal de Saúde, Sr. Ricardo Fávero Minosso e atuará como Fiscal do Contrato, o Sra. Zuleika Miyamoto.

#### 14. DO PAGAMENTO:

Ao final da prestação de serviços, desde que cumpridas todas as obrigações, a Contratada emitirá Nota Fiscal no valor contratado, a qual deve ser enviada ao seguinte endereço eletrônico: [secretariasaude@serranegra.sp.gov.br](mailto:secretariasaude@serranegra.sp.gov.br)

O pagamento será realizado em 10 dias após liberação da Nota Fiscal pelo Gestor e pelo Fiscal do Contrato.

#### 15. DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS:

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos técnicos em relação ao objeto contratado, entrar em contato com a Sra. Zuleika, pelo telefone: (19) 3892-8000 ou (19) 3892-8411.

  
RICARDO FÁVERO MINOSSO  
Gestor do Contrato

  
ZULEIKA MIYAMOTTO  
Fiscal do Contrato

Rua Nossa Senhora do Rosário, 630 - Centro - Serra Negra-SP - CEP 13.930-000  
Centro de Convenções - Sala 01 e 02 - Telefone: (19) 3892-8000  
E-mail [secretariasaude@serranegra.sp.gov.br](mailto:secretariasaude@serranegra.sp.gov.br)



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

104 / 01/2017

	<b>SAMU REGIONAL BRAGANÇA</b> <b>192</b> <small>Atibala - Bom Jesus dos Perdões - Bragança Paulista Joanópolis - Nazaré Paulista - Pedro Bela Pinhalzinho - Piracala - Socorro - Tuluí - Vergem</small>	<b>FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b> <b>Suporte Avançado de Vida</b>
---	---	---

Data ____/____/____ QRU ____ VTR ____ Médico regulador _____		<input type="radio"/> Masc
Nome _____ Idade _____		<input type="radio"/> Fem
<b>DESCRIÇÃO DO CASO</b>		
<b>Vítima encontrada</b>		<b>Dispositivos de segurança</b>
Encarceramento <input type="radio"/> mecânico <input type="radio"/> físico I <input type="radio"/> físico II Ejetada _____ metros <input type="radio"/> motorista/piloto <input type="radio"/> passageiro dianteiro <input type="radio"/> passageiro traseiro/ garupa <input type="radio"/> pedestre/ciclista <input type="radio"/> deambulando <input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> deitada <input type="radio"/> dorsal <input type="radio"/> ventral <input type="radio"/> DLE <input type="radio"/> DLD		Cinto de segurança <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> air bag deflagrado Capacete <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> Não Retirado <input type="radio"/> próprio paciente <input type="radio"/> outros
<b>Avaliação primária / secundária</b>	<b>Enchimento capilar</b>	<b>Resposta motora</b>
X _____	<input type="radio"/> < 2 segundos <input type="radio"/> > 2 segundos	<input type="radio"/> As ordens 6 <input type="radio"/> Localiza a dor 5 <input type="radio"/> Flexão normal 4 <input type="radio"/> Flexão anormal 3 <input type="radio"/> Extensão 2 <input type="radio"/> Ausente 1
A _____	<b>Cincinatti</b>	<b>Resposta verbal</b>
B _____	Sorriso <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Orientado 5 <input type="radio"/> Confuso 4 <input type="radio"/> Palavras 3 <input type="radio"/> Sons 2 <input type="radio"/> Ausente 1
C _____	Movimentação <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<b>Abertura ocular</b>
D _____	Articulação da fala <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Espontânea 4 <input type="radio"/> Ao som 3 <input type="radio"/> A pressão / dor 2 <input type="radio"/> Nenhuma 1
E _____	<b>Pupilas</b>	<b>Glasgow</b>
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	RFM _____	
Antecedentes patológicos _____		
Medicamentos em uso _____		
Alergias <input type="radio"/> Nega/Desconhece <input type="radio"/> Impossibilidade de responder <input type="radio"/> Sim _____		
Última refeição <input type="radio"/> Impossibilidade de responder <input type="radio"/> Tempo _____		
Refere uso de <input type="radio"/> bebidas alcoólicas <input type="radio"/> entorpecentes _____		
Perda de <input type="radio"/> Tampão mucoso <input type="radio"/> Líquido <input type="radio"/> Sangue	G ____ C ____ P ____ A ____ F ____	BCF _____
DUM ____/____/____ IG _____	DU _____	
USGc _____	Sorologias _____	
<b>SINAIS VITAIS</b>		
Hora _____ PA _____ FC _____ FR _____ DX _____ SAT _____ TAX _____		
Hora _____ PA _____ FC _____ FR _____ DX _____ SAT _____	Peso _____	
<b>RECÉM-NASCIDO</b>	Hora nascimento _____ APGAR _____	
	Observações _____	



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO**

MEDICAÇÃO PRESCRITA E ADMINISTRADA			
Fármaco	Dose	Via	Horário
HD: _____		CID: _____	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS / DISPOSITIVOS UTILIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração de VAS <input type="checkbox"/> Berço aquecido <input type="checkbox"/> Bomba de infusão <input type="checkbox"/> Bougie <input type="checkbox"/> Cânula de guedel <input type="checkbox"/> Capnografia <input type="checkbox"/> Cintos de segurança <input type="checkbox"/> Curativo de 03 pontos <input type="checkbox"/> Curativo oclusivo compressivo <input type="checkbox"/> Desfibrilador / Cardioversor <input type="checkbox"/> Drenagem torácica <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> Estabilização cervical manual <input type="checkbox"/> <i>Finger thoracostomy</i> <input type="checkbox"/> Imobilização de pelve <input type="checkbox"/> Inclinação da cabeça / elevação do mento <input type="checkbox"/> Imobilizador de cabeça Técnica para extricação veicular: <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> 0º <input type="checkbox"/> 30º <input type="checkbox"/> 60º <input type="checkbox"/> 90º <input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> Marcapasso externo <input type="checkbox"/> Monitorização de ECG <input type="checkbox"/> Oximetria digital <input type="checkbox"/> Pericardiocentese <input type="checkbox"/> Pranchamento <input type="checkbox"/> Remoção em cadeira <input type="checkbox"/> Retirada de capacete <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho <input type="checkbox"/> Retirada de prótese dentária <input type="checkbox"/> Rolamento <input type="checkbox"/> 90º <input type="checkbox"/> 180º <input type="checkbox"/> Toracocentese <input type="checkbox"/> Tração da mandíbula <input type="checkbox"/> Ventilação com ambu <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica não invasiva Imobilização <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE Imobilização de ombro <input type="checkbox"/> Dir <input type="checkbox"/> Esq	<input type="checkbox"/> Acesso central _____ <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo _____ <input type="checkbox"/> Acesso periférico _____ <input type="checkbox"/> Acesso periférico _____ <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia _____ <input type="checkbox"/> Colar cervical _____ <input type="checkbox"/> Dispositivo supraglótico _____ <input type="checkbox"/> Dissecção venosa _____ <input type="checkbox"/> Intubação nasotraqueal _____ <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal _____ <input type="checkbox"/> Oxigênio _____ <input type="checkbox"/> RCP _____ minutos - _____ choques <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica _____ <input type="checkbox"/> Sonda orogástrica _____ <input type="checkbox"/> Torniquete – horário _____	
TRANSPORTE ATÉ UNIDADE DE SAÚDE			
Intercorrências <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____			
DADOS DA EQUIPE		DESTINO FINAL	
Médico _____	Enfermeiro _____	Enfermagem _____	Condutor _____
<input type="checkbox"/> Óbito no local / durante o atendimento <input type="checkbox"/> Alta no local da ocorrência <input type="checkbox"/> Encaminhado à Unidade de Saúde		Local _____ Receptor _____	
TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO			
Estando devidamente orientado e informado sobre os riscos à que possa estar exposto, com eventuais sequelas irreversíveis e risco de morte, recuso <input type="checkbox"/> receber atendimento pela equipe do SAMU <input type="checkbox"/> ser encaminhado para uma Unidade de Saúde pela equipe do SAMU, assumindo todos os riscos derivados desta ação, ou também recuso <input type="checkbox"/> assinar o presente termo.			
RG / CPF _____	Assinatura do paciente _____		
Testemunha 1 _____	_____		Testemunha 2 _____
RG / CPF _____	_____		RG / CPF _____
CANCELAMENTO DA OCORRÊNCIA			
Motivo _____			



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

*do ble (o omily)*

 <b>SAMU REGIONAL BRAGANÇA</b> <b>192</b> Atibala - Horn Jesus dos Perdões - Bragança Paulista Joãoópolis - Nazaré Paulista - Pedra Bela Pinhalzinho - Piracalá - Socorro - Tuluí - Vargem	<b>FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b> Suporte Básico de Vida
---	--

Data ____/____/____ QRU ____ VTR ____ Médico regulador _____						
Nome _____	Idade _____ <input type="radio"/> Masc <input type="radio"/> Fem					
DESCRIÇÃO DO CASO						
Vítima encontrada						
Encarceramento <input type="radio"/> mecânico <input type="radio"/> físico I <input type="radio"/> físico II Ejetada _____ metros	Dispositivos de segurança					
<input type="radio"/> motorista/piloto <input type="radio"/> passageiro dianteiro <input type="radio"/> passageiro traseiro/ garupa <input type="radio"/> pedestre/ciclista	Cinto de segurança <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> Não					
<input type="radio"/> deambulando <input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> deitada <input type="radio"/> dorsal <input type="radio"/> ventral <input type="radio"/> DLE <input type="radio"/> DLD	<input type="radio"/> air bag deflagrado					
	Capacete <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> Não					
	Retirado <input type="radio"/> próprio paciente <input type="radio"/> outros					
Avaliação primária / secundária	Enchimento capilar	Resposta motora				
X _____	<input type="radio"/> < 2 segundos	<input type="radio"/> As ordens				
A _____	<input type="radio"/> > 2 segundos	<input type="radio"/> Localiza a dor				
B _____	Cícnatti	<input type="radio"/> Flexão normal				
C _____	Sorriso <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Flexão anormal				
D _____	Movimentação <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Extensão				
E _____	Articulação da fala <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Ausente				
	Pupilas	Resposta verbal				
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Orientado				
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Confuso				
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Palavras				
		<input type="radio"/> Sons				
		<input type="radio"/> Ausente				
		Abertura ocular				
		<input type="radio"/> Espontânea				
		<input type="radio"/> Ao som				
		<input type="radio"/> A pressão / dor				
		<input type="radio"/> Nenhuma				
Antecedentes patológicos _____						
Medicamentos em uso _____						
Alergias <input type="radio"/> Nega/Desconhece <input type="radio"/> Impossibilidade de responder <input type="radio"/> Sim _____						
Última refeição <input type="radio"/> Impossibilidade de responder <input type="radio"/> Tempo _____						
Refere uso de <input type="radio"/> bebidas alcoólicas <input type="radio"/> entorpecentes _____						
Perda de <input type="radio"/> Tampão mucoso <input type="radio"/> Líquido <input type="radio"/> Sangue	G _____ C _____ P _____ A _____ F _____					
DUM ____/____/____	IG _____	DU _____				
SINAIS VITAIS						
Hora _____	PA _____	FC _____	FR _____	DX _____	SAT _____	TAX _____
Hora _____	PA _____	FC _____	FR _____	DX _____	SAT _____	Peso _____
RECÉM-NASCIDO		Sinais vitais		1º minuto	5º minuto	
Hora nascimento _____		Frequência cardíaca				
		Esforço respiratório				
		Tônus muscular				
		Irritabilidade reflexa				
		Coloração da pele				



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO**

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / PRESCRIÇÃO VIA TELEMEDICINA			
Fármaco	Dose	Via	Horário
PROCEDIMENTOS REALIZADOS / DISPOSITIVOS UTILIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração de VAS <input type="checkbox"/> Cânula de guedel <input type="checkbox"/> Cintos de segurança <input type="checkbox"/> Curativo de 03 pontos <input type="checkbox"/> Curativo oclusivo compressivo <input type="checkbox"/> DEA / Desfibrilador <input type="checkbox"/> Estabilização cervical manual <input type="checkbox"/> Imobilização de pelve <input type="checkbox"/> Inclinação da cabeça / elevação do mento <input type="checkbox"/> Imobilizador de cabeça <input type="checkbox"/> Oximetria digital Técnica para extricação veicular <input type="checkbox"/> Auto		<input type="checkbox"/> Pranchamento <input type="checkbox"/> Remoção em cadeira <input type="checkbox"/> Retirada de capacete <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho <input type="checkbox"/> Retirada de prótese dentária <input type="checkbox"/> Rolamento <input type="checkbox"/> 90º <input type="checkbox"/> 180º <input type="checkbox"/> Torniquete – instalado _____ <input type="checkbox"/> Tração da mandíbula <input type="checkbox"/> Ventilação com ambu Imobilização <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE Imobilização de ombro <input type="checkbox"/> Dir <input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> 0º <input type="checkbox"/> 30º <input type="checkbox"/> 60º <input type="checkbox"/> 90º <input type="checkbox"/> Retirada rápida	
		<input type="checkbox"/> Acesso periférico _____ <input type="checkbox"/> Acesso periférico _____ <input type="checkbox"/> Colar cervical _____ <input type="checkbox"/> Oxigênio _____ <input type="checkbox"/> RCP _____ minutos - _____ choques	
Anotações _____ _____ _____ _____			
TRANSPORTE ATÉ UNIDADE DE SAÚDE			
Intercorrências <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____			
DADOS DA EQUIPE		DESTINO FINAL	
Enfermeiro _____	Enfermagem _____	<input type="checkbox"/> Óbito no local / durante o atendimento <input type="checkbox"/> Alta no local da ocorrência <input type="checkbox"/> Encaminhado à Unidade de Saúde	
Condutor _____	Médico _____	Local _____	Receptor _____
TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO			
Estando devidamente orientado e informado sobre os riscos à que possa estar exposto, com eventuais sequelas irreversíveis e risco de morte, recuso <input type="checkbox"/> receber atendimento pela equipe do SAMU <input type="checkbox"/> ser encaminhado para uma Unidade de Saúde pela equipe do SAMU, assumindo todos os riscos derivados desta ação, ou também recuso <input type="checkbox"/> assinar o presente termo.			
RG / CPF _____	Assinatura do paciente _____		
Testemunha 1 _____	Testemunha 2 _____		
RG / CPF _____	RG / CPF _____		
CANCELAMENTO DA OCORRÊNCIA			
Motivo _____			



# PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

<b>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		<b>GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER</b>	Nº _____	Cadáver destinado ao <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
<b>I</b> RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> Natureza do óbito <input type="checkbox"/> Morte natural <input type="checkbox"/> Causa Externa		Data do Óbito _____	Hora: _____
	Nome do Hospital / PS: _____		CNES: _____	
	Endereço: _____		Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____	
<b>II</b> IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Óbito <input type="checkbox"/> Fetal (nãimorto) <input type="checkbox"/> Não fetal		Nº Registro (Hospital/PS): _____	RG: _____
	Nome: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____		<input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado	
	Escolaridade (nível/última série concluída)		Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)	
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série		<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo		
Filiação: Mãe: _____		Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____		
CEP: _____		Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____		
<b>III</b> MORTES DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	Óbitos de mulheres em idade fértil _____ a morte ocorreu			<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			<input type="checkbox"/>
<b>IV</b> ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO	Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano -- Informações sobre a mãe			
	Idade _____	Escolaridade _____	Ocupação Habitual _____	(se aposentada/desempregada, informar anterior)
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo		
	Número de Filhos Tídeos Nascidos _____	Nº semanas de gestação _____	Tipo de Gravidez _____	Tipo de Parto _____
<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Casáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	Morte em Relação ao Parto _____	
Morte em Relação ao Parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		Peso ao Nascer _____ Gramas		
Número da Declaração Nascido Vivo _____				
<b>V</b> ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNA	Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (autoagressão) <input type="checkbox"/> Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada <input type="checkbox"/> Intervenção Legal			
	<b>Acidentes</b>			
	<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito (informação sobre a vítima) <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Veículos envolvidos no acidente: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____			
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo/incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			
<b>Suicídio</b>				
<input type="checkbox"/> Intoxic./Enven. <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____				
<b>Agressão por terceiros</b>				
<input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Outros meios: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado				
Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado				
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
<b>VI</b> INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	Condição do paciente/falecido <input type="checkbox"/> Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> Faleceu ao receber os Primeiros Socorros			
	<input type="checkbox"/> Faleceu durante o Internação: _____ dias <input type="checkbox"/> Nãimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta			
	Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____			
Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____				
<b>VII</b> ATENDEMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS	Clínico ou Cirúrgico: _____			
	Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____			
	Causa(s) possível do Óbito: _____			
<b>VIII</b>	Médico Responsável: _____		Data: ____/____/____	
	Carimbo e Assinatura			

PREENCHER A CANETA ESFEROGRÁFICA PRETA OU AZUL



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

5/6/2019 (1004/19)

	<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 REGIONAL BRAGANÇA</b>	
---	--	---

**Avaliação de Qualidade da Assistência**

Equipe: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ VTR: \_\_\_\_\_ QRU: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

1. Como você avalia o atendimento durante a ligação para o SAMU 192?

( ) Excelente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

2. Como você avalia o acolhimento dispensado pelos profissionais do SAMU 192?

( ) Excelente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

3. De acordo com seu conhecimento, como você avalia os procedimentos realizados pela equipe no local?

( ) Excelente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

4. A equipe que lhe atendeu estava uniformizada (macacão, botas, luvas, óculos e máscara) e com identificação?

( ) Sim ( ) Não, justifique \_\_\_\_\_

5. Sobre a viagem até o hospital, como você avalia a segurança da forma como o motorista dirigiu a ambulância?

( ) Excelente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

6. Sobre a conservação e limpeza da ambulância, como você avalia?

( ) Excelente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

7. Como você avalia todo o atendimento do SAMU 192?

( ) Excelente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

( ) Recusou participar da avaliação

( ) Impossibilidade/Motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura usuário

\_\_\_\_\_  
Assinatura / carimbo equipe

OBS.: Esta ficha deverá ser entregue/enviada semanalmente para a Coordenação do SAMU 192 Regional Bragança para tabulação dos dados.

Rua Santi Joanni Baptista, 200, Bº. Hípica Jaguary, Bragança Paulista, S.P. - CEP 12.926-450  
(11) 4882-9870/9840 -- e-mail: [nepsamubraganca@gmail.com](mailto:nepsamubraganca@gmail.com)



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

**ANEXO II**

**PROPOSTA COMERCIAL (proposta adicional)**

Dispensa nº 212/2025

Processo nº 370/2025

Dados do Fornecedor:

CNPJ.: \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

CIDADE/ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO ELETRÔNICO: \_\_\_\_\_

A Empresa supracitada propõe fornecer e instalar para a Prefeitura de Serra Negra, em estrito cumprimento ao previsto no Aviso de Dispensa em epígrafe, especialmente no que tange as especificações do objeto e demais exigências previstas no Anexo I.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	UNID. /SERVIÇO	MARCA/MODELO	VALOR UNIT. R\$	VALOR TOTAL R\$
01	DESCRIÇÃO CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA DESSE EDITAL					

VALOR TOTAL:

Observações:

A proponente obriga-se a cumprir o prazo de entrega e instalação previsto no Termo de Referência.  
A validade desta proposta é de no mínimo 60 (sessenta) dias contados da apresentação da proposta.



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO**

Declaro que a empresa está enquadrada como ME, EPP, MEI

Sim ( ) Não ( )

Nome do Administrador: \_\_\_\_\_

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

Email institucional.: \_\_\_\_\_

Email pessoal.: \_\_\_\_\_

Local e Data-

Nome e assinatura do representante legal da licitante-

CPF/Cargo