



Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO MENSAL DA ESF**

ESF: _____

Mês: _____

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
ENFERMEIRO	
MÉDICO	
CIRURGIÃO-DENTISTA	
TÉC. ENFERMAGEM	
AUX. SAÚDE BUCAL	

ATENDIMENTO DE NÍVEL SUPERIOR	TOTAL
Consultas Médicas	
Consultas Enfermeiro	
Consultas Dentista	
PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Pré-Natal Médico	
Pré-Natal Enfermeiro	
Pré-Natal Odontológico	
Planejamento Familiar Médico	
Planejamento Familiar Enfermeiro	
Puericultura Médico	
Puericultura Enfermeiro	
Puericultura Dentista	
Hipertensos Atendidos pelo Médico	
Hipertensos Atendidos pelo Enfermeiro	
Diabéticos Atendidos pelo Médico	
Diabéticos Atendidos pelo Enfermeiro	
Consultas Puerperais Médico	
Consultas Puerperais Enfermeiro	
Visitas Domiciliares Médico	
Visitas Domiciliares Enfermeiro	
Visitas Domiciliares Dentista	
Visitas Domiciliares do Téc. Enfermagem	
Exame de Prevenção do Câncer Ginecológico	
Nº de Sessões Educativas da Equipe	
Nº de Participantes das Sessões Educativas	
Consultas em Saúde Mental	
Encaminhamentos à Especialidades	

DEMAIS PROCEDIMENTOS NA ESF	TOTAL	
Total de Agentes Comunitários de Saúde		
Total de Visitas dos ACSs		
Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)		
Verificação de Pressão Arterial		
Verificação de Temperatura		
Verificação de Estatura		
Verificação de Peso		
Verificação de Glicemia Capilar		
Retirada de Pontos		
Curativos Realizados		
Nebulização		
Administração de Medicamentos		
Administração de Insulina		
Imunização		
1º Atendimento Odontológico		
Atend. Odontológico de Urgências		
Tratamento Odontológico Concluído		
Nº de Procedimentos Realizados		
Integração NASF-ESF		
Nº de Atendimentos	Assistente Social	
	Fisioterapeuta	
	Nutricionista	
	Psicóloga	
	Educadora Física	
Nº de Sessões Educativas Equipe NASF		
Nº Part. das Sessões Educativas com NASF		
Nº de Grupos com NASF		

Observações da ESF:

Assinatura/Carimbo



MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA**
 Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____ Nº Protocolo _____
 (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Unidade da Saúde _____
 Código do Município _____ Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____ Sexo Masculino Feminino
 Nome completo do(a) paciente* _____
 Apellido do(a) paciente _____
 Nome completo da mãe* _____
 CPF _____ Nacionalidade _____
 Data de Nascimento* _____ Idade _____ Raça/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____
 Dados Residenciais
 Logradouro _____
 Número _____ Complemento _____
 Código do Município _____ Município _____ Bairro _____ UF _____
 CEP _____ DDD _____ Telefone _____
 Ponto de Referência _____
 Escolaridade: Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1 mês)
 Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

2. Você está grávida ou amamentando?
 Sim
 Não
 Não sabe

3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

Sim
 Não
 Não sabe

* Risco elevado são:
 Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
 - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
 - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculina;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA				
Descarga papilar				
<input type="checkbox"/> Cristalino	<input type="checkbox"/> Hemorrágica			
Nódulo (tumor)				
<input type="checkbox"/> Sólido	<input type="checkbox"/> Sólido-cístico	<input type="checkbox"/> Cístico		
Localização				
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat
<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

5. Material enviado:*

<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Descarga papilar
<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Punção aspirativa
	<input type="checkbox"/> Conteúdo cístico

6. Tem tumor residual após punção?
 Sim
 Não

7. Tumor sólido punccionado é o tumor residual?
 Sim
 Não

8. Número de lâminas/ml enviadas(as).* _____

Data da Coleta* _____ Responsável* _____

UQsup - União dos quadrantes superiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroaxilar
PA - Prolongamento axilar

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais

Localização

Responsável

Data do resultado

Observações:

- Padrão citopatológico de amostra
- Material celular
- Negativo para malignidade
- Padrão citopatológico de malignidade indeterminado
- Positivo para malignidade
- Consistente com lesão papilar
- Consistente com processo hiperplásico

RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEUDO CÍSTICO

Padrão citopatológico de malignidade indeterminada compatível com:

- Outros
- Tumor papilar
- Tumor folicular
- Carcinoma papilar
- Carcinoma ductal
- Carcinoma lobulillar
- Outros (exclusivamente malignos)

Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com:

- Outros
- Lesão epitelial proliferativa com atipias
- Lesão epitelial proliferativa com atipias

Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com:

RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA

- Mastite
- Abscesso subarrolar recorrente
- Fibroadenoma
- Necrose gordurosa
- Condilo fibrocístico mamária
- Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias
- Outros (exclusivamente benignos)

- Mama esquerda
- Mama direita
- Sistema
- Insuficiente por

Localização: Adequabilidade do material

RESULTADO

Nome do Prestador de serviço

Recebido em:

Número do Exame

CNES de Laboratório

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____
Unidade de Saúde _____ N° Protocolo _____
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____
Nome Completo da Mulher* _____
Nome Completo da Mãe* _____
CPF _____ Apellido da Mulher _____
Nacionalidade _____
Data de Nascimento* _____ Idade _____ Raça/or _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia _____
Dados Residenciais
Logradouro _____
Número _____ Complemento _____
Código do Município _____ Município _____ Bairro _____ UF _____
CEP _____ DDD _____ Telefone _____
Ponto de Referência _____
Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

Sim. Quando fez o último exame? ano _____

Não Não sabe

3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

4. Está grávida?* Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*

Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

_____/_____/_____ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* _____ Responsável* _____

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*	Numero do Exame*
_____	_____
Nome do Laboratório*	Recebido em:*
_____	____/____/____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Pióctos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros; especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas:
 - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito atópico pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermoide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____ Responsável* _____

Data do Resultado* _____



ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente Apellido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade Órgão Emissor UF CNPJ(CPF)

Data de Nascimento Idade Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade

Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

Sim, mama direita

Sim, mama esquerda

Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

Sim

Não

Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

Sim

Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?

Sim Quando fez a última mamografia?

Não

Não sabe

* Risco elevado são:

- Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed Uqinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed Uqinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed Uqinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed Uqinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

C. REFEITURA MUNICIPAL
Nº 690
C. de Saúde
C. de Diagnóstico e Referência

5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

Mama esquerda

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

Mama esquerda

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

____/____/____

Número do Exame

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d - Avaliação de respostas à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta.

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama.

Localização

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

Uqint - União dos quadrantes internos
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE ENDEMIAS
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCB

500

PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

FL. Nº 684
Câmbio de Licença

RESUMO SEMANAL DE SERVIÇO ANTIVETORIAL

01 Controle Digitação

02	MUNICÍPIO	03	CÓDIGO E NOME DA LOCALIDADE	04	ZONA								
05	Categoria.localid	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Concluído	09	Sem Epidem	10	Data início	11	Data final
			1- sede 2- outros		/		S-sim N-não		/		/ /		/ /
12	Atividade												
	1. Levantamento de índice			2-LI+T - Levantamento de índice + Tratamento				3 - PE - Ponto Estratégico					
	4 - T-Tratamento			5 - DF - Delimitação de Foco				6. PVE-Pesquisa Vetorial Especial					

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13. Total quant. concl	N° imóveis trabalhados por tipo										N° imóveis			Pendências		
	14. Residência	15. Comércio.	16. TB	17. PE	18. Outros	19. Total	20. Trat.Focal	21. Trat. Perifocal	22. Inspeccionados	23. Amostras coletadas	24. Recusa	25. Fechados	26. Recuperados			
N° de depósitos inspeccionados por tipo													35. Depósito Eliminado			
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	33	E	34	Total	

N° de depósitos tratados										Adultecida		44. Ageries por dia trabalhado		Média HTD	
Larvicida (1)					Larvicida (2)					42 Tipo		43. Qte cargas			
36	Tipo	37	Qte. (gramas)	38	Qte dep trat	39	Tipo	40	Qte (gramas)	41	Qte dep trat				

RESUMO DO LABORATÓRIO

N° de depósitos com espécies por tipo																
	45	A1	46	A2	47	B	48	C	49	D1	50	D2	51	E	52	Total
Com Aedes aegypti																
Com Aedes albopictus																

A1 - caixa d'água A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (banho) B - Pequenos depósitos móveis
C-Depósitos fixos D2 - Lixo (recipientes, plásticos, latas, sacatas, entulhos) D- Depósitos naturais
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

N° de imóveis com espécimes por tipo										N° de espécimes por tipo										
	53	residência	54	Comercio	55	Torre no Balcão	56	Ponto fixo fixo	57	Outras	58	Total	59	Larvas	60	Pupas	61	Exuvia de pupas	62	Adultos
Com Aedes egypti																				
Com Aedes albopictus																				
Outros																				

63. N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti

/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

64. N° e sequências dos quarteirões com Aedes albopictus

/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

65. N° e seq. Dos quarteirões com Aedes aegypti

/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

66 Visto do supervisor _____ 67 Data do visto _____

IMÓVEIS EXISTENTE: _____
IMÓVEIS FECHADOS: _____ % _____ PE _____

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

Unidade de Origem: _____ Município: Viçosa do Ceará

Nome: _____ Prontuário N°: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: ___/___/____. Ocupação: _____

Endereço: _____ ACS: _____

Bairro: _____ Município: Viçosa do Ceará Fone: () _____

Motivo do Encaminhamento:

Resultado dos Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante - N° de Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - N° de Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRARREFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Data da Alta: ___/___/____

Resumo Clínico-Cirúrgico:

Resultado dos Exames:

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Consulta:

O Problema Justificou a Referência? SIM NÃO O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM NÃO

Assinatura do Consultante - N° de Registro

Função

Data

Secretaria de Saúde
Coordenação de Imunização

SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

Mês : _____

UBS: _____

Vacinas	Doses 1° Repasse	Data 1° Repasse	Doses 2° Repasse	Data 2° Repasse
ARH				
BCG				
DT				
DTP				
DTPA				
GRIPE				
HEP A				
HEP B				
HPV				
MNC				
PENTA				
PNC 23				
PNC10				
TETRAVIRAL				
TRIVIRAL				
VARICELA				
VIP				
VOP				
VORH				

SERINGAS 3 ml				
Data	Agulha 20 x 5,5	25 x 7,5	13 x 4,5	Quantidade



Secretaria Municipal de Saúde
Centro Municipal de Reabilitação Maria Marina Cipriano de Mesquita

TERMO DE CONSENTIMENTO

O(A) paciente (ou responsável legal) _____

portador(a) do RG _____ declara através deste que está ciente das seguintes normas de funcionamento do atendimento fonoaudiológico oferecido pela **PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**.

1. Os atendimentos serão realizados por profissionais fonoaudiólogos da **PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ** no **CENTRO DE REABILITAÇÃO MARIA MARIANA CIPRIANO DE MESQUITA**.
2. Os atendimentos serão realizados por ordem de chegada.
3. A duração de cada sessão de fonoterapia é de até 30 minutos.
4. Com três faltas consecutivas o paciente perde o direito da vaga, ficando o agendamento para ser feito conforme a disponibilidade de horários.
5. Declara que foi informado(a) de todos os cuidados e orientações que deve seguir a fim de alcançar o melhor resultado.
6. Está ciente que o tratamento não se limita só ao realizado no consultório, sendo que deverá realizar os exercícios sugeridos pelo fonoaudiólogo(a) e seguir todas as orientações relativas à sua patologia.
7. Deve o(a) paciente retornar ao consultório em dia marcado. Quando impossibilitado(a) do comparecimento, informar ao **CENTRO DE REABILITAÇÃO MARIA MARIANA CIPRIANO DE MESQUITA** com antecedência.

Viçosa do Ceará, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

[1]
PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
CNPJ: 10.462.497/0001-13
Rua Praca Clóvis Beviláqua, Solar da Marcela - CEP 62.300-000

TC 11A 212



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
dá plena autorização aos médicos do Hospital que o assistirem para fazerem
as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a res-
peitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Emdede.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL.

TESTEMUNHAS:

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, aãsumido inte-
ira responsabilidade por sua decisão.

Emdede.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL.

TESTEMUNHAS:

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Emdede.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL.

TESTEMUNHAS:

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
reconhece que a esta mesma está em condições de acordo e declara, pela presente, que nenhum médico ou qual-
quer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Emdede.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL.

TESTEMUNHAS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DE VIÇOSA DO CEARÁ
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR-MELHOR EM CASA

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTO



Nesta data, eu, _____, responsável pelo(a) paciente _____, nº de prontuário _____, recebo os equipamentos abaixo discriminados e me comprometo a utilizá-los, respeitando as orientações fornecidas pela equipe técnica, e a devolvê-los por ocasião da alta, óbito ou quando solicitado pelo Serviço de Atenção Domiciliar, conforme orientação/solicitação da equipe de atenção domiciliar.

Descrição do(s) equipamento(s):

Data	Quantidade	Patrimônio ou número	Equipamento/descrição

Município, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário(a) ou responsável

Assinatura do(a) cuidador(a)

Assinatura do(a) representante da equipe



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO
Secretaria da Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL VIÇOSA DO CEARÁ

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA LAQUEADURA DE TROMPAS

Eu _____ e meu
conjugue _____,
declaro para os devidos fins, que recebi informações desta unidade, sobre todos os
métodos e meios contraceptivos existentes, como também, dos risco da cirurgia,
possível efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção
reversíveis existentes. Depois de toda informação e orientação recebida, optei pela
LAQUEADURA DE TROMPAS, por expressa manifestação da minha vontade, e
assumindo todas as consequências e risco que por ventura venha ocorrer.

Assinatura da Cliente _____

Assinatura do Conjugue _____

Testemunhas _____

Viçosa-Ce, _____ de _____ de _____

**GOVERNO MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA VASECTOMIA

Eu, _____ e meu
cônjuge _____,

declaro, para os devidos fins, que recebi informações desta unidade sobre todos os métodos e meios contraceptivos existentes, como também dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Depois de toda informação e orientação recebida, optei pela VASECTOMIA, por expressa manifestação de minha vontade, e assumindo todas as consequências e riscos que porventura venham a ocorrer.

Assinatura do Cliente _____

Assinatura do Cônjuge _____

Testemunhas _____

Viçosa-CE, _____ de _____ de _____

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

33
GESTANTE: _____

RN de: _____

Solicito:

TIPAGEM SANGUÍNEA (ABO)

Viçosa do Ceará; ____ de _____ de _____

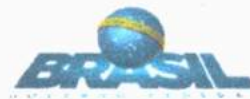
Médico

4,5m

CREAS

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Viçosa do Ceará



1,3m

4,5m

CRAS SEDE

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Viçosa do Ceará



1,3m

4,5m

CRAS

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

JÚA DOS VIEIRAS



1,3m

4,5m

1,3m

CRAS

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

PASSAGEM DA ONÇA



4,5m

1,3m

CRAS

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

QUATIGUABA



2m

1m

CREAM
Centro de Referência Especializado
no Atendimento a Mulher

PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA do CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

Viçosa Mulher

4,5m

1,3m

VIÇOSA SOCIAL PARK

PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA do CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

SECIPS

0,70cm

0,80cm

CONSELHO TUTELAR
Viçosa do Ceará - Ce

PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA do CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

SECIPS

OBS: FRENTE E VERSO

30cm

PREFEITURA MUNICIPAL
FL. Nº 637
MUNICÍPIO DE LICERAS

15cm



RECEPÇÃO

30cm

15cm



AUDITÓRIO

30cm

15cm



COORDENAÇÃO

30cm

15cm



EQUIPE TÉCNICA

30cm

15cm



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

ATENDIMENTO INDIVIDUAL

30cm

15cm



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

DEPÓSITO

20cm

20cm



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

20cm

20cm



20cm

20cm





ANEXO I - FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 CÓDIGO FAMILIAR: _____ 1.10 DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA: R\$ _____

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - LOCALIDADE: _____

1.12 - TIPO: _____ 1.13 - TÍTULO: _____

1.14 - NOME: _____

1.15 - NÚMERO: _____ 1.16 - COMPLEMENTO DO NÚMERO: _____

1.17 COMPLEMENTO ADICIONAL: _____

1.18 - CEP: _____ 1.20 - REFERÊNCIA PARA LOCALIZAÇÃO: _____

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.02 - CPF - _____ 5.03 - 1 RG _____ D.E. ____/____/____

8.04 - TRABALHO PRINCIPAL QUE EXERCE: _____

8.05 - REMUNERAÇÃO? _____

4.07 - PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

4.02 - NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.02 - CPF - _____ 5.03 - 1 RG _____ D.E. ____/____/____

8.04 - TRABALHO PRINCIPAL QUE EXERCE: _____

8.05 - REMUNERAÇÃO? _____

4.07 - PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

4.02 - NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.01 - DOCUMENTAÇÃO: _____

7.02 - FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? _____ 7.08 - ANO/SÉRIE: _____

ANEXO I - FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO – V7

4.07 – PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

4.02 – NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 – DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.01 – DOCUMENTAÇÃO: _____

7.02 – FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? _____ 7.08 – ANO/SÉRIE: _____

4.07 – PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

4.02 – NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 – DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.01 – DOCUMENTAÇÃO: _____

7.02 – FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? _____ 7.08 – ANO/SÉRIE: _____

4.07 – PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

4.02 – NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 – DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.01 – DOCUMENTAÇÃO: _____

7.02 – FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? _____ 7.08 – ANO/SÉRIE: _____

4.07 – PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

4.02 – NOME COMPLETO: _____

4.03 - NIS: _____ 4.06 – DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

5.01 – DOCUMENTAÇÃO: _____

7.02 – FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? _____ 7.08 – ANO/SÉRIE: _____

Local e data

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RF)

Assinatura do entrevistador/Responsável pelo cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.
(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

OBS: _____



MINUTA DA PROPOSTA DE PREÇOS

Pregão Presencial N° ----/2018-SEAG

À
Prefeitura Municipal de Viçosa do Ceará
Comissão de Licitação

Razão Social: _____, CNPJ: _____
Endereço: _____ CEP: _____
Fone: _____ Fax: _____, E-mail: _____
Banco: _____ Agência N°: _____ Conta Corrente N°: _____

OBJETO: AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E SERVIÇOS GRÁFICOS PARA DIVERSAS SECRETARIAS.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	MARCA	VL UNIT	VL TOTAL
1						
2						
3...						
VALOR TOTAL						

Valor Global da Proposta: (valor por extenso)

Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias.

O licitante declara que, nos valores apresentados acima, estão inclusos todos os tributos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal, custos, demais despesas que possam incidir sobre o fornecimento licitado, inclusive a margem de lucro.

Local e data

Carimbo da empresa/Assinatura do responsável



ANEXO III

MODELOS DE DECLARAÇÕES/PROCURAÇÃO

III.I.) 1º Modelo de Declaração:

DECLARAÇÃO

(NOMINA E QUALIFICA O FORNECEDOR), DECLARA, para os devidos fins de direito, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Município de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, que, em cumprimento ao estabelecido na Lei nº 9.854, de 27/10/1999, publicada no DOU de 28/10/1999, e ao inciso XXXIII, do artigo 7º, da Constituição Federal, não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menores de 16 (dezesesseis) anos em trabalho algum, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

..... (UF), de 2018.

.....
DECLARANTE

ANEXO III

MODELOS DE DECLARAÇÕES/PROCURAÇÃO

III.II.) 2º Modelo de Declaração:

DECLARAÇÃO

(NOMINA E QUALIFICA O FORNECEDOR), DECLARA, para os devidos fins de direito, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Município de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, que tem pleno conhecimento de todos os parâmetros e elementos dos produtos a serem ofertados no presente certame licitatório e que sua proposta atende integralmente aos requisitos constantes neste edital.

Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

..... (UF), de 2018.

.....



DECLARANTE

ANEXO III

MODELOS DE DECLARAÇÕES/PROCURAÇÃO

III.III.) 3º Modelo de Declaração:

DECLARAÇÃO

(NOMINA E QUALIFICA O FORNECEDOR), DECLARA, para os devidos fins de direito, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Município de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, que concorda integralmente com os termos deste edital e seus anexos.

Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

..... (UF), de 2018.

.....
DECLARANTE

ANEXO III

MODELOS DE DECLARAÇÕES/PROCURAÇÃO

III.IV.) 4º Modelo de Declaração:

DECLARAÇÃO

(NOMINA E QUALIFICA O FORNECEDOR), DECLARA, para os devidos fins de direito, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Município de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, sob as penalidades cabíveis, que inexistem qualquer fato superveniente impeditivo de nossa habilitação para participar no presente certame licitatório, bem assim que ficamos ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores, nos termos do art.32, §2º, da Lei n.º 8.666/93.

Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

..... (UF), de 2018.



DECLARANTE

ANEXO III

MODELOS DE DECLARAÇÕES/PROCURAÇÃO

III.V.) 5º Modelo de Declaração:

DECLARAÇÃO PARA MICRO EMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE

(Nome/Razão Social), inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr(a) _____, portado(a) da Carteira de Identidade nº _____ e CPF nº _____, DECLARA, sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, ser microempresa ou empresa de pequeno porte nos termos da legislação vigente, não possuindo nenhum dos impedimentos previstos no §4 do artigo 3º da Lei Complementar nº 123/06.

_____ (UF), _____ de _____ de 2018.

(Representante Legal)

ANEXO III

MODELOS DE DECLARAÇÕES/PROCURAÇÃO

III.VI.) 6º Modelo de Procuração:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: <NOME DA EMPRESA, CNPJ e ENDEREÇO> neste ato representada por seu (titular, sócio, diretor ou representante), Sr.< NOME>, qualificação (nacionalidade, estado civil, profissão, RG e CPF).

OUTORGADO: <NOME DO CREDENCIADO> qualificação (nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF e endereço).

PODERES: O outorgante confere ao outorgado(a) pleno e gerais poderes para representá-lo junto ao Município de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, relativo ao pregão promovido através do Edital nº _____, podendo o mesmo, assinar propostas, atas, entregar durante o procedimento os documentos de credenciamento, envelopes de proposta de preços e documentos de habilitação, assinar toda a documentação necessária, como também formular ofertas e lances verbais de preços e praticar todos



os demais atos pertinentes ao certame em nome da Outorgante que se fizerem necessários ao fiel cumprimento deste mandato, inclusive interpor recursos, ciente de que por força do artigo 675 do Código Civil está obrigado a satisfazer todas as obrigações contraídas pelo outorgado.

..... (UF), de de

.....
OUTORGANTE



ANEXO IV

**MINUTA DO TERMO DE CONTRATO Nº _____
QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DO
VIÇOSA DO CEARÁ, ATRAVÉS DA
SECRETARIA DE _____, COM
_____, NAS CONDIÇÕES ABAIXO
PACTUADAS:**

O **MUNICÍPIO DE VIÇOSA DO CEARÁ – CE**, pessoa jurídica de direito público interno, através da **SECRETARIA DE _____**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____ com sede na Rua _____, nº _____ - Bairro _____, na cidade de Viçosa do Ceará, , neste ato representada pelo respectivo Secretário(a). _____, doravante denominado de **CONTRATANTE**, e de outro lado, a **Empresa _____**, pessoa jurídica de direito privado, sediada à rua _____, bairro _____, cidade _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, representado por _____, portador do CPF nº _____, ao fim assinado, doravante denominada de **CONTRATADA**, de acordo com o Edital de Pregão nº ----/2018-_____, o que fazem mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO FUNDAMENTO

1.1- O presente contrato fundamenta-se nas disposições da Lei nº 8.666, de 21/06/1993, **Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002 – Lei que Regulamenta o Pregão**, o Decreto nº 3.555/2000, nos termos do Pregão Presencial nº _/2018-SEAG, e resultado da licitação, devidamente homologada pelo (a) Secretário (a) de _____, com base na proposta da CONTRATADA, todos partes integrantes deste contrato independente de transcrição.

1.2- Os casos omissos serão resolvidos pelo Secretário Ordenador de Despesa, mediante aplicação da Legislação Pertinente.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1- Constitui objeto do presente a aquisição de _____, mediante PREGÃO, conforme Anexo I do Edital de Pregão nº --/2018-_____, no qual restou vencedora a Contratada.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA DE FORNECIMENTO E LOCAL

3.1- A entrega dos produtos licitados será de forma Parcelada, deverão ser entregues no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis, a contar do recebimento da ORDEM DE FORNECIMENTO expedida pela administração, no Almoxarifado Central, localizado à Avenida José Figueira S/N, Centro – Viçosa do Ceará-CE, ou nos setores correspondente a Secretaria de _____ de acordo com a ordem de fornecimento, no horário das 08:00hs às 12:00hs e das 14:00hs às 15:00hs, de segunda a sexta-feira, sob quaisquer pretextos, não serão recebidos produtos fora do expediente.

3.2- A entrega dos produtos deve se efetuar de forma a não comprometer o funcionamento dos sistemas, recursos ou deslocamentos. Havendo necessidade de interrupção, esta deverá estar devidamente planejada e ser necessariamente aprovada pelo(a) Secretário(a) Ordenador(a) de Despesa.

3.3- Em nenhuma hipótese serão concedidas prorrogações de prazo.

3.4- Por ocasião da entrega dos produtos, o fornecedor deverá apresentar recibo em 02 (duas) vias e a respectiva Nota Fiscal.

3.5- O produto que não atender às especificações do Edital e que forem recusados pelo servidor responsável pelo recebimento no momento da entrega deverá ser substituído pelo fornecedor no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento.



- 3.6- Deverá ser emitida fatura e Nota Fiscal, por Anexo, em nome da Secretaria de _____ da prefeitura Municipal de Viçosa do Ceará, com domicílio na Rua _____, nº ____ - Bairro _____, na cidade de Viçosa do Ceará, Viçosa do Ceará/Ce, inscrito no CNPJ/MF sob o nº _____.
- 3.7- O Regime de execução será indireta com empreitada por preço unitário.

CLÁUSULA QUARTA - DO PRAZO DE ENTREGA E DA VIGÊNCIA

- 4.1. O Contrato resultante da presente Licitação terá vigência a partir de sua assinatura, tendo validade até a entrega total dos bens, não podendo ultrapassar o prazo de **até 31 de dezembro de 2018**, contados a partir da Nota de Empenho.
- 4.3. O prazo de entrega dos bens é de até 10 (dez) dias úteis, após a data de recebimento da ordem de compra.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR CONTRATUAL

- 5.1. O objeto contratual tem o valor de R\$ (.....), a ser pago em até 30 (trinta) dias após a entrega, obedecido o constante no Preâmbulo do Edital de Pregão
- 5.2. No valor acima estipulado já estão inclusos todas as taxas, encargos, impostos, fretes, carregamento e descarregamento, seguros e demais despesas inerentes ao fornecimento do objeto contratado.
- 5.3. Os bens ora contratados serão fornecidos nas quantidades e preços unitários abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	UNID	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL
1						
VALOR TOTAL R\$(.....)						

CLÁUSULA SEXTA - DA FORMA DE PAGAMENTO

- 6.1. O pagamento será efetuado pela tesouraria da Prefeitura Municipal de Viçosa do Ceará, após os bens serem recebidos e conferidos pelo setor responsável pela solicitação, em até 30 (trinta) dias após a entrega.
- 6.2. Os pagamentos serão efetivados mediante a apresentação da respectiva Nota Fiscal da Mercadoria e Recibo correspondente, devidamente atestado o recebimento pelo responsável do setor solicitante.
- 6.3. Se houver atraso nos pagamentos, estes serão atualizados com base na incidência de juros de mora de 0,5 (meio por cento) ao mês "por rata tempore", entre o dia previsto e a data do efetivo pagamento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REAJUSTE DE PREÇOS

- 7.1. Os preços contratados são fixos e irajustáveis.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

- 8.1. Os recursos financeiros para pagamento das despesas com a aquisição dos bens correrão por conta de recursos próprios do Orçamento do Município de Viçosa do Ceará, nas seguintes dotações orçamentárias:

Projeto/Atividade	Elemento de Despesa

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 9.1. Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, do fornecimento dos bens, transportes, impostos, taxas, encargos, seguros e outros, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus para a Prefeitura Municipal de Viçosa do Ceará.



- 9.2. Substituir às suas expensas, todo e qualquer bem entregue em desacordo com as especificações exigidas e padrões de qualidade exigidos, com defeito, vício ou que vier a apresentar problema quanto ao seu uso dentro do período de garantia ou prazo de validade.
- 9.3. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrente de sua culpa ou dolo pelo fornecimento de bem em desacordo com as especificações exigidas e normas pertinentes.
- 9.4. Responsabilizar-se pela fiel entrega dos bens no prazo estabelecido.
- 9.5. Prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados pela Administração, durante a execução desta aquisição.
- 9.6. Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, na forma do art. 65, parágrafos 1 e 2 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.
- 9.7. Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 10.1. Providenciar os pagamentos devidos à contratada, nos prazos acordados, e de acordo com as Notas Fiscais/Faturas emitidas e atestados os recebimentos dos bens pelo responsável designado para acompanhamento e fiscalização, da execução deste contrato, da Secretaria de _____.
- 10.2. Indicar o representante da Administração para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, bem como para atestar o recebimento dos bens.
- 10.3. Fiscalizar e acompanhar a entrega dos bens, e a execução do contrato através do servidor designado o(a) Sr(a). _____.
- 10.4. Comunicar à contratada todas e quaisquer irregularidades ocorridas na execução do contrato e exigir as devidas providências que demandem da Contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO INADIMPLEMENTO E SANÇÕES

- 11.1. A CONTRATADA sujeitar-se-á, em caso de inadimplência de suas obrigações, sem prejuízo de responsabilidade civil e criminal, as seguintes sanções administrativas:
- multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor global ora ajustado, caso ocorra desistência total ou parcial de proceder o fornecimento objeto deste contrato;
 - multa de 0,3% (três décimos por cento) sobre o valor total da ordem de compra por dia de atraso na entrega dos bens.
 - suspensão temporária de participar em licitação ou contratar com a Administração pelo prazo de 01 (um) ano.
 - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a Administração, que será concedida após o contratado ressarcir à Administração pelos prejuízos causados e após decorrido o prazo da suspensão aplicada no item anterior.
- 11.2. O valor da multa aplicada será deduzida pela Administração, pôr ocasião do pagamento, momento em que a unidade responsável pelo mesmo comunicará ao fornecedor.
- 11.3. Se não for possível descontá-lo por ocasião do pagamento, a CONTRATADA recolherá, voluntariamente, a multa por meio de Documento de Arrecadação Municipal em nome da Prefeitura Municipal de Viçosa do Ceará. Se não o fizer, será encaminhado a Procuradoria Jurídica da Prefeitura para cobrança em processo de execução, e será considerado inadimplente e inidôneo para licitar com a Administração Municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

- 12.1. A CONTRATANTE poderá rescindir o contrato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial se a contratada:



- a) Paralisar o fornecimento por um período superior a 05 (cinco) dias corridos, contados a partir do prazo máximo para a entrega, determinado neste Edital e baseados na data do recebimento da ordem de compra emitida pelo Setor de Transportes.
- b) Fornecer os bens em desacordo com as especificações exigidas;
- c) Não cumprir ou cumprir irregularmente as cláusulas contratuais ou a legislação vigente;
- d) Cometer reiterados erros na execução das entregas dos bens;
- e) Ceder ou transferir, no todo ou em parte, o fornecimento dos bens;
- f) Entrar em concordata, falência ou dissolução, ou recair no processo de insolvência sobre qualquer de seus dirigentes.

12.2. Declarada a rescisão contratual em decorrência de qualquer um dos fundamentos do item anterior, a contratada receberá exclusivamente o pagamento dos bens fornecidos e recebidos, deduzido o valor correspondente as multas porventura existentes.

12.3. Não caberá a contratada indenização de qualquer espécie seja a que título for, se o contrato vier a ser rescindido em decorrência de descumprimento das normas nele estabelecidas.

12.4. Independentemente do disposto nesta cláusula, o contrato poderá ser rescindido por livre decisão da Secretaria de _____, a qualquer época, sem que caiba a contratada o direito de reclamação ou indenização a qualquer título, garantindo-lhe apenas, o pagamento dos bens fornecidos e devidamente recebidos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1. Fica eleito o foro da Comarca de Viçosa do Ceará, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios oriundos da execução deste contrato.

E, por estarem justos e acertados, firmam o presente termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas, para surtir seus efeitos legais.

Viçosa do Ceará/Ce, ____ de _____ de ____.

**Secretaria de
CONTRATANTE**

**Razão Social
CONTRATADO**

TESTEMUNHAS:

1. NOME: _____ CPF: _____

2. NOME: _____ CPF: _____

PROCURADORIA JURÍDICA DO MUNICÍPIO:

Procurador Geral do Município