

**SOLICITAÇÃO DA DEMANDA – SD Nº01/2021.****INTRODUÇÃO**

O presente documento visa padronizar a demanda e consolidar informações e documentos necessários para a contratação.

Em conformidade com a Lei de Licitações e Contratos, a fase de Planejamento da Contratação terá início com o recebimento do Documento de Oficialização da Demanda pela Área de Licitações. Este documento deverá ser elaborado pela Secretaria Demandante. (Conforme Instrução Normativa nº5 de 26 de Maio de 2017). MPG Seção I – “Dos Procedimentos Iniciais para Elaboração do Planejamento da Contratação”:

Art. 21. “Os procedimentos iniciais do Planejamento da Contratação consistem nas seguintes atividades:”

I - Elaboração do documento para formalização da demanda pelo setor requisitante do serviço.(...)

1 – IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE

Setor Requisitante: Secretaria de Saúde

Nome do ordenador responsável pela demanda: Daiane de Oliveira

Cargo: secretária de Saúde

E-mail institucional:

TEL/Ramal: 42-999773456

2 – INFORMAÇÕES GERAIS

Nº do processo administrativo anterior:	:	*Não há processo anterior
Modalidade adotada na contratação anterior, se for o caso:	:	Idem *
Gestor/gerenciador do futuro contrato ou ATA	:	Daiane de Oliveira
Servidor responsável indicado para auxiliar no planejamento da contratação, se for o caso	:	Elizete S. Leichtweis
Fiscal (s) indicado (s) pelo ordenador de despesas	:	Elizete S. Leichtweis
Gestor do contrato indicado pelo ordenador de despesas	:	Daiane de Oliveira
Nº do Contrato ou Ata de Registro de Preços da contratação anterior	:	Não há processo anterior
Encerramento da vigência do instrumento anterior, se for o caso	:	



A licitação anterior foi executada	:	Satisfatoriamente () Insatisfatoriamente ()
Pontos de melhoria sugeridos na licitação anterior	:	
Prazo sugerido para a Contratação	:	De imediato após processo
Prazo de entrega ou execução dos serviços	:	30 dias
Fonte de Recurso	:	Federal () Estadual () Municipal (x)
Indicação da dotação orçamentaria	:	13.002.10.301.1001.2075
Legislação Especial sobre o Objeto	:	
Regime regente da contratação:	:	(x) Lei 8.666/1993
O objeto solicitado tem relação com a frota de veículos do município? (Se sim, anexar a relação ATUALIZADA da frota)	:	() Sim (x) Não

3 – JUSTIFICATIVA/NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Venho através deste solicitar compra de carteirinhas de vacina para criança, tal solicitação se faz necessária devido o Estado não fornecer mais conforme copia em anexo do E-mail enviado ao municípios informando da situação.

Hoje devido essa falta de fornecimento pelo Estado do Paraná as crianças que nasceram esta sendo feito o registro das vacinas e acompanhamentos em um copia (xerox) que precisamos substituir por carteirinhas com material mais durável, pois cartão de vacina é um documento tanto quanto RG e CPF, acompanha o cidadão desde seu nascimento.

4 – DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PRODUTO

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE
1	Confecção de carteirinhas de vacinação com 36 paginas 21x15 tamanho fechado , 30x21 aberto 4 cores – capa papel 150 g miolo papel 75G Meninas	UNID.	250
2	Confecção de carteirinhas de vacinação com 36 paginas 21x15 tamanho fechado , 30x21 aberto 4 cores – capa papel 150 g miolo papel 75G Meninos	UND.	250

Documentos anexos: Segue cotações e pesquisa de mercado em anexo.



CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSE DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP.: 85.230-000 - FONE/FAX: (042) 3644-1238

Data: 13/09/2021.

Mariely Pereira Moreira
Enfermeira

COBEN-PR 00197343

Mariely Moreira Pereira
(Carimbo e nº Carteira profissional)

Elizete S. Leichtweis
Equipe de Apoio

Data: 13/09/2021.

Daiane de Oliveira
Autoridade que autoriza a realização dos ETPs



RELATÓRIO DE VIABILIDADE DOS ESTUDOS TÉCNICOS PRELIMINARES

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 01/2021
SOLICITAÇÃO DE DEMANDA Nº 01/2021

OBJETO: Contratação de empresa especializada para Impressão de Carteirinhas de vacinas para Crianças.

INTERESSADO (S): Secretaria de Saúde

RESPONSÁVEL: Daiane de Oliveira

Em atendimento a legislação vigente, o presente documento visa analisar a viabilidade da contratação, para subsidiar a elaboração do Termo de Referência ou Projeto Básico, de forma a melhor atender às necessidades da Administração. (Conforme Instrução Normativa nº5 de 26 de Maio de 2017). MPG. Art. 27. "Concluídas as etapas relativas aos Estudos Preliminares e ao Gerenciamento de Riscos, os setores requisitantes deverão encaminhá-los, juntamente com o documento que formaliza a demanda, à autoridade competente do setor de licitações..."

1. DO RELATÓRIO

1.1 Equipe Técnica

Como ainda não está definida a formalização de equipe técnica de planejamento, enquanto se redefine o fluxo dos processos os ETPs serão realizados por técnicos indicados pela Secretaria demandante.

1.2 Regime Regente

A presente contratação será regida pelo regime da Lei 8.666/93 e legislações correlatas.

1.3 Legislação Específica para o Objeto

Não consta

1.4 Licitação Anterior

Não há licitação anterior do item

1.5 Justificativa para a Realização de Pregão Presencial

1.6 Frota a Ser Atendida (se for o caso):

Não será para frota

1.7 Necessidade de Consolidação da Demanda para Toda a Estrutura

Após a Solicitação da Demanda o setor de licitações verificou que o objeto solicitado é específico da Secretaria Demandante.

2. DA JUSTIFICATIVA/NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Compra de carteirinhas de vacina para criança, tal solicitação se faz necessária devido o Estado não fornecer mais conforme copia em anexo do E-mail enviado ao municípios informando da situação.

Hoje devido essa falta de fornecimento pelo Estado do Paraná as crianças que nasceram esta sendo feito o registro das vacinas e acompanhamentos em um copia (xerox) que precisamos substituir por carteirinhas com material mais durável,



pois cartão de vacina é um documento tanto quanto RG e CPF, acompanha o cidadão desde seu nascimento.

3. DO OBJETO

Carteirinhas de vacinação conforme modelo utilizado pelo SESA Secretaria do Estado de Saúde

4. DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DO OBJETO

A referida solicitação e composta por material impresso conforme modelo em (anexo), com 36 paginas tamanho de 21X15 (tamanho fechado) e 30X21 aberto, sendo capa em papel 150G e Miolo 75 G para meninos e meninas em 4 cores.

Capa com dados do Ministério da Saúde e Logan do Município distintas pra menino e menina
Pag 02 Direito e garantias sociais contendo todos os dados

Pag 03 orientação

Pag 04 a 13 acompanhamento da criança e consultas recomendadas. (consultas de 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º, 24º e 36º mês

Pag 14, 15 acompanhamento e desenvolvimento

Pag 16 a 27 acompanhamento do crescimento, dados e gráficos

Pag 28 Registros da Suplementação de Vitamina A, ferro ou outros Micronutrientes

Pag 29 a 31 Calendário Nacional de Vacinação da Criança

Pag 32 a 36 anotações

5. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1 Da Forma de Solicitação dos Serviços

Imediata

5.2 Do Prazo para a Realização do Serviço

Imediato após a assinatura do contrato

5.3 Do Local da Prestação de Serviço

A ser entregue na central de controle

5.4 Da Vigência da Contratação

60 dias

5.5 Das Responsabilidades do Prestador de Serviço

5.6 Do Prazo de Pagamento

O pagamento será realizado em até 30 dias após a apresentação da Nota Fiscal/Fatura, acompanhada das certidões respectivas (regulares na data da emissão da NF).

O pagamento será realizado em até 30 dias após a apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo servidor que recebeu o serviço, que via de regra, será o fiscal respectivo, contendo toda a comprovação e regularidade fiscal da contratada.

Caso se faça necessária a retificação de Nota Fiscal por culpa do fornecedor, o prazo terá sua contagem suspensa até a data de reapresentação da fatura ao órgão, isenta de erros, dando-se, então, prosseguimento à contagem e em caso que seja constatado erro ou irregularidade



na Nota Fiscal, o Contratante, a seu critério, poderá devolvê-la, para as devidas correções, ou aceitá-la, com a justificativa da parte que considerar indevida.

Para efeito do pagamento, o fornecedor deverá atender as exigências prescritas no Edital, bem como manter-se adimplente para com as fazendas públicas municipal, estadual e federal durante toda a vigência da contratação, sob pena de notificação e rescisão contratual.

5.7 Do Plano de Fiscalização

O fiscal designado através de ato interno do município constará do contrato e deverá registrar todas as ocorrências e as deficiências verificadas na execução do objeto e validar/concordar com os dados relatados no Relatório de Prestação de Serviços, sugerindo notificação à empresa, quando for o caso, objetivando a imediata correção das irregularidades apontadas.

Cabe ao fiscal de contrato receber os produtos/objetos conforme a Ordem de Autorização de fornecimento, assinando no anverso das respectivas Notas Fiscais.

6. DA ESTIMATIVA DA QUANTIDADE NECESSÁRIA

Para a estimativa das quantidades foi utilizada a quantidade solicitada, considerando numero de nascidos em 2020

Com base nas informações acima a quantidade estimada resulta a abaixo descrita:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE
1	Confecção de carteirinhas de vacinação com 36 paginas 21x15 tamanho fechado , 30x21 aberto 4 cores – capa papel 150 g miolo papel 75G Meninas	UNID.	250
2	Confecção de carteirinhas de vacinação com 36 paginas 21x15 tamanho fechado , 30x21 aberto 4 cores – capa papel 150 g miolo papel 75G Meninos	UND.	250

7. DO VALOR ESTIMADO DA CONTRATAÇÃO E DA JUSTIFICATIVA DE PREÇOS OU PREÇOS REFERENCIAIS

Em análise do presente estudo, foram consultada as empresas:

Pitanga Utilidades LTDA CNPJ 06.089.129/0001-02 Av. Brasil Nº 387- Pitanga – PR

Gráfica Campograf LDA-ME CNPJ 08.706.767/0001-42 Rua Rocha Pombo – Campo Mourão - Pr

Graficenter Rirrat e Sá LTDA CNPJ 78.435.989/0001-53 Av. Capitão Índio bandeira Nº 2020 – Campo Mourão - PR ambas atuantes na área do objeto.

O preço de todos os itens, para cada consulta de fornecedor e resultado da média aritmética da fonte obtida, conforme relação anexa.

ITENS	Pitanga Utilidades LTDA CNPJ 06.089.129/0001-02 Valor Unitário	Gráfica Campograf LDA-ME CNPJ 08.706.767/0001- 42 Valor Unitário	Graficenter Rirrat e Sá LTDA CNPJ 78.435.989/0001- 53 Valor Unitário	MÉDIA TOTAL
01	R\$ 6,90	R\$ 7,20	R\$ 5,70	R\$ 6,60
02	R\$ 6,90	R\$ 7,20	R\$ 5,70	R\$ 6,60

8. DA SOLUÇÃO DE MERCADO



Dentre as opções de aquisição do objeto verificadas no mercado temos:
Confecção por impressão gráfica

9. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

Carteirinha impressas em gráfica material mais durável, não tendo outro meio de registro das vacinas e acompanhamento das crianças a ser utilizado.

10. DA JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO

Nada a constar

11. DEMONSTRATIVO DO RESULTADO PRETENDIDO EM TERMO DE ECONOMICIDADE E DE MELHOR APROVEITAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS DISPONÍVEIS

Não consta

12. DA PROVIDÊNCIA PARA ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE DO ÓRGÃO

Não consta

13. DAS CONTRATAÇÕES CORRELATAS

Não consta

14. DO GERENCIAMENTO DE RISCOS

Após estudos técnicos esta equipe identificou os seguintes riscos para a contratação e consequentes ações mitigadoras:

RISCOS IDENTIFICADOS	MEDIDAS MITIGADORAS (AÇÕES PARA OBSERVÂNCIA DOS FISCAIS)
Não se aplica	Não se aplica
xxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxx

15. DOS IMPACTOS AMBIENTAIS DA CONTRATAÇÃO

Não consta

16. DO ACESSO ÀS INFORMAÇÕES CONTIDAS NOS PRESENTES ESTUDOS PRELIMINARES

Nos termos da Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011 esta equipe de planejamento entende que:

As informações contidas nos presentes Estudos Preliminares **DEVERÃO ESTAR DISPONÍVEIS** para qualquer interessado, pois não se caracterizam como sigilosas.

As informações contidas nos presentes Estudos Preliminares **ASSUMEM CARÁTER SIGILOSO** nos termos justificados no item 1 do presente relatório.



17. DA DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE (OU NÃO) DA CONTRATAÇÃO

Com base nos estudos ora realizados por esta Equipe, **DECLARA** que:

É **VIÁVEL** a contratação proposta pela unidade requisitante.

NÃO É VIÁVEL a contratação proposta pela unidade requisitante.

A presente contratação teve a sua viabilidade alterada, conforme justificativa abaixo:

JUSTIFICATIVA:

18. ASSINATURAS

Santa Maria do Oeste/PR, 13 de Setembro de 2021.

Mariele Pereira
Enfermeira
COREN-PR.00197348

Mariele Moreira Pereira
Responsável Técnico
(Carimbo e nº da Carteira
Profissional)

Elizete S. Leichtweis
Equipe de Planejamento/Apoio

19. CIÊNCIA DA AUTORIDADE COMPETENTE

O presente planejamento está de acordo com as necessidades técnicas, operacionais e estratégicas do órgão. No mais, atende adequadamente às demandas de negócio formuladas, os benefícios pretendidos são adequados, os custos previstos são compatíveis e caracterizam a economicidade, os riscos envolvidos são administráveis e a área responsável priorizará o fornecimento de todos os elementos aqui relacionados necessários à consecução dos benefícios pretendidos, pelo que recomendamos a aquisição proposta.

Santa Maria do Oeste/PR, 13 de Setembro de 2021

Daiane de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde de Santa Maria do Oeste

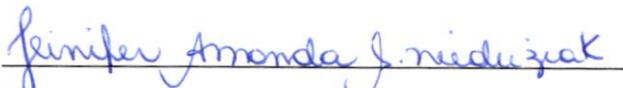


FLS 10

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1 – TODOS OS ITENS DO RELATÓRIO SERÃO OBRIGATÓRIOS;
- 2 – Conforme o objeto, a equipe poderá acrescentar novos dados para que o relatório fique mais completo, preferencialmente como subitem no item Do Relatório;
- 3 – Os relatórios devem tomar como referência as informações e documentos constantes da SD e o processo da contratação anterior, quando for o caso;
- 4 – A equipe deve consultar dados do objeto junto às pessoas da estrutura que detenham o conhecimento necessário, ainda que não sejam membros do grupo de estudos;
- 5 – Os estudos devem ser pautados em informações oficiais advindas da Solicitação da Demanda – SD;

Em ____ / ____ /2021.


Secretário Municipal de Administração e Finanças



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359



Termo de Referencia para Orçamento

Visando a necessidade de contratação de empresa, para confecção de carteirinhas de vacinação, para as unidades de saúde, venho através deste, solicitar Orçamento, de 250 unidades femininas, 250 unidades masculinas, das referentes cadernetas de vacinação, (conforme modelo em anexo).

Jeinifer Amanda S. Nieduziak
Att. Jeinifer Amanda S. Nieduziak
Sec. Municipal de administração.



Município de Santa Maria do Oeste
Solicitação 139/2021

12

Página 1

Solicitação		<i>Emitido em</i>	<i>Quantidade de itens</i>
<i>Número</i>	<i>Tipo</i>	14/09/2021	2
139	Aquisição de Material		
Solicitante		Processo Gerado	
<i>Código</i>	<i>Nome</i>	<i>Número</i>	
111936-2	DAIANE DE OLIVEIRA	0/2021	
Local		Pagamento	
<i>Código</i>	<i>Nome</i>	<i>Forma</i>	
29	GABINETE SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE	CONFORME A ENTREGA	
Órgão		Prazo	
<i>Código</i>	<i>Nome</i>	<i>Forma</i>	
13	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	CONFORME A ENTREGA	
Entrega		Prazo	
<i>Local</i>		<i>Forma</i>	
		0 Dias	

Descrição:

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFECÇÃO E IMPRESSÃO DE CARTEIRINHAS DE VACINA PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - PR.

<i>Lote</i>				
001 Lote 001				
<i>Código</i>	<i>Nome</i>	<i>Unidade</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Valor</i>
011450	CONFECÇÃO DE CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO (MENINAS)	UN	250,00	1.425,00
	CONFECÇÃO DE CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO COM 36 PAGINAS 21X15 TAMANHO FECHADO, 30X21 ABERTO 4 CORES - CAPA PAPEL 150 G MIOLO 75G MENINAS.			
011451	CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO (MENINOS)	UN	250,00	1.425,00
	CONFECÇÃO DE CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO COM 36 PAGINAS 21X15 TAMANHO FECHADO, 30X21 ABERTO 4 CORES - CAPA PAPEL 150 G MIOLO 75G MENINO.			
			TOTAL	2.850,00
			TOTAL GERAL	2.850,00

13

PITANGA UTILIDADES LTDA

CNPJ : 06.089.129/0001-02 IE: 9030515231

AV. BRASIL Nº 387 VILA SANTANA - PITANGA - PR CEP : 85.200-000

ORÇAMENTO

PRODUTO	Quantidade	Valor Unitário	Valor total
CONFECCÃO DE 250 UNIDADES DE DE CADERNETAS DE VACINAÇÃO, PARA MENINOS, TIPO LIVRETO C/36 PÁGINAS COLORIDAS CONFORME MODELO SOLICITADO	250	R\$ 6,90	R\$ 1.725,00
CONFECCÃO DE 250 UNIDADES DE DE CADERNETAS DE VACINAÇÃO, PARA MENINAS, TIPO LIVRETO C/36 PÁGINAS COLORIDAS CONFORME MODELO SOLICITADO	250	R\$ 6,90	R\$ 1.725,00
VALOR TOTAL			R\$ 3.450,00

PESQUISA DE PREÇOS VÁLIDA POR 60 DIAS

PITANGA 18 DE AGOSTO DE 2021.

06.089.129/0001-02

PITANGA UTILIDADES LTDA.

Av. Brasil, 387 - Sala 01
Vila Santana

CEP 85200-000 - PITANGA - PR.

PITANGA UTILIDADES LTDA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR
A/C Jeinifer

ORÇAMENTO

Quantidade	Unidade	Descrição	Valor Unit.	Valor Tc
250	UND	CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO COM 36 PAGINAS 21X15 TAMANHO FECHADO. 30X21 ABERTO 4 CORES - CAPA 150 G - MIOLO 75 G MENINAS	7,20	1800,00
250	UND	CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO COM 36 PAGINAS 21X15 TAMANHO FECHADO. 30X21 ABERTO 4 CORES - CAPA 150 G - MIOLO 75 G MENINOS	7,20	1800,00
TOTAL R\$			R\$ 3600,00	

Campo Mourão, 20 de agosto 2021

CAMPOGRAF SERVIÇOS GRÁFICOS LDA-ME
CNPJ: 08.706.767/0001-42 – INSC. EST.: 903.98653-08

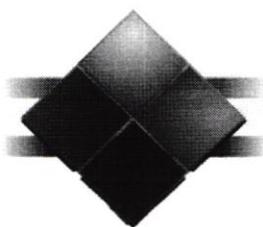
Fabio Alexandre Zark

Sócio

RG: 7.201.035.5

CPF: 08.706.767/0001-42

08.706.767/0001-42
Campos Gráficos Ltda. - me
RUA ROCHA POMBO, 2228
CENTRO - CEP 87302-220
CAMPO MOURÃO - PR



graficenter
Sempre a melhor impressão

RORRATO E SÁ LTDA – CNPJ 78.435.989/0001-53 – INSCR. EST. 801.00055-08

Avenida Capitão Índio Bandeira, 2020 – Centro – Campo Mourão – PR

Fone/Fax (44) 3523-4941 – E-mail: atendimento@graficenter.com.br

ORÇAMENTO

CAMPO MOURÃO, 19 DE AGOSTO DE 2021

<i>Quantidade</i>	<i>Unidade</i>	<i>Descrição</i>	<i>Valor Unit.</i>	<i>Valor Total</i>
250	UND	CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO COM 36 PAGINAS 21X15 TAMANHO FECHADO. 30X21 ABERTO 4 CORES - CAPA 150 G - MIOLO 75 G MENINAS	5,70	1425,00
250	UND	CARTEIRINHAS DE VACINAÇÃO COM 36 PAGINAS 21X15 TAMANHO FECHADO. 30X21 ABERTO 4 CORES - CAPA 150 G - MIOLO 75 G MENINOS	5,70	1425,00
TOTAL R\$			R\$ 2850,00	

78.435.989/0001-53
RORRATO E SÁ LTDA.

AV. CAPITÃO ÍNDIO BANDEIRA, 2020
CENTRO - CEP 87300-005
CAMPO MOURÃO - PR

RORRATO E SÁ LTDA
ANCILON DE SÁ NETO
SÓCIO

Validade 30 dias

A/C Jeinifer Amanda S. Nieduziak
Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste -PR

ORÇAMENTO

Quant.	Descrição	Valor Unitário
250	CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO 21X15 TAM. FECHADO 30X21 TAMANHO ABERTO COM 36 PÁGINAS PAPEL SULFITE MIOLO 75 G CAPA SULFITE 150 G 4 CORES ACABAMENTO - VINCO E GRAMPO - MENINAS	1.625,00
250	CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO 21X15 TAM. FECHADO 30X21 TAMANHO ABERTO COM 36 PÁGINAS PAPEL SULFITE MIOLO 75 G CAPA SULFITE 150 G 4 CORES ACABAMENTO - VINCO E GRAMPO - MENINOS	1.625,00
TOTAL R\$ 3250,00		

CAMPO MOURÃO, 18 DE AGOSTO DE 2021

VALIDADE: 60 DIAS

R.R.VECCHI GRÁFICA



Roberto Rivelino Vecchi

07.775.997/0001-09

R. R. VECCHI - GRÁFICA

Av. Manoel Mendes de Camargo, 991
Centro - CEP 87302-080
Campo Mourão - PR



----- Forwarded message -----

De: **OSIANE DIAS RAMOS** <osiane.ramos@sesa.pr.gov.br>

Date: qui., 12 de ago. de 2021 às 17:22

Subject: Fw: Caderneta Criança resumida MENINO e MENINA

To: Greice Hosp. São João <gf_baltieri@hotmail.com>, Thayz Hosp CA <thayzgaraujo@gmail.com>, Elessandra ISBJ <elessandra_23@hotmail.com>, Hospital ISLS Inst Lucena Sanchez <nsp.hospital2019@gmail.com>, Hospital Candido Abreu <hmsfacandidodeabreu@gmail.com>, Santa Casa Rosário <santacasarosarioivai@gmail.com>, Karina Hosp Manoel Ribas <karina_gabriel86@hotmail.com>, Jovane Enf. ISLS <ccih.isls@gmail.com>, Vitor ISBJ <vitor.reck89@gmail.com>, Joelma Hospital Manoel Ribas <joelmaalbino71@gmail.com>, Hospital JA Kelly <kellyhospital@hotmail.com>, Edileusa Hosp. Municipal Ivp <edileusa_ivp@hotmail.com>, Gisele Hosp. Municipal Ivp <giselerodriguesmeira@hotmail.com>, Mayara Hosp. Nova tebas <mayara.lobatocezario@gmail.com>, Hosp M. Manoel Ribas <admhospitalmr@gmail.com>, Bruno Rafael Enf HMJA <bruno_rafael85@hotmail.com>, Jaqueline Hosp. Mun. Ivp <fagundesjacky@hotmail.com>, Enf Jhony Hosp. SJI II Lunardelli <hospitalmaternidadelunardelli@hotmail.com>, Amanda Hosp. Mun. JA <amandayassin@hotmail.com>, Mariane Hosp. Mun. SJI <marikrassouski@hotmail.com>, Aline SC Rosário <limaa10@hotmail.com>, Uerlino Santa Maria <antoniosergiojobitencourt@gmail.com>, Elaine Nogueira Lunardelli <elaine_nogueira2@hotmail.com>, cheila domingues Arapuã <cheiladomingues@gmail.com>, Silviene APS Arapuã <ene-gomes@hotmail.com>, Dayane Ariranha <dayepidemiologia@hotmail.com>, Karen CÂNDIDO DE ABREU <kkc4315@hotmail.com>, Elicéia Cruzmaltina <eliceijamaibuk2008@hotmail.com>, Adriana Salviato Godoy Moreira <adrianasalviato@hotmail.com>, Juliana Godoy Moreira <juli.enfermeira@outlook.com>, Simone ESF IVP <simonetomaz26@gmail.com>, Renato Enf JA <renatofarias1989@hotmail.com>, Ana Paula Lidianópolis <ana_paulamelocosta@hotmail.com>, CATIUSCIA Lidianópolis <catusciayokota@gmail.com>, Josi Lunardelli <josi.cs@hotmail.com>, ROSALINA M. Ribas <r.paula.pedroso@bol.com.br>, Carol Vig. Epid. M. Ribas <caroltakashima@hotmail.com>, Kelly Enf. Mato rico <kellyzinha_74@hotmail.com>, Filó Nova Tebas <filoenfermagem@gmail.com>, Solange Enf ESF Rio Branco <hanggy_25@hotmail.com>, Ana Paula Rosário <anapaulavila13@hotmail.com>, Romi SJI <romichinaide@hotmail.com>, Olívia SJI <froes.olivia@gmail.com>

Bom dia!

Como é de conhecimento de todos, desde meados de maio/2021, o Estado do Paraná está sem estoque de Cadernetas de Saúde da Criança por conta da falta no MS.

Nossa Regional ainda tinha um estoque que foi distribuído a todos os Hospitais, no entanto, muitos Hospitais já se encontram sem a Caderneta, especialmente a Caderneta de MENINO.

Como não temos previsão da chegada de novo estoque, encaminho a **versão reduzida da caderneta da criança MENINO e MENINA para impressão**. Sugiro imprimir as partes que julgarem mais importante.

Assim que regularizar a situação esta poderá ser substituída.

Agradeço a atenção e compreensão.

Att,

Osiane Dias Ramos
22ª Regional de Saúde - SCAPS

18/08/2021

Email - daiane oliveira - Outlook



Governo do
Paraná

(43) 3472-8700 / (43) 3472-8703

osiane.ramos@sesa.pr.gov.br

Rua Mato Grosso, 780 - Centro

Ivaiporã/PR | CEP 86870-000



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA CRIANÇA

MENINA

FLS. 19



2ª edição

PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília DF
2020



DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS**Identificação da Criança**

Nome: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Nome da mãe: _____

Município onde nasceu: _____ Estado: _____

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro _____

() Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbano () Rural

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Cor: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha

() Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia:

() Outras: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): _____

Nº do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): () Não () Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim. Qual? _____ nº _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, **será necessário realizar um cadastro**. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu sua filha preencheu as informações indicadas a seguir.

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS



Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com **informações sobre a saúde da sua filha**. É neles que serão registrados o peso, a altura, a vacina e o desenvolvimento, por exemplo. Levar essas informações para casa **é um direito seu**.

Profissionais e trabalhadores de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. **Não se esqueçam de preenchê-las!**

As informações sobre o pré-natal e o parto **devem** ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento.

Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da CADERNETA permite que os familiares e cuidadores se apropriem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite esta oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10)

Agravos	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Z21	()	()	()	()	()	()	()	()	()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Vacinas no pré-natal

DPTa	SIM	NÃO
DPTa	()	()
Influenza	()	()
Hepatite B	()	()

Parto em: () Hospital () Centro de Parto Normal () Domicílio

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: ___ 5º min: ___ Clampeamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: ___ Semanas e ___ dias () DUM () USG () Exame RN. Qual? _____

Peso: ___ g **Comprimento:** ___ cm **PC:** ___ cm Adequação peso/IG: () AIG () PIG () GIG

Reanimação neonatal () Não () Sim. RN assistido no parto por: _____

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe _____ CI _____ Bebê _____ CD _____

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin ___ dias () Ucinco ___ dias () Ucinca ___ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ___/___/___ **Peso na alta:** ___ g **Comprimento:** ___ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ___/___/___

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros sete dias de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagens neonatais

a. Teste do reflexo vermelho - Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade

() Não realizado () Realizado em ___/___/___

Olho Direito: () Normal () Alterado

Olho Esquerdo: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica

Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Resultado: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: _____

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

Deve ser realizada na maternidade entre 24 e 48h depois do nascimento e no máximo, durante o 1º mês de vida

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Testes: () Emissão Otoacústica Evocada

() Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: () Normal () Alterado

Ouvido esquerdo: () Normal () Alterado

Conduta: _____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo (LME)

() Leite materno e leite artificial (LM+LA)

() Leite artificial (LA) _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág.102

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado () Não () Sim

Icterícia () Não () Sim

Diarreia/Vômitos () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Ausculata cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: _____

5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta da 1º Mês

Consulta do 1º Mês Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada no 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Triagem neonatal - Testes	Realizado		Resultado		Encaminhado			
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB [†]	CER ^{††}	SSA ^{†††}	SSE ^{†††}
Pezinho								
Orelhinha - Exame autidivo								
Olhinho - Reflexo olho vermelho								
Coraçãozinho								

†AB-Atenção Básica; †† CER-Centro Especializado em Reabilitação; ††† SSA - Serviço de Saúde Auditiva; †††† SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

3. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
- () Leite materno e leite artificial
- () Leite artificial _____
- Dificuldade para amamentar? () Não () Sim
- Parou de amamentar? () Não () Sim
- Com que idade? _____
- Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
- Cólica/Engasgos () Não () Sim
- Diarreia/Constipação () Não () Sim
- Vômitos/Golfadas () Não () Sim
- Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim
- Febre (≥37,5°C) () Não () Sim
- Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

5. Exame ocular

- Abertura ocular normal () Não () Sim
- Pupilas normais () Não () Sim
- Estrabismo () Não () Sim
- Segue com o olhar () Não () Sim

- Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
- Outros: _____

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

- Adequado para idade ()
- Alerta para o desenvolvimento ()
- Provável atraso no desenvolvimento ()
- Observações: _____

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Tempo de sono em 24 horas _____
- Posição no sono quando deitado no berço: _____
- De barriga para cima? _____
- Funcionamento do intestino e cólicas _____ ()
- Higiene e cuidados gerais _____ ()
- Sinais de violências/negligências _____ ()
- Acidentes domésticos () Não () Sim

9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: ___ cm Peso*: ___ g Comprimento*: ___ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

- Leite materno exclusivo
- Leite materno e leite artificial
- Leite artificial _____

Dificuldade para amamentar? Não Sim

Parou de amamentar? Não Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal Não Sim

Pupilas normais Não Sim

Estrabismo Não Sim

Secreção ocular Não Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____

Tempo de sono _____

Troca de posição durante o dia _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico _____

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências Não Sim

3. Sinais de alerta

Secreção nasal Não Sim

Cólica/Engasgos Não Sim

Diarreia/Constipação Não Sim

Vômitos/Golfadas Não Sim

Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) Não Sim

Febre (≥37,5°C) Não Sim

Hipotermia (<36,5°C) Não Sim

Convulsões ou movimentos anormais Não Sim

Criptorquidia Não Sim

Outros: _____

5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário Não Sim

7. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consulta do 4º Mês

Consulta do 4º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: ___ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
- () Leite materno e leite artificial
- () Leite artificial _____
- Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
- Pupilas normais () Não () Sim
- Estrabismo () Não () Sim
- Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

- Adequado para idade ()
- Alerta para o desenvolvimento ()
- Provável atraso no desenvolvimento ()
- Observações: _____

3. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
- Cólica/Engasgos () Não () Sim
- Diarreia/Constipação () Não () Sim
- Vômitos/Golfadas () Não () Sim
- Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
- Febre (≥37,5°C) () Não () Sim
- Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim
- Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
- Hérnia inguinal/umbilical () Não () Sim

Outros: _____

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Funcionamento do intestino _____
- Higiene e cuidados gerais _____
- () Uso de soro nasal de rotina _____
- () Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou bico, etc. _____
- Acidentes domésticos _____
- Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consultas do 6º Mês e do 9º Mês

FLS. 27

Consulta do 6º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †

† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e

classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

() Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 9º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso**: _____ g Comprimento***: _____ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 89), comprimento para idade*** (pág. 90) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 80 e

classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

() Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consultas do 12º Mês e do 18º Mês

Consulta do 12º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: ___ cm Peso**: ___ g Comprimento***: ___ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 89), comprimento para idade*** (pág. 90) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 80 e classifique pelo instrumento da pág. 76

Adequado para idade _____

Alerta para o desenvolvimento _____

Provável atraso no desenvolvimento _____

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

() Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 18º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: ___ cm Peso**: ___ g Comprimento***: ___ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 89), comprimento para idade*** (pág. 90) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade _____

Alerta para o desenvolvimento _____

Provável atraso no desenvolvimento _____

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

() Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consultas do 24º Mês e do 36º Mês

FLS. 29

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS

Consulta do 24º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso**: _____ g Estatura***: _____ cm IMC****: _____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 92), estatura para idade*** (pág. 93), IMC**** (pág. 94) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 36º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso**: _____ g Estatura***: _____ cm IMC****: _____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 92), estatura para idade*** (pág. 93), IMC**** (pág. 94) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

() Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Para prosseguir o acompanhamento da criança, continue utilizando a folha de registro de medidas e gráficos, e anote suas observações nas folhas reservadas para anotações.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	<p>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	<p>DESENVOLVIMENTO ADEQUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

* Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado.

Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses						
		0	1	2	3	4	5	6
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.							
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.							
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.							
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.							
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.							
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.							
Emitte sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.							
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.							
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe o faça.							
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.							
Emitte sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).							
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.							
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.							
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.							
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.							
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.							

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO

Vigilância do Crescimento Infantil

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do perímetro cefálico, do peso, do comprimento ou da estatura e do índice de massa corporal (IMC) da criança na CADERNETA DA CRIANÇA. A maneira como a criança está crescendo indica o quanto ela está saudável ou o quanto ela se desvia da situação de saúde. As suas medidas de perímetro cefálico (até 2 anos), peso, comprimento ou estatura, e IMC devem ser colocadas nos gráficos que estão a seguir (da página 87 à 97). Marcar as medidas nos gráficos promove a saúde da criança, pela fácil identificação de desvios do crescimento.



Estes devem ser diagnosticados e tratados precocemente, para que se possa evitar o comprometimento da sua saúde atual e da sua qualidade de vida futura. Ao longo do tempo, várias medidas do crescimento colocadas em cada gráfico como pontos, e unidas entre si, formam uma linha que indica como a criança evolui.

As crianças menores de 2 anos devem ser medidas deitadas (comprimento). Crianças com 2 anos ou mais devem ser medidas em pé (estatura). Existe uma diferença de 0,7cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé. Assim, se a estatura de uma criança de 2 ou mais anos for aferida deitada, deve-se diminuir 0,7cm do valor antes de registrá-lo no gráfico de 2 a 5 anos. Do mesmo modo, se a estatura de uma criança menor de 2 anos for medida de pé, deve-se somar 0,7cm ao valor antes de registrar no gráfico de crianças de 0 a 2 anos. Para medir corretamente consulte:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos

O **Índice de Massa Corporal (IMC)** para idade: expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da **estatura (comprimento ou altura)**. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida.

Para calcular o IMC:
 Peso em kg dividido pela estatura em metros ao quadrado:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Interpretando os Gráficos

As linhas coloridas dos gráficos fornecem indicações para a linha de crescimento da criança formada pela união dos pontos das medidas de cada consulta.

- A linha verde corresponde a um padrão ou escore Z igual a 0. A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela, que pode estar situado entre as linhas laranjas (desvio de 1 escore Z) ou entre as linhas vermelhas (desvio de 2 escore Z).
- Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados.
- Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma linha dos escore Z podem indicar risco para a saúde da criança.
- Com relação às curvas de perímetro cefálico, é importante lembrar que as alterações do desenvolvimento infantil são mais sensíveis e precoces que o crescimento da cabeça.

ATENÇÃO!

A página a seguir contém os gráficos, com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico de recém-nascidos pré-termo (RNPT). Para efeito de acompanhamento longitudinal do crescimento dos RNPT, a CADERNETA contém o gráfico correspondente ao período de 27 a 64 semanas. Assim essas curvas devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS.

Após 64 semanas deve-se calcular a idade corrigida da criança e continuar o acompanhamento nas curvas da OMS.

Até quando utilizar idade corrigida?

Até 2 anos de idade cronológica

Até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas

Como calcular?

Primeiro calcular:

40 semanas menos IG do nascimento em semanas
= esse é o tempo que faltou para a IG de termo;

Ex: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses)

Depois:

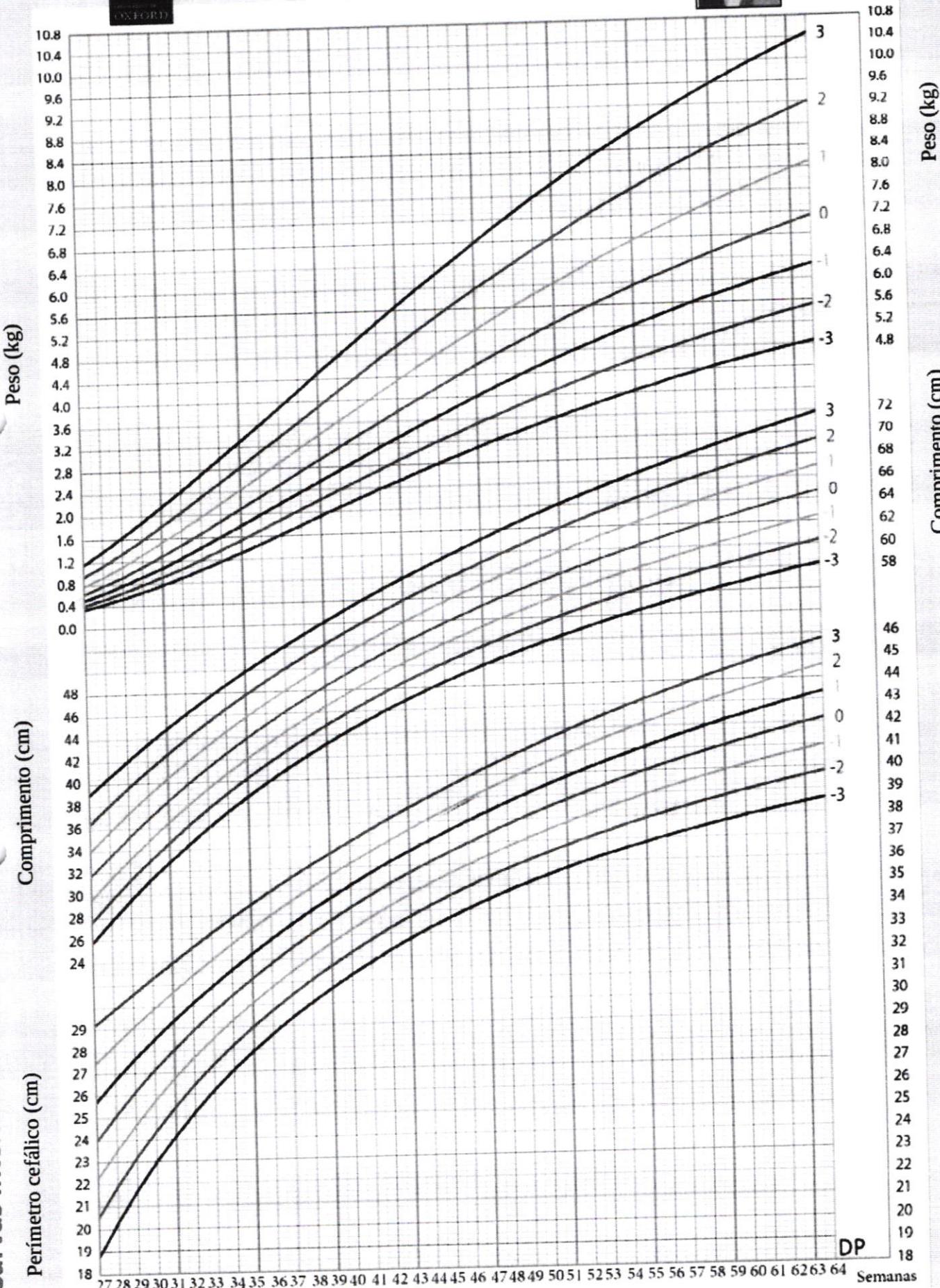
Descontar da idade cronológica

Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) -
3 meses

(desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

Observações dos RNPT

Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo



FLS. 35

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO

Perímetro cefálico (cm)

Comprimento (cm)

Peso (kg)

DP

Semanas

Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos

PC para Idade 0 a 2 anos

PC acima do esperado para a idade > +2 escores z

PC adequado para idade $\leq +2$ escores z e ≥ -2 escores z

PC abaixo do esperado para idade < -2 escores z

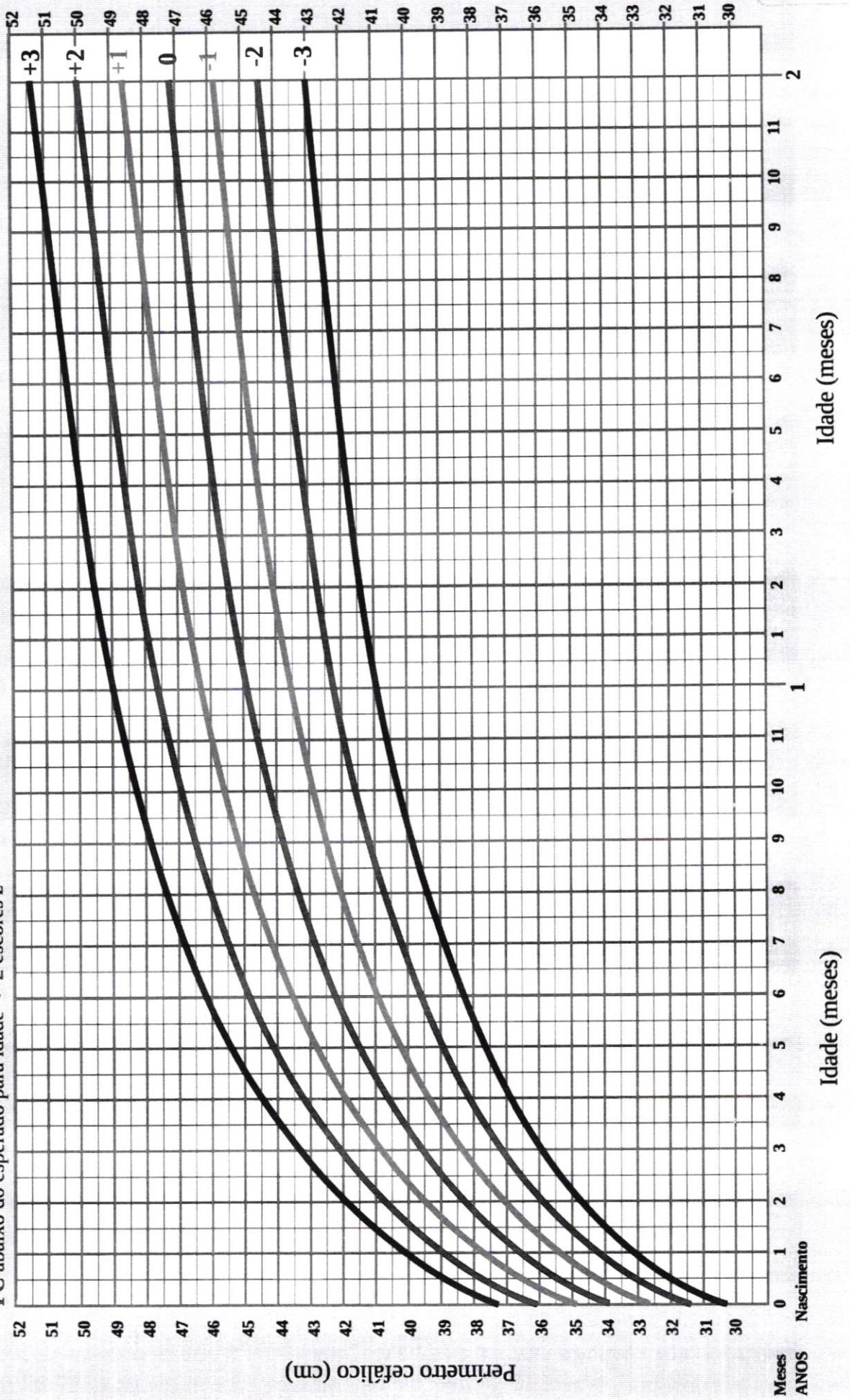
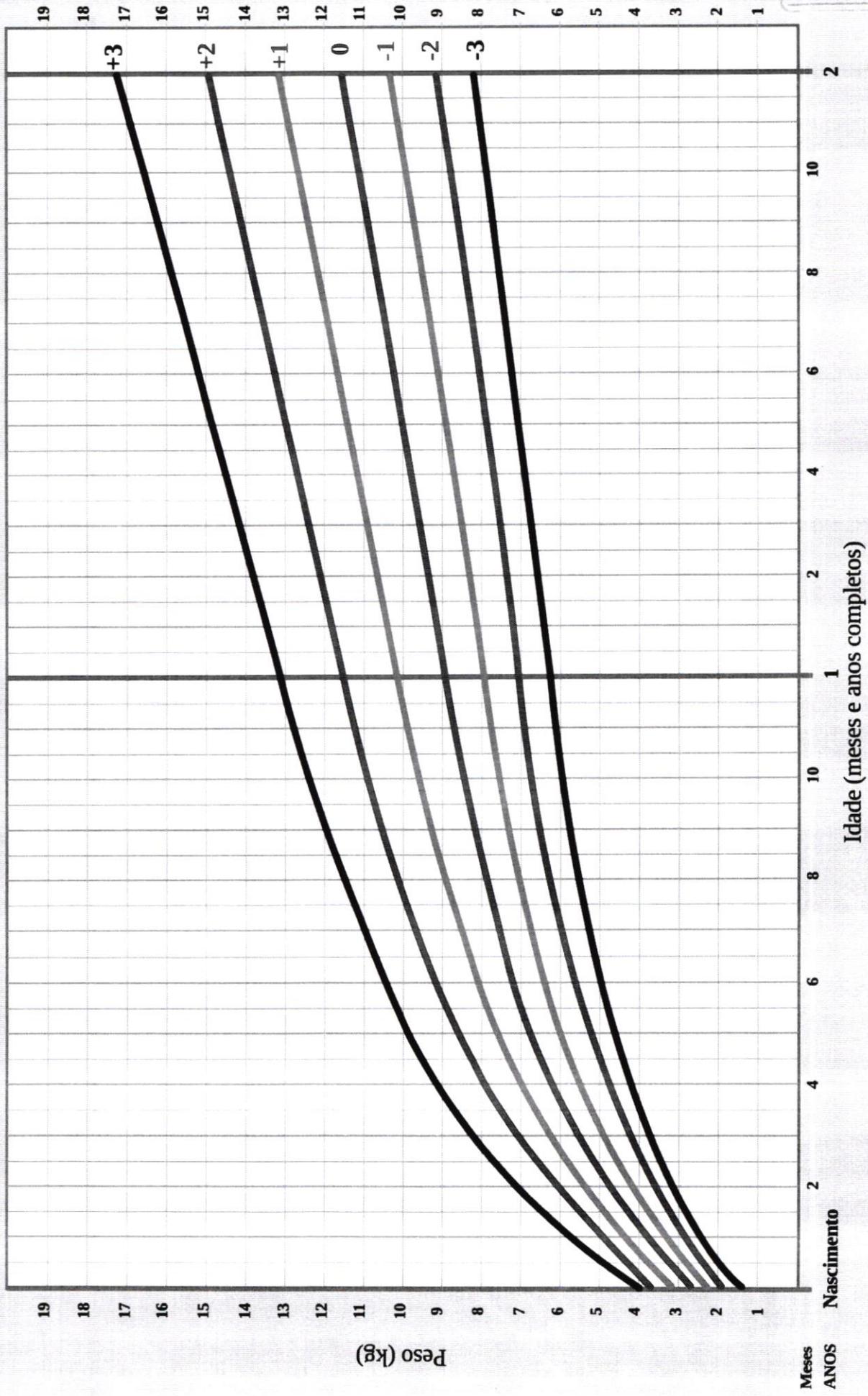


Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos

Peso para idade 0 a 2 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3



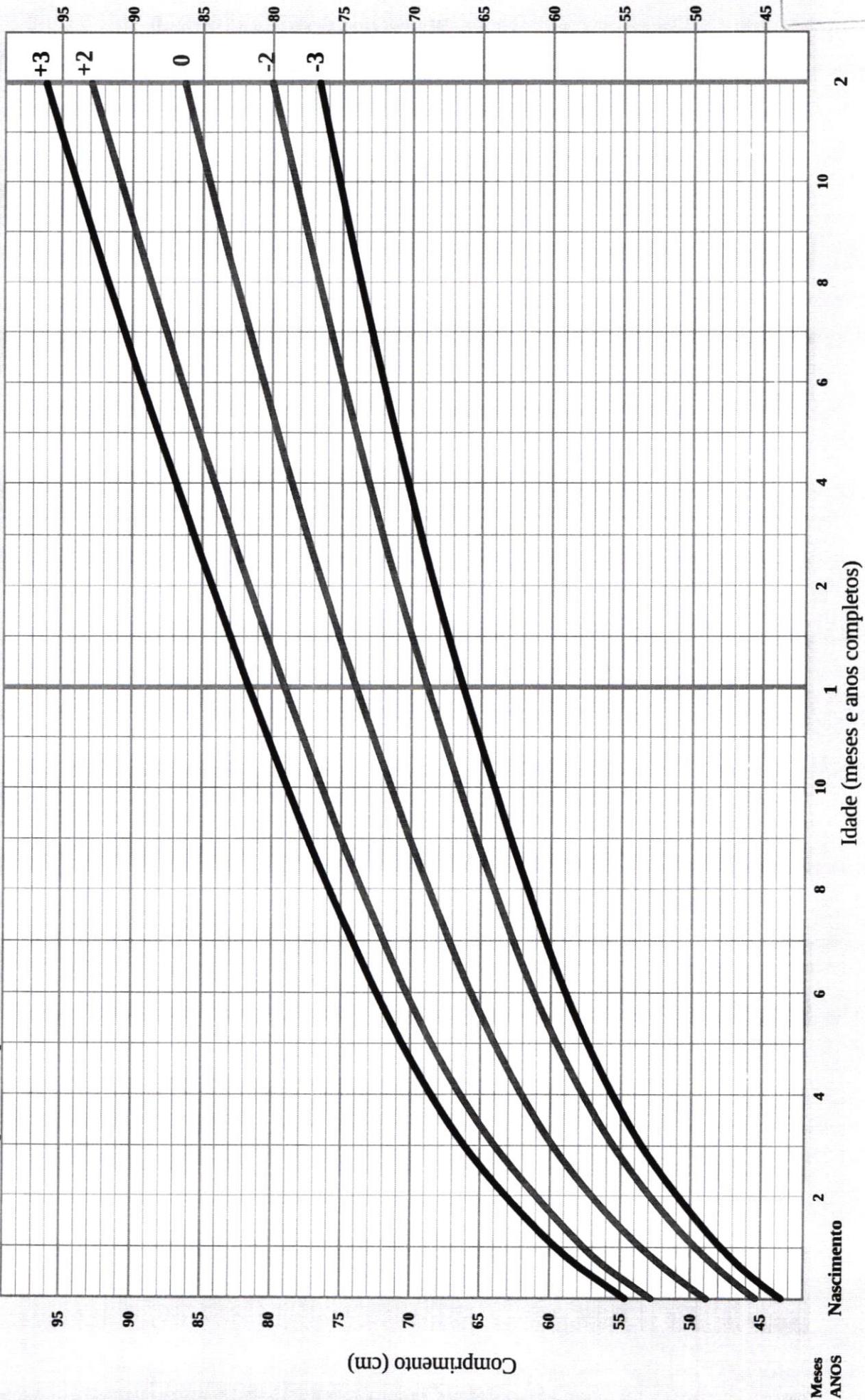
FLS 37

Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos

Comprimento para Idade 0 a 2 anos

Comprimento adequada para idade \geq escore-z -2 | Baixa comprimento para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2

Muito baixo comprimento para idade $<$ escore-z -3



Meses
ANOS

Nascimento

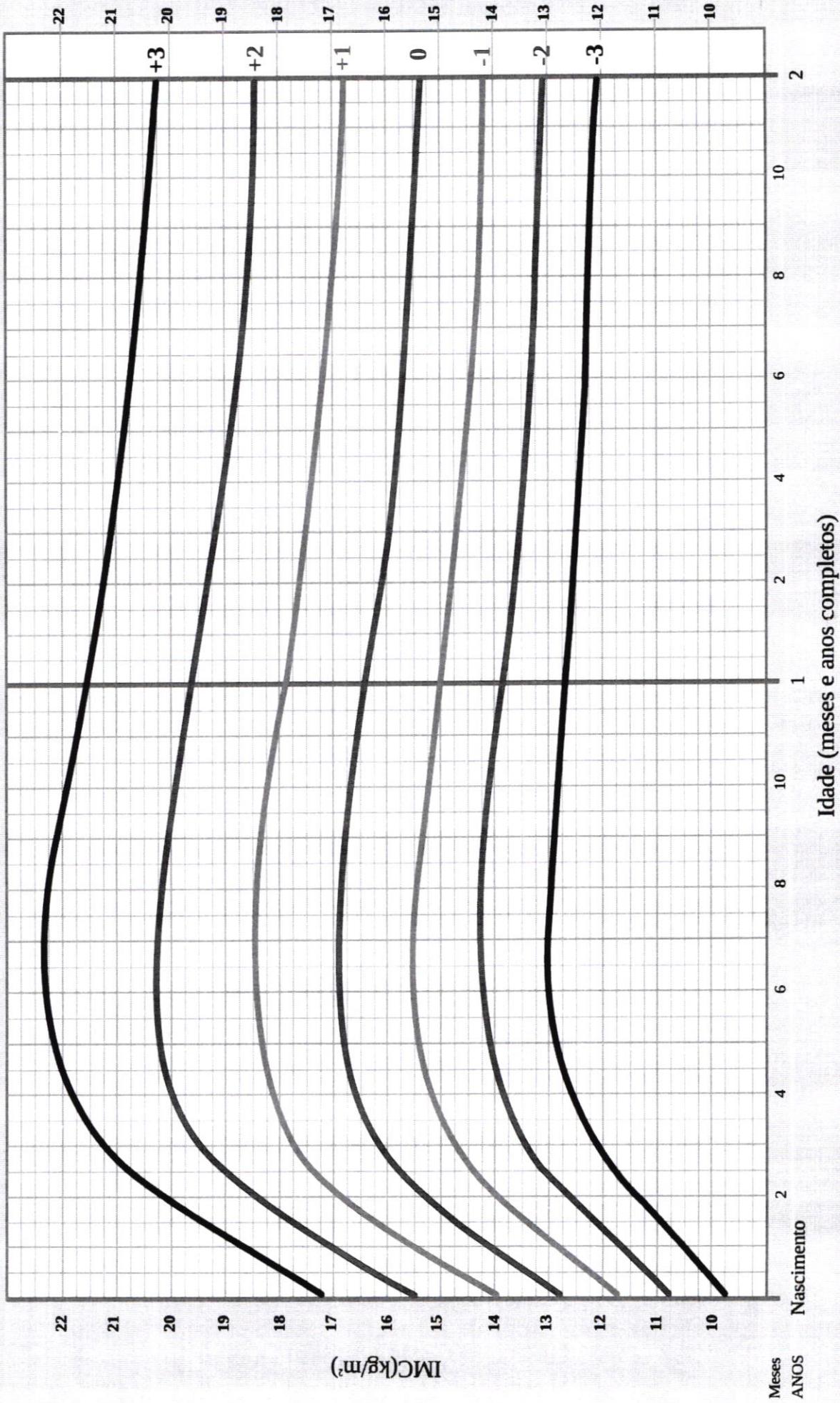
Idade (meses e anos completos)

2

Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 ANOS

IMC para Idade 0 a 2 anos

Obesidade > escore-z +3 | Sobrepeso > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Risco de sobrepeso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
 Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3



FLS. 39

Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos

Peso para Idade 2 a 5 anos
 Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
 Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3

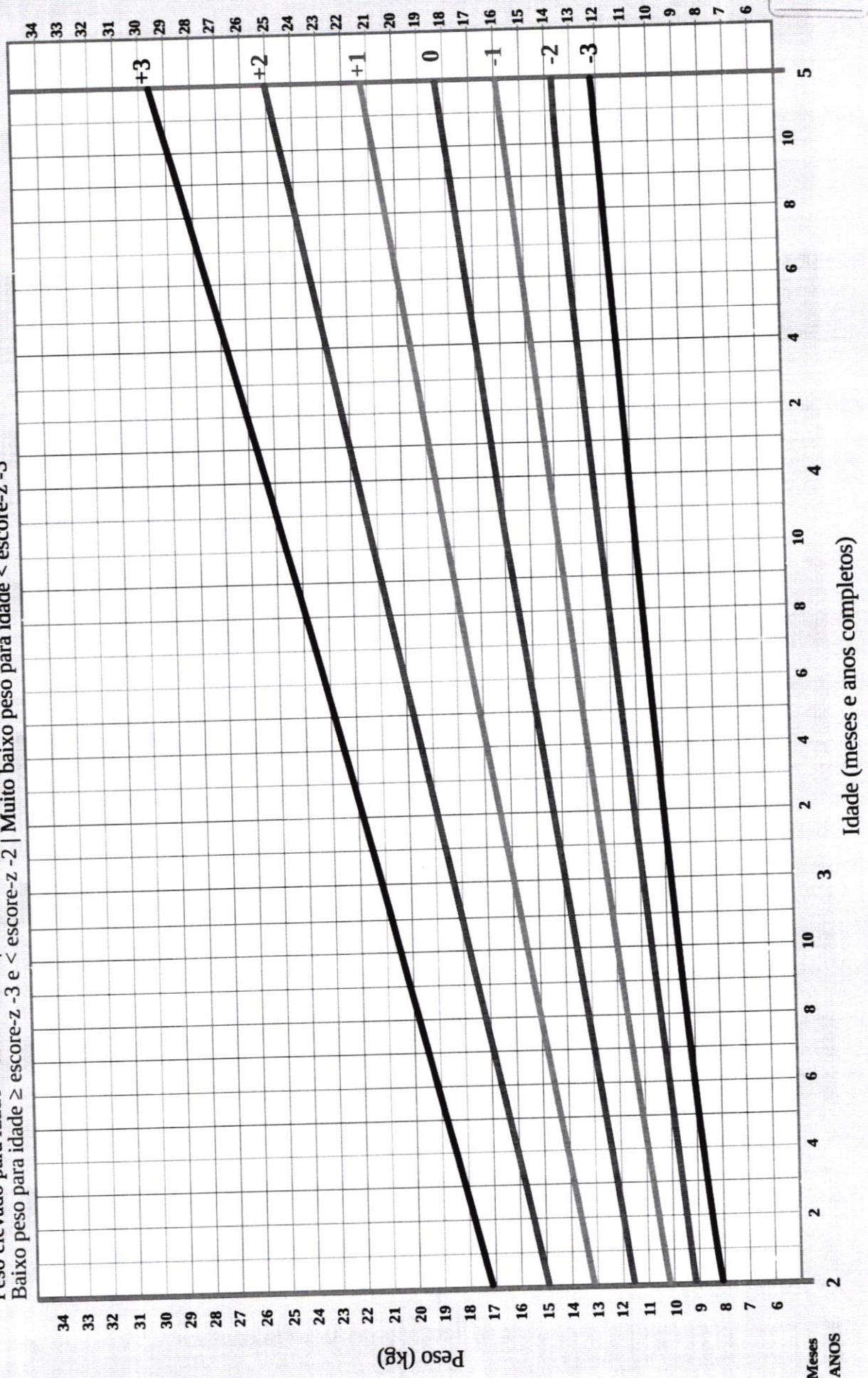
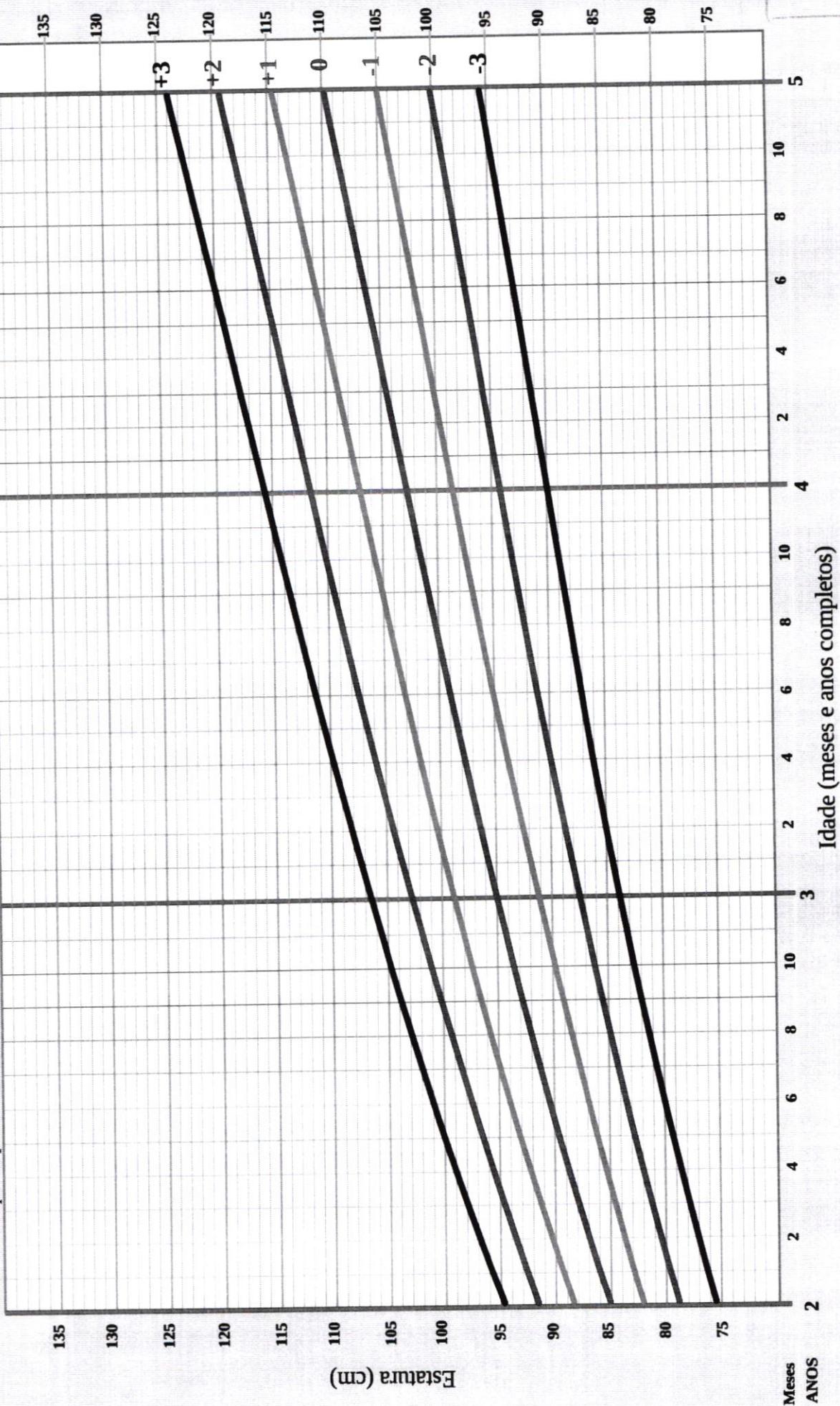


Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos

Estatura para Idade 2 a 5 anos

Estatura adequada para idade \geq escore-z -2 | Baixa estatura para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Muito baixa estatura para idade $<$ escore-z -3



Fls 41

Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos

IMC para Idade 2 a 5 anos

Obesidade > escore-z +3 | Sobrepeso > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Risco de sobrepeso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
 Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3

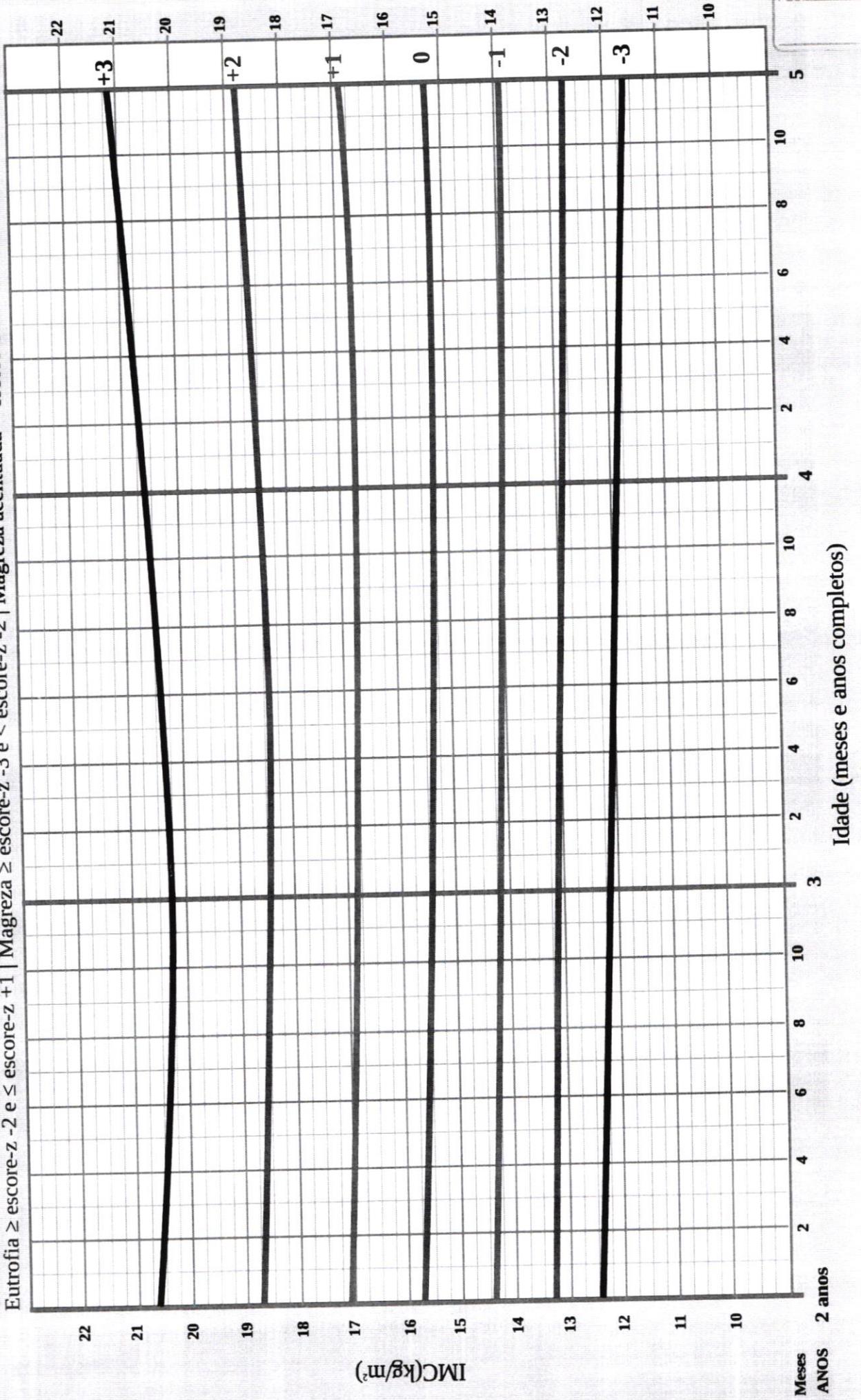


Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos

Peso para Idade 5 a 10 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
 Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3

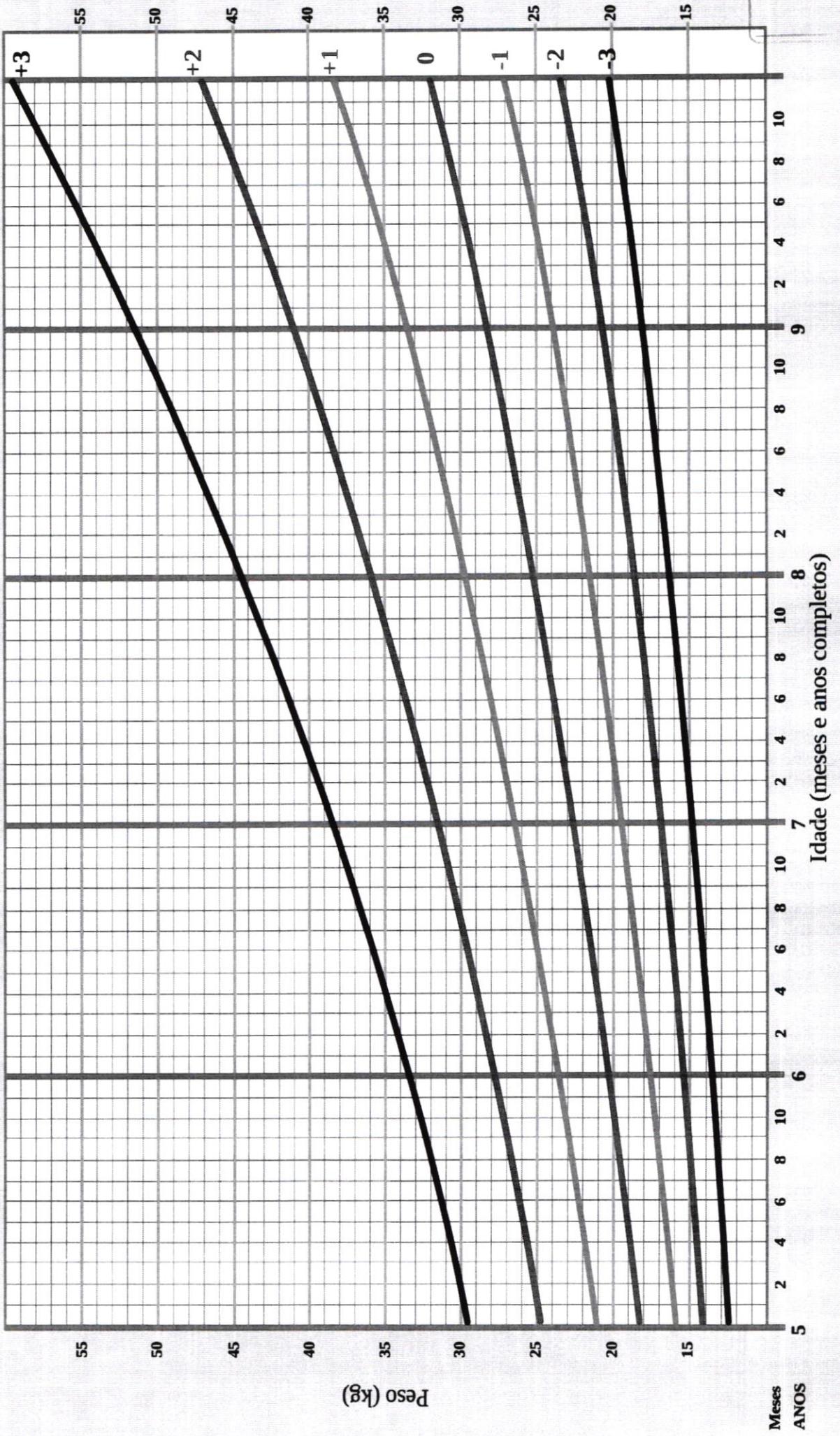


Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos

Estatura para Idade 5 a 10 anos

Estatura adequada para idade \geq escore-z -2 | Baixa estatura para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixa estatura para idade < escore-z -3

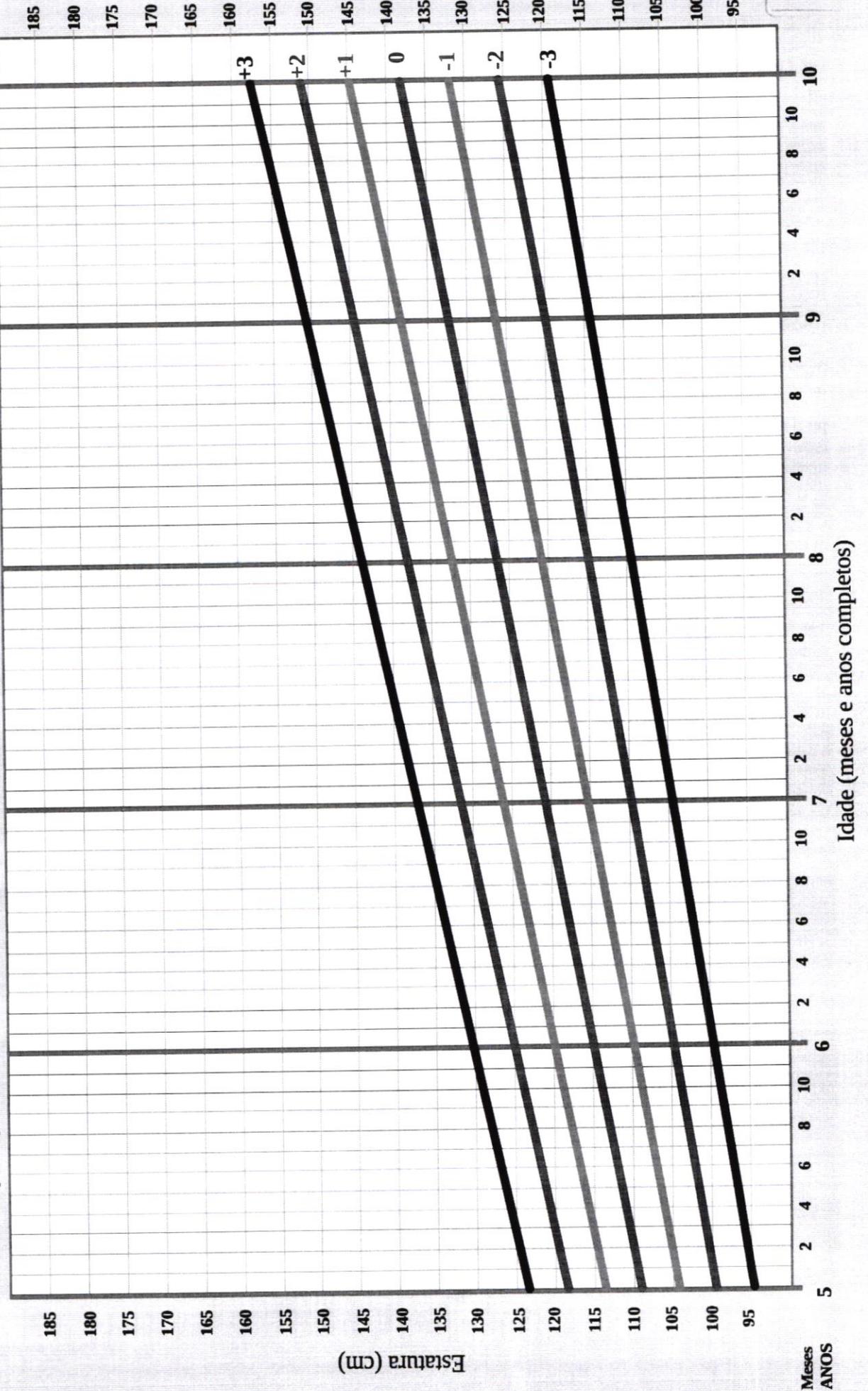
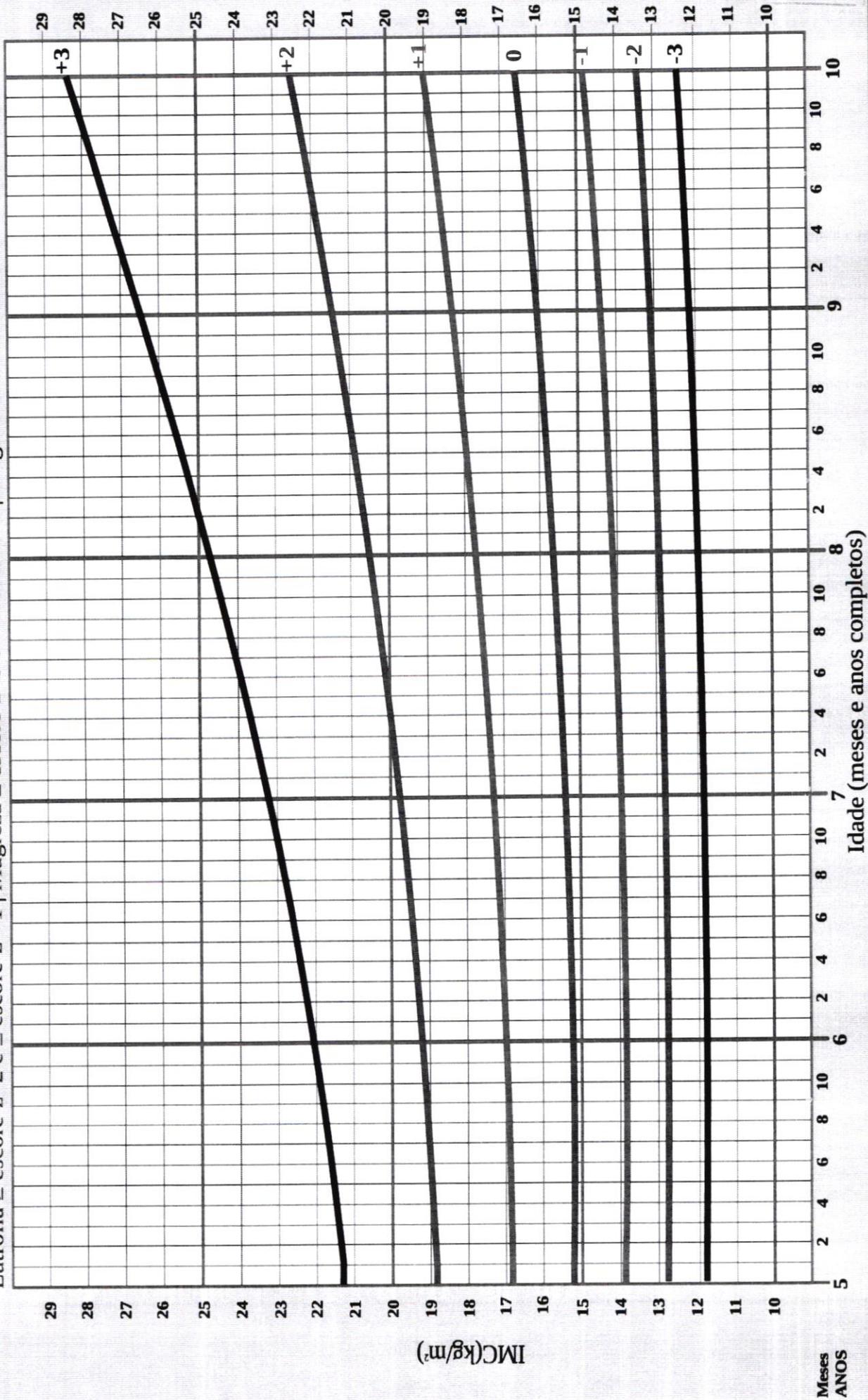


Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos

IMC para Idade 5 a 10 anos

Obesidade grave > escore-z +3 | Obesidade > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Sobre peso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3



F.L.S. 45

Suplementação de Vitamina A

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura do profissional de saúde que suplementou a criança.

Megadose de Vitamina A (6 meses a 4 anos e 11 meses)

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Suplementação de Ferro ou Outros Micronutrientes

Anote no quadro abaixo a data e a idade que a criança recebeu a suplementação de ferro ou outro suplemento de micronutrientes para prevenção da anemia, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Data da entrega	Idade da criança	Medicamento distribuído	Assinatura

ADMINISTRAÇÃO DE ANTICORPO MONOCLONAL HUMANIZADO (PALIVIZUMABE)

Dose	Data	Local	Assinatura
1			
2			
3			
4			
5			

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (miliar e meningea)
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose ao nascer	Hepatite B
2 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada) - (Penta)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae b</i>
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	1ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10) ¹	1ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C) ¹	1ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada) - (Penta)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae b</i>
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	2ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	2ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	2ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	2ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada) - (Penta)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae b</i>
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	3ª dose	Poliomielite
	Vacina <i>Influenza</i> ²	1 ou 2 doses (anual)	Infecções pelo vírus <i>influenza</i>
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada) - (FA) ³	Dose única	Febre amarela
12 meses	Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	Reforço	Infecções invasivas (como meningite, pneumonia e otite média aguda), causadas pelos 10 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	Reforço	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
15 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	1º reforço	Poliomielite
	Vacina adsorvida hepatite A ⁴ (inativada)	1 dose	Hepatite A
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (Atenuada) - (Tetra viral) ⁵	1 dose	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
4 anos	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	2º reforço	Poliomielite
	Vacina varicela (monovalente) - (Varicela)	1 dose	Varicela
5 anos	Vacina pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23)	1 dose ⁶	Para a proteção contra infecções invasivas pelo pneumococo na população indígena

¹ Administrar 1 (uma) dose da vacina Pneumocócica 10V (conjugada) e da vacina Meningocócica C (conjugada) em crianças entre 1 e 4 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

² É ofertada durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, conforme os grupos prioritários definidos no Informe da Campanha. As crianças de 6 meses a 8 anos, que estarão recebendo a vacina pela 1ª vez, deverão receber 2 (duas) doses.

³ Indicada às pessoas residentes ou viajantes para as áreas com recomendação de vacinação. Atentar às precauções e contraindicações para vacinação. Esta vacina está indicada para todos os povos indígenas independente da Área com Recomendação para Vacinação (ACRV).

⁴ Para crianças entre 2 e 4 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente, administrar 1 dose da vacina hepatite A.

⁵ A vacina tetra viral corresponde à 2ª dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

⁶ Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a PNM10v.

Obs.: Meninos de 9 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, deverão receber 3 (três) doses administradas com intervalo de 2 meses entre a 1ª e a 2ª dose, e 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose da vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - (HPV).

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

Nome: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
		VIP	
		1ª Dose	2ª Dose
BCG	Hepatite B	3ª Dose	3ª Dose
Dose única	Dose ao nascer	1ª Dose	2ª Dose
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
Penta		1ª Dose	
Rotavírus humano		Meningocócica C (conjugada)	
1ª Dose		1ª Dose	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
Até 12 meses		2ª Dose	
Pneumocócica 10V (conjugada)		Febre amarela	
1ª Dose		Dose única	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
Pneumocócica 10V (conjugada)		1ª Dose	
Reforço		1ª Dose	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
Até 12 meses		2ª Dose	
Pneumocócica C (conjugada)		Tetra viral	
Reforço		Uma dose	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
A partir de 12 meses		1ª Reforço	
Pneumocócica 23V (povos indígenas)		1ª Reforço	
Uma dose		Uma dose	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
HPV		Influenza	
Dose		Uma dose	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
HPV		Dose	
Dose		Dose	
Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab. Product: Unidade: Ass.:
Proteja a criança. Mantenha a vacinação atualizada.			

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

FLS 49

VACINAÇÃO

NOME: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
Vacina: Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Product: _____ Unidade: _____ Ass.: _____			
Vacina: Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Product: _____ Unidade: _____ Ass.: _____			
Vacina: Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Product: _____ Unidade: _____ Ass.: _____			
Vacina: Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Product: _____ Unidade: _____ Ass.: _____			

Anotações

A large rectangular area with horizontal lines for writing notes, enclosed in a thin border. The lines are evenly spaced and cover most of the page's width and height.

Anotações

ANOTAÇÕES

Lined writing area for notes.

Anotações

FLS. 52

Lined writing area with horizontal lines.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

Tiragem:

2ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
SRTVN, quadra 701, Conjunto C, s/n, Asa Norte, 5º andar
CEP: 70723-040 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9114
Site: www.saude.gov.br
E-mail: dapes@saude.gov.br

Convênio de cooperação da COCAM/MS com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ – financiado pelo Fundo Nacional de Saúde

Coordenação técnica geral:

Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
– COCAM/DAPES/SAPS

Organização, Coordenação e Supervisão-geral:

Amira Consuelo de Melo Figueiras – UFPA/MEC
Gilvani Pereira Grangeiro – Ministério da Cidadania
Janini Selva Ginani – COCAM/MS
Júlia Florêncio Carvalho Ramos – IFF/Fiocruz/MS
Mariana Ribeiro Marques – IFF/Fiocruz/MS
Maria Virgínia Marques Peixoto – IFF/Fiocruz/MS

Projeto editorial:

Eliana Lucia Madureira Yunes Garcia – Cátedra de Leitura da UNESCO e Instituto Iler da PUC

Elaboração, revisão e atualização de texto:

Alejandra Prieto de Oliveira
Amanda Souza Moura
Ana Maria Cavalcante de Lima
Ana Maria Spaniol
Audrey Fischer
Carolina de Vasconcellos Drugg
Claudia Regina Lindgren Alves
Cláudia Puerari
Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante
Fernanda Ramos Monteiro
Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros
Helissa de Oliveira Mendonça Moreira
Izabela Sad
Janini Selva Ginani
Kátia Godoy Cruz
Larissa Mendes
Liliana Maria Paniel Lugarinho
Liliane Mendes Penello
Maria Emília Domingues Costa Quaresma de Oliveira
Maria Fernanda Moratori Alves
Paulo Vicente Bonilha Almeida

Rafaella da Costa Santin de Andrade
Renara Guedes Araújo
Ricardo Cesar Caraffa
Rita de Cassia de Freitas Coelho
Sara Araújo da Silva
Sérgio Tadeu Martins Marba
Wallace dos Santos

Ilustrações:

Tom Bernardes

Revisão de texto:

Irene Ernest Dias
Maria José Sant'Anna

Colaboração e participação em grupo de trabalho:

Adriana Kitajima, Adriana Lucena, Alejandra Prieto de Oliveira, Alessandra Fam, Alexandre Alberto Cunha Mendes Ferreira, Almiro Filho, Ana Carolina Terrazzan, Ana Cláudia de Almeida, Ana Kneipp, Ana Paula da Cruz Caramaschi, Andrea Araujo, Angelita Herrmann, Anna Maria Chiesa, Antonelli Maia, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Aurea Toriyama, Carla Kristiane da Silva, Charleni Sherer, Cicera Vicente, Cicero Sampaio, Cláudia Fernandes, Cristiano Francisco da Silva, Cristina Kupfer, Damaris Gomes Maranhão, Darci Neves, Débora Faleiros, Denise Bueno, Denise Cardellini, Eduardo Marino, Eliana Andrade, Ely Harasawa, Enia Amui, Evangelina Kotzias, Gabriela de Araújo, Gisele Tertuliano, Gizeli de Lima, Ivone Marques, Janssen Morata, Jesiane Fernandes, Juliana da Silva, Julieta Jerusalinsky, Jussara Oliveira, Kátia Rospide, Laura Ferraz dos Santos, Leda Aquino, Leonardo Amorim, Liése Serpa, Luciana Surjus, Lysiane Paiva, Maiara de Oliveira, Marcia Bellotti, Márcia Leal, Márcia Teixeira, Marcio Coura, Márcio Fossari, Maria Dalva Meió, Maria de La Ó Veríssimo, Maria de Lourdes Magalhães, Maria Giseli Ferreira, Maria Inês Lopes, Maria Luiza Ferreira, Maria Sílvia Freitas, Marília Carotto, Marislaine Mendonça, Maroa de Lá Ó Veríssimo, Mauricio Vianna, Michelle da Silva, Miriam Santos, Mônica Guimaraes Macau Lopes, Myriam A. Mandetta, Myrian Cruz, Nathan Aratani, Neide Cruz, Nelson Arns, Ponticello Rosario, Regina Fidelis, Renato Coelho, Rita Bitencourt, Rita de Cássia Alves de Abreu, Rosane Siqueira, Sandra Cartaxo, Sílvia Andrade, Sílvia Karla, Solange Mendes, Solange Serra, Sônia Venâncio, Sophie Eickmann, Suely Grosseman, Thais de Oliveira, Thereza de Lamare Franco Netto, Vera Ramos, Victor Rocha, Virgílio Queiroz.

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Emendas de Diagramação:

Marcos Melquíades – Editora MS/CGDI

Diagramação:

Fernanda Canalonga Calçada
Gustavo Lins
Marcos Gomes

OS 0221/2020

FLS. 54

**DISQUE
SAÚDE
136**

SUS+ | **MINISTÉRIO DA
SAÚDE** **Governo
Federal**

RORRATO E SA LTDA-ME

CNPJ. N° 78.435.989/0001-53

NIRE N° 4120057001.7

SEXTA ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL

FLS. 55

ANCILON DE SÁ NETO, Brasileiro, Casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido aos 30.10.1952 em Carnaubeira, Estado de Pernambuco, Empresário, residente e domiciliado na Rua Sergio Lisa n° 96 CEP.: 87301-260, Jd. Maia, Campo Mourão, Estado do Paraná, portador da Cédula de Identidade Civil RG n° 1.185.336/SSP-PR e do CPF/MF n° 173.478.909-34.

LURDES RORRATO NETO, Brasileira, Casada sob o regime de comunhão parcial de bens, nascida aos 08.11.1953 em Pinhalzinho Estado do Paraná, Empresária, residente e domiciliada na Rua Sergio Lisa n° 96, CEP.: 87301-260, Jd. Maia, Campo Mourão, Estado do Paraná, portadora da Cédula de Identidade Civil RG n° 2.251.269/SSP-PR., e do CPF/MF n° 281.361.879-91.

Sócios componentes da sociedade Empresaria Limitada que gira sob o nome empresarial de **RORRATO E SÁ LTDA-ME.**, Estabelecida na Av. Capitão Índio Bandeira n° 2020, CEP.: 87300-005, Centro – Campo Mourão, Estado do Paraná. Com contrato social arquivado na JUCEPAR sob n° 4120057001.7, por despacho em sessão de 17.07.1984 e posteriores alterações contratuais todas arquivadas na JUCEPAR a primeira alteração sob n° 345720, por despacho em sessão de 14.02.1986. a segunda alteração sob n° 407838 por despacho em sessão de 03.08.1988, a terceira alteração sob n° 435443 por despacho em sessão de 03.08.1989, a quarta alteração sob n° 97/1853924 por despacho em sessão de 20.08.1997 e a quinta alteração consolidada sob n° 20060486864 por despacho em sessão de 21.02.2006. Resolvem modificar seu contrato primitivo de acordo com as cláusulas seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Aumento do Capital Social.

O capital social no valor de R\$ 7.302,00 (Sete mil, trezentos e dois reais), fica elevado para R\$ 32.000,00 (Trinta e dois mil reais), cujo aumento no valor de R\$ 24.698,00 (Vinte e quatro mil, seiscentos e noventa e oito reais), é feito da seguinte forma.

○ O sócio quotista **ANCILON DE SÁ NETO**, que possuía na sociedade R\$ 3.651,00 (Três mil, seiscentos e cinquenta e hum reais), inteiramente integralizadas, livres e desembaraçadas de qualquer ônus, passa a possuir R\$ 6.000,00 (Seis mil reais), sendo o aumento no valor de R\$ 2.349,00 (Dois mil, trezentos e quarenta e nove reais), cujo valor é integralizado com recurso próprio no valor de R\$ 2.349,00 (Dois mil, trezentos e quarenta e nove reais), integralizados neste ato em moeda corrente do País.

b) A sócia quotista **LURDES RORRATO NETO**, que possuía na sociedade R\$ 3.561,00 (Três mil, seiscentos e cinquenta e hum reais), inteiramente integralizadas, livres e desembaraçadas de qualquer ônus, passa a possuir R\$ 26.000,00 (Vinte e seis mil reais), sendo o aumento no valor de R\$ 22.439,00 (Vinte e dois mil, quatrocentos e trinta e nove reais), cujo valor é integralizado com recurso próprio no valor de R\$ 22.439,00 (Vinte e dois mil, quatrocentos e trinta e nove reais), integralizados neste ato em moeda corrente do País.

CLÁUSULA SEGUNDA: Da Nova Distribuição das Quotas Sociais.

Em decorrência da integralização de quotas, o Capital Social com seu valor de R\$ 32.000,00 (Trinta e dois mil reais), dividido em 32.000 (Trinta e duas mil) quotas, de R\$ 1,00 (Hum real) cada uma, fica assim distribuído.

RORRATO E SÁ LTDA-ME

CNPJ. Nº 78.435.989/0001-53

NIRE Nº 4120057001.7

SEXTA ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL

Fls. 56

Sócios	Part.Quotas	Part. R\$	Part. %
01. Ancilon de Sá Neto	6.000	6.000,00	18,75
02. Lurdes Rorrato Neto	26.000	26.000,00	81,25
Totais	32.000	32.000,00	100,00

Parágrafo Unido: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social

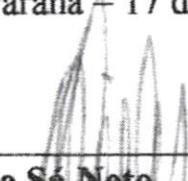
CLÁUSULA TERCEIRA: Da Administração da Sociedade.

Fica investida na função de administradora a sócia LURDES RORRATO NETO, na condição de ADMINISTRADORA com poderes e atribuições específicas de representar a sociedade em juízo ou fora dele, ativa ou passivamente, bem como perante terceiros, para a qual permanece dispensada da prestação de caução de gerência.

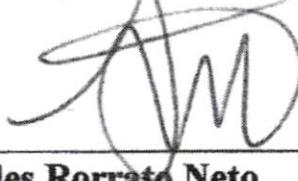
CLÁUSULA QUARTA: Das Disposições Finais.

Permanecem em vigor as demais cláusulas e disposições contratuais da Quinta Alteração Contratual consolidada não alterado expressamente pelo presente instrumento.

E, por estarem certos e ajustados lavram, datam e assinam juntamente com duas testemunhas o presente instrumento particular de alteração de contrato social em três vias de igual teor e forma, que se obrigam por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos. Campo Mourão, Paraná - 17 de Maio de 2010.

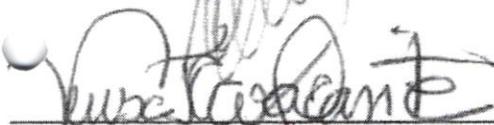


Ancilon de Sá Neto



Lurdes Rorrato Neto

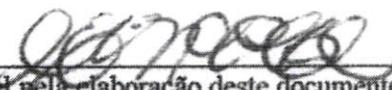
Testemunhas:



Neusa Terezinha Cavalcante
CI. nº 2.734.911-9=SSP/PR



Oneide de Oliveira Cardoso
ci. nº 4.569.151-8=SSP/PR.



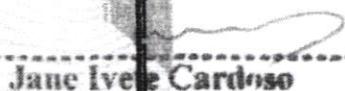
Responsável pela elaboração deste documento
ERVINO LEOPOLDO RADKE-CRCPR Nº 14263/O-9
SERVIÇOS CONTÁBEIS ERVINO S/C fone(44)35235047
Av. Manoel M. de Camargo 470 CEP.:87302-080-Campo Mourão,PR.

JUNTA COMERCIAL DO PARANA
AGENCIA REGIONAL DE CAMPO MOURAO
CERTIFICO O REGISTRO EM: 26/05/2010
SOB NÚMERO: 20105892963
Protocolo: 10/589296-3, DE 25/05/2010

Empresa: 41 2 0057001 7
RORRATO E SA LTDA ME



LUIZ CARLOS SÁLVARO
SECRETARIO GERAL



Jane Ives Cardoso
RG. 1.857.527 - PR



Governo do Estado do Paraná
Secretaria da Micro e Pequena Empresa
Junta Comercial do Estado do Paraná



CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data da sua expedição.

Nome Empresarial: RORRATO E SA LTDA ME			Protocolo: PRC2108025990		
Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada					
NIRE (Sede) 41200570017	CNPJ 78.435.989/0001-53	Data de Ato Constitutivo 17/07/1984	Início de Atividade 17/07/1984		
Endereço Completo Avenida CAPITÃO INDIÓ BANDEIRA, Nº 2020, CENTRO - Campo Mourão/PR - CEP 87300-005					
Objeto Social EDIÇÃO; EDIÇÃO E IMPRESSÃO DE TALONÁRIOS E OUTROS PRODUTOS GRÁFICOS.					
Capital Social R\$ 32.000,00 (trinta e dois mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Capital Integralizado R\$ 32.000,00 (trinta e dois mil reais)					
Dados do Sócio					
Nome	CPF/CNPJ	Participação no capital	Espécie de sócio	Administrador	Término do mandato
ANCILON DE SA NETO	173.478.909-34	R\$ 6.000,00	Sócio	N	Término do mandato
Nome	CPF/CNPJ	Participação no capital	Espécie de sócio	Administrador	Término do mandato
LURDES RORRATO NETO	281.361.879-91	R\$ 26.000,00	Sócio	S	
Dados do Administrador					
Nome	CPF	Término do mandato			
LURDES RORRATO NETO	281.361.879-91				
Último Arquivamento			Situação		
Data	Número	Ato/eventos	ATIVA		
26/05/2010	20105892963	002 / 021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)	SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 19/08/2021, às 10:01:48 (horário de Brasília).
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código NFE2NZAA.



PRC2108025990



LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
Secretário Geral



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 78.435.989/0001-53 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 17/07/1984
NOME EMPRESARIAL RORRATO E SA LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) GRAFICENTER	PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 58.29-8-00 - Edição integrada à impressão de cadastros, listas e de outros produtos gráficos		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 17.41-9-02 - Fabricação de produtos de papel, cartolina, papel cartão e papelão ondulado para uso comercial e de escritório, exceto formulário contínuo 58.19-1-00 - Edição de cadastros, listas e de outros produtos gráficos		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO AV CAPITAO INDIO BANDEIRA	NÚMERO 2020	COMPLEMENTO *****
CEP 87.301-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO
UF PR		
ENDEREÇO ELETRÔNICO ERVINO@START.COM.BR	TELEFONE (0044) 0523-4027	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 30/08/2021 às 18:50:24 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

	SINTEGRA Consulta Pública ao Cadastro do Estado do Paraná	
---	--	--

FLS. 58

IDENTIFICAÇÃO
 Cadastro atualizado até a data da consulta  Data/Hora Host
 CELEPAR 22/04/2021 - 09:00:40

CNPJ:	78.435.989/0001-53	Inscrição Estadual:	80100055-08
Nome Empresarial:	RORRATO E SA LTDA -M E		

ENDEREÇO

Logradouro:	AV CAPITAO INDIO BANDEIRA		
Número:	2020	Complemento:	
Bairro:	CENTRO		
Município:	CAMPO MOURAO	UF:	PR
CEP:	87.300-005	Telefone:	(44)3523-4941
E-mail:	NÃO CADASTRADO		

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Atividade Econômica Principal:	1813099 - IMPRESSAO DE MATERIAL PARA OUTROS USOS
Início das Atividades:	03/1986
Situação Atual:	HABILITADO - DESDE 03/1986
Situação Cadastral:	ATIVO - DESDE 03/1986
Regime Tributário:	SIMPLES NACIONAL / SIMPLES NACIONAL - ULTIMO DIA UTIL DO MES + 3
SPED (EFD, NF-e, CT-e):	Maiores informações clique aqui

OBSERVAÇÃO: Os dados acima são baseados em informações fornecidas pelo próprio contribuinte cadastrado. Não valem como certidão de sua efetiva existência de fato e de direito, não são oponíveis à Fazenda e nem excluem a responsabilidade tributária derivada de operações com ele ajustadas.

**Este CNPJ possui outra Inscrição Estadual.
Clique no botão ao lado para consultá-la.**

[Outra Inscrição Estadual](#)

[Consultar novo contribuinte do Paraná](#)
[Acessar cadastro de outros Estados](#)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL, 420 - CEP 87301-140
Fone/Fax: (44)3518-1144 - e-mail: prefeitura@campomourao.pr.gov.br - homepage: www.campomourao.pr.gov.br

FLS. 60

CMC 2338	NÚMERO DO ALVARÁ /
EXERCÍCIO 2021	DATA DE VALIDADE 31/12/2021

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL

272701 - RORRATO E SA LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME

GRAFICENTER

LOGRADOURO

AVENIDA CAPITAO INDIO BANDEIRA

NÚMERO

2020

COMPLEMENTO

CEP

87.000-000

BAIRRO

CENTRO

MUNICÍPIO

Campo Mourão

ESTADO

PR

CFP / CNPJ

78.435.989/0001-53

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

801.00055-08

DATA INICIO ATIVIDADE

02/01/1986

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)

006.014.008 SERV. GRAFICOS

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL

SERVICOS CONTABEIS ERVINO SC - ME

O PRESENTE ALVARÁ AUTORIZA A EXPLORAÇÃO DE NEGÓCIOS CONFORME ACIMA DESCRITO ENQUANTO SATISFAZER AS EXIGÊNCIAS QUE LEGITIMARAM SUA CONCESSÃO, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Restrições

MIRIAN DUARTE

ESCRITURÁRIO

MATRÍCULA 514012

CAMPO MOURÃO/PR, 20/04/2021

VALIDAÇÃO



MANTER EM LOCAL VISIVEL AO PÚBLICO

OBSERVAÇÕES / INFORMES

- 1) De conformidade com a legislação vigente deverão ser comunicados ao Setor de Tributação da prefeitura em prazo inferior a 30 dias quaisquer alterações cadastrais.
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este alvará, deverá ser requerido em prazo inferior a 15 dias junto ao Setor de Tributação da prefeitura a BAIXA deste alvará, sob pena de enquadramento de débitos dos exercícios seguintes.

1769-1270
5 de Dezembro de 2021



Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Fazenda
Receita Estadual do Paraná



Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 024745846-85

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **78.435.989/0001-53**
Nome: **RORRATO E SA LTDA -M E**

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual inscrever e cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir pendências em nome do contribuinte acima identificado, nesta data.

Obs.: Esta Certidão engloba todos os estabelecimentos da empresa e refere-se a débitos de natureza tributária e não tributária, bem como ao descumprimento de obrigações tributárias acessórias.

Válida até 12/12/2021 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet
www.fazenda.pr.gov.br



ESTADO DE PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA DA FAZENDA E ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO ARRECADAÇÃO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 33021/2021
Contribuinte: RORRATO E SA LTDA	RG: 801.00055-08
CPF: 78.435.989/0001-53	Ponto de Referência:
Endereço: AVENIDA CAPITAO INDIO BANDEIRA, nº 2020	Validade: 29/09/2021
Bairro: CENTRO	
Complemento:	
Requerente:	
Cod. Contrib.: 272701	

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

Declaramos que para a finalidade desta Certidão, **não consta débitos vencidos** no Cadastro deste Município.

CAMPO MOURÃO/PR, 30 de agosto de 2021.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via internet
<https://campomourao.atende.net>

Voltar

Imprimir

**Certificado de Regularidade do
FGTS - CRF**

Inscrição: 78.435.989/0001-53
Razão Social: RORRATO E SA LTDA
Endereço: AV JOSE C DE OLIVEIRA 506 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87300-020

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

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

Validade: 16/08/2021 a 14/09/2021

Certificação Número: 2021081601455667507350

Informação obtida em 01/09/2021 16:49:16

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: RORRATO E SA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 78.435.989/0001-53

Certidão nº: 12825132/2021

Expedição: 16/04/2021, às 15:32:37

Validade: 12/10/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **RORRATO E SA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **78.435.989/0001-53**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



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



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: RORRATO E SA LTDA
CNPJ: 78.435.989/0001-53

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 08:48:34 do dia 15/04/2021 <hora e data de Brasília>.
Válida até 12/10/2021.

Código de controle da certidão: **0660.2C1A.E054.0619**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, N° 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

FLS. 66

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE-PR

De: Gabinete do Prefeito Municipal

Para: Setor de Licitação

Preliminarmente, defiro o requerimento da solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, referente a **“CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFEÇÃO E IMPRESSÃO DE CARTERINHAS DE VACINAS PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR”**.

O presente processo deverá tramitar pelos setores competentes com vistas:

- 1 - à indicação de recursos de ordem orçamentária para fazer face à despesa pela Divisão de Contabilidade;
- 2 - à elaboração de parecer sobre a possibilidade da realização da dispensa, considerando a justificativa apresentada.

Cujo valor total estimado é de R\$ 2.850,00 (Dois Mil e Oitocentos e Cinquenta Reais).

Santa Maria do Oeste, 14 de Setembro de 2021.

Atenciosamente,


Oskar Delgado
Prefeito Municipal

Município de Santa Maria do Oeste - 2021

Saldo das contas de despesa

Calculado em : 14/09/2021

Órgão / Unidade / Projeto ou Atividade / Conta de despesa / Fonte de recurso (F. PADRÃO/ ORIG/ APL/ DES/ DET)	Valor autorizado	Valor atualizado	Líquido empenhado	Saldo atual
13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	650.000,00	650.000,00	556.598,01	33.401,99
002 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	650.000,00	650.000,00	556.598,01	33.401,99
10.301.1001.2075 Atividades do Fundo Municipal de Saúde	650.000,00	650.000,00	556.598,01	33.401,99
3.3.90.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO				
02840 E 00000 00000107/0000 Recursos Ordinários (Livres)	150.000,00	30.000,00	60,00	29.940,00
02850 E 00303 03030102/0000 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	500.000,00	560.000,00	556.268,01	3.731,99
02850 EA 00303 03030102/0000 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	0,00	0,00	270,00	(270,00)
Total Geral	650.000,00	650.000,00	556.598,01	33.401,99

Crerícios de seleção:

Data do cálculo: 14/09/2021
 Órgão entre: 13 e 13
 Ordem: 075
 Natureza de despesa entre: 3.3.90.30.00.00 e 3.3.90.30.00.00
 Fonte de recurso entre: 00000 e 00303

Marcia Renata Rosa
Marcia Renata Rosa
 Contadora - CRC-PR 052904/O-1
 CPF 036.934.189-93

Fls. 64



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



PARECER JURÍDICO

"O parecer facultativo é um ato opinativo que não vincula a Administração Pública ou os seus administrados, podendo esses, segui-lo, para melhor fundamentar suas decisões ou ignorá-lo, pois, não estão vinculados a conclusão exarada pelo parecerista".

Em análise aos atos de desencadeamento de procedimento de **DISPENSA DE LICITAÇÃO** de nº **059/2021**, e **PROCEDIMENTO LICITATÓRIO** nº **104/2021**, verifica-se que a Secretaria Municipal de Saúde, através de sua Secretária Sra. Daiane de Oliveira, em data de 13 de Setembro de 2021, solicitou a abertura de procedimento para a **"CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFEÇÃO E IMPRESSÃO DE CARTEIRINHAS DE VACINAS PARA CRIANÇAS RECÉM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR."** Conforme documentação em anexo. Sendo, que o mesmo foi deferido preliminarmente pelo Chefe do Executivo em 20 de Setembro de 2021.

Seguindo despacho do Chefe do Legislativo, foi encaminhado ao departamento de Contabilidade o procedimento, o qual retornou com informações afirmando que há previsão de recursos orçamentários para assegurar o pagamento das despesas no valor de R\$ 2.850,00 (Dois mil e oitocentos e cinquenta reais), conforme faz prova de documentos acostados inclusive orçamentos.



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

FLS. 63

Conforme consta dos documentos acostados 04 quatro) orçamentos, e considerando a urgência de que a Secretaria de Saúde, conforme requerimento e justificativa acostados, devido o Estado não fornecer mais conforme cópia de e-mail acostado, e que o valor da contratação previsto orçamentariamente.

Tendo sido sugerida a contratação da empresa, após a pesquisa e análise de preços, **01- RORRATO E AS. LTDA.**, com **CNPJ 78.435.989/0001-53**, localizada na Rua Capitão Índio Bandeira, nº.2020, Centro, na cidade de Campo Mourão-Pr.

O art. 24, inciso IV, da Lei 8.666/93, que trata sobre a dispensa de licitação, em seu inciso II, que dispõe – **“Art. 24 – É dispensável a licitação: -II – para outros serviços e compras de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea “a”, do inciso II do artigo anterior e para alienações, nos casos previstos nesta lei, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez;”**

Assim, atendendo a determinadas peculiaridades é possível a realização da contratação direta, requisitos estes salientados pelo ilustre doutrinador Marçal Justen Filho, “A contratação depende, portanto, da evidenciação de três requisitos, a saber: a)- necessidade de imóvel para desempenho das atividades administrativas; b)- adequação de um determinado imóvel para satisfação do interesse público específico; c)- compatibilidade do preço (ou aluguel) com os parâmetros de mercado.” (JUSTEN FILHO, MARÇAL, Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos, 10 ed., São Paulo, Dialética, 2004).



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

FLS. 40

Desta forma, instruímos o Parecer opinativo, o Senhor Chefe do Executivo Municipal, FAVORAVELMENTE, ao presente processo de Dispensa de Licitação, com fulcro no Art. 24, inciso IV, da Lei 8.666/93.e art. 4º. da lei 13.979/2020.

Sendo assim, após o presente Parecer, ser o processo de dispensa ratificado pela autoridade competente e publicado para fins de eficácia.

S.M.J. É o Parecer.

Santa Maria do Oeste-Pr, 20 de Setembro de 2021.


ÉDER JOSÉ SEBRENSKI
Assessor Jurídico



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

FLS. 71

DECRETO Nº 52/2021

SÚMULA: Nomeia Comissão Permanente de Licitação do Município de Santa Maria do Oeste – PR, e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com a Lei Federal n. 8.666/93:

DECRETA:

Art. 1º - Fica nomeada a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DO MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE**, que terá a seguinte composição:

- 1) ELIANE DE FARIA RODRIGUES – CPF 101.496.509-81
- 2) JOSE ALEXANDRE GONÇALVES – CPF 085.053.509-36
- 3) DANIEL TOMEM – CPF 065.335.649-86

Parágrafo Único: A presidência da presente comissão, ficará a cargo da Sra. ELIANE DE FARIA RODRIGUES.

Art. 2º - Fica nomeada como membro suplente da presente comissão, a Sra. Tatiane Gawski, inscrita no CPF sob nº 086.783.859-01.

Art. 3º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito do Município de Santa Maria do Oeste, Estado do Paraná, em 03 de Setembro de 2021.

Oscar Delgado

Prefeito Municipal

FLS 72

ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
DECRETO 52/2021

DECRETO Nº 52/2021

SÚMULA: Nomeia Comissão Permanente de Licitação do Município de Santa Maria do Oeste – PR, e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com a Lei Federal n. 8.666/93:

DECRETA:

Art. 1º - Fica nomeada a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE**, que terá a seguinte composição:

- 1) ELIANE DE FARIA RODRIGUES – CPF 101.496.509-81
- 2) JOSE ALEXANDRE GONÇALVES – CPF 085.053.509-36
- 3) DANIEL TOMEM – CPF 065.335.649-86

Parágrafo Único: A presidência da presente comissão, ficará a cargo da Sra. ELIANE DE FARIA RODRIGUES.

Art. 2º - Fica nomeada como membro suplente da presente comissão, a Sra. Tatiane Gawski, inscrita no CPF sob nº 086.783.859-01.

Art. 3º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito do Município de Santa Maria do Oeste, Estado do Paraná, em 03 de Setembro de 2021.

OSCAR DELGADO
Prefeito Municipal

Publicado por:
Marcos Antonio de Lima
Código Identificador:19F74CB7

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 06/09/2021. Edição 2343
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<http://www.diariomunicipal.com.br/amp/>



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, N° 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

FLS. 73

DISPENSA DE LICITAÇÃO N.º 059/2021

DESPACHO DE RATIFICAÇÃO DE DISPENSA

Nos termos do Parecer da Assessoria Jurídica, declaro a **DISPENSA DE LICITAÇÃO**, referente a **“CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFEÇÃO E IMPRESSÃO DE CARTERINHAS DE VACINA PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR”**.

Assim, com base no Art. Art. 24, Inciso II da Lei n.º 8.666/93, RATIFICO A DISPENSA.

Publique-se.

Santa Maria do Oeste – Pr, 20 de Setembro de 2021.


Oscar Delgado
Prefeito Municipal



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

PLS 74

PROCESSO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO

PROCEDIMENTO LICITATÓRIO N.º 104/2021

REFERENTE: DISPENSA N.º 059/2021.

OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFEÇÃO E IMPRESSÃO DE CARTERINHAS DE VACINA PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR".

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste – Pr, inscrita no CNPJ sob nº. 95.684.544/0001-26, com sede administrativa na Rua Jose de França Pereira, 10- na cidade de Santa Maria do Oeste – Pr.

CONTRATADO: RORRATO E AS LTDA-ME, inscrita no CNPJ nº 78.435.989/0001-53, situada na AV. Capitão Índio Bandeira, 2020, Centro, Campo Mourão-PR.

VALOR TOTAL: R\$ 2.850,00 (Dois Mil e Oitocentos e Cinquenta Reais).

JUSTIFICATIVA: De acordo com o disposto no inciso IV do art. 24 da Lei 8666/93 e alterações posteriores, dispensado o contrato nos termos no art. 62, § 4º da lei 8666/93.

Santa Maria do Oeste, 20 de Setembro de 2021.


Oscar Delgado
Prefeito Municipal



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE

LICITAÇÃO
DISPENSA DE LICITAÇÃO N.º 059/2021

DESPACHO DE RATIFICAÇÃO DE DISPENSA

Nos termos do Parecer da Assessoria Jurídica, declaro a **DISPENSA DE LICITAÇÃO**, referente a **“CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFECCÃO E IMPRESSÃO DE CARTERINHAS DE VACINA PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR”**.

Assim, com base no Art. 24, Inciso II da Lei n.º 8.666/93, **RATIFICO A DISPENSA**.

Publique-se.

Santa Maria do Oeste – Pr. 20 de Setembro de 2021.

OSCAR DELGADO
Prefeito Municipal

PROCESSO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO

PROCEDIMENTO LICITATÓRIO N.º 104/2021

REFERENTE: DISPENSA N.º 059/2021.

OBJETO: “CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFECCÃO E IMPRESSÃO DE CARTERINHAS DE VACINA PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR”.

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste – Pr, inscrita no CNPJ sob n.º 95.684.544/0001-26, com sede administrativa na Rua Jose de França Pereira, 10- na cidade de Santa Maria do Oeste – Pr.

CONTRATADO: RORRATO E AS LTDA-ME, inscrita no CNPJ n.º 78.435.989/0001-53, situada na AV. Capitão Índio Bandeira, 2020, Centro, Campo Mourão-PR.

VALOR TOTAL: R\$ 2.850,00 (Dois Mil e Oitocentos e Cinquenta Reais).

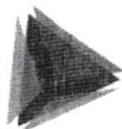
JUSTIFICATIVA: De acordo com o disposto no inciso IV do art. 24 da Lei 8666/93 e alterações posteriores, dispensado o contrato nos termos no art. 62, § 4º da lei 8666/93.

Santa Maria do Oeste, 20 de Setembro de 2021.

OSCAR DELGADO
Prefeito Municipal

Publicado por:
Crislane da Luz Castro
Código Identificador:5A462755

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 21/09/2021, Edição 2353
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<http://www.diariomunicipal.com.br/amp/>



TCEPR
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora	MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE		
Ano*	2021		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	59		
Modalidade*	Processo Dispensa		
Número edital/processo*	104		
Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito			
Instituição Financeira			
Contrato de Empréstimo			
Descrição Resumida do Objeto*	"CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA CONFECÇÃO E IMPRESSÃO DE CARTERINHAS DE VACINA PARA CRIANÇAS RECEM NASCIDAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE-PR."		
Dotação Orçamentária*	1300210301100120753390300000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	2.850,00		
Data Publicação Termo ratificação	21/09/2021		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?		▼	
Há cota de participação para EPP/ME?		▼	Percentual de participação: 0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?		▼	
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?		▼	
Data Cancelamento			

Editar

Excluir

CPF: 3734295920 (Logout)