

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1– O presente ***Termo de Referência*** tem por objeto determinar as condições que disciplinarão a contratação de Empresas para fornecimento de ***Material Gráfico (Consumo)***;

2. FINALIDADE:

Fornecimento de ***Material Gráfico (Consumo)***, para abastecimento da ***Secretaria Municipal de Saúde, PSFs (Unidades Básicas de Saúde) e Ambulatório Central e Centro de Especialidades e Eventos***, faz-se necessária a concretização de um contrato, a fim de garantir a continuidade do abastecimento;

3. ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO/PRODUTO:

3.1 – Os produtos, quando solicitados, deverão ser entregues na Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Dr. Renato Vieira da Silva, nº7 Centro –Natividade/RJ.

3.2 – A entrega deverá ser realizada quando solicitado no prazo de 06 (seis) dias, contados a partir do horário de solicitação do fornecimento pelo(s) gestor(es) do contrato ou outro servidor designado pelo Município, podendo ser acordado previamente os dias da semana em que deverá haver o fornecimento e o quantitativo necessário, conforme a demanda desta administração.

3.3 – A cada entrega a Empresa Contratada (o) deverá preencher um recibo, especificando a quantidade de Material Gráfico, a data, o nome legível, e a assinatura do recebedor. Este recibo deverá ser anexado à nota Fiscal enviada para pagamento;

3.4 – Os produtos a serem entregues deverão ser de boa qualidade e devidamente embalados para não comprometer a qualidade dos mesmos;

3.5 – Os produtos deverão possuir rótulo padrão de modo que identifique bem os produtos.

4. DA QUANTIDADE E ESPECIFICAÇÃO

REGISTRO DE PREÇO PARA 12/MESES (1 ANO).

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
01	Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo C/4 Folhas	BL	60
02	Capa de Processo Verde – 1/0 44x33cm 180G	Unid	4.000
03	Cartão de PSF Frente /Verso – 1/1 – 10x15cm	Unid	4.000
04	Cartão de Vacinação do Adolescente e Adulto, 09 x 16 Frente e Verso – m1/1 – 9x16cm	Unid	5.000
05	Cartão Identificação Frente e Verso 15 x 22	Unid	4.000
06	Continuação de Prontuário 1/1 – 24x33cm	BL	150
07	Cartão de Farmácia 1/1 – 15x22cm	Unid	800
08	Envelope Pequeno 250x180mm	Unid	1.500
09	Envelope Branco Timbrado 260x360mm 90g	Unid	4.000
10	Envelope Branco do PSF 260x360mm 90g	Unid	4.000
11	Ficha Acompanhamento de Gestante 1/1 24x33cm 180 G	BL	100
12	Ficha Cadastro de Gestante 1/1 – 24/33cm 120G	BL	100
13	Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL	BL	60
14	Ficha Controle de Imunização 1/1 – 24x33cm 180G	BL	120
15	Planilha de Vacinação	BL	180
16	Planilha de Vacinação PSF Adulto	BL	180
17	Ficha de Notificação – 1/1 - 120 G Frente/Verso 24x33cm	BL	70
18	Ficha p/ Cadastro do Sistema e-SUS: *Ficha de Visita Domiciliar; *Ficha de Visita Domiciliar e Territorial; *Ficha de Procedimento;	BL	1.000



Adm. 2017/2020.

	*Ficha de Atendimento Individual; *Ficha de Atividade Coletiva; *Ficha de Atendimento Odontológico Individual;		
19	Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético	BL	120
20	Ficha de Encaminhamento FPPI 02 Vias Carbonado	BL	60
21	Guia de Referencia e Contra Referencia 1/1 24x33cm	BL	260
22	Laudo Médico/Tecnico para Emissão de APAC Carbonado 02 Vias	BL	150
23	Laudo Médico para Emissão AIH Carbonado 02 Vias	BL	100
24	Papel para Esterilização 33x33cm (Papel KRAFT 120g c/ 500fls)	BL	220
25	Prontuário Medicamento Farmácia – 1/1 24x33cm – 180G	BL	100
26	Prontuário Médico PSF	BL	250
27	Prontuário Médico Atendimento Ambulatorial 1/1 24X33cm – 180G	BL	250
28	Prontuário Médico CAPS – 1/1 24/33cm 180G	BL	30
29	Receituário Azul – 1/0 – 11x22cm	BL	800
30	Receituário Especial Carbonado 02 Vias	BL	400
31	Receituário Médico Comum PSF (PSF M. do Engenho, PSF Centro, PSF Sindicato, PSF Cantinho do Fiorello, PSF São Pedro (Liberdade), PSF Ourãnia, PSF Querendo, Sub Posto Bananeiras, Sub Posto Cruzeiro e Ambulatório Central)	BL	3.000
32	Requisição de Exame Citopatológico 1/1 120G 34x33cm	BL	100
33	Requisição de Exame Especial – 1/0 – 16,5x24cm	BL	250
34	Requisição de Exame Médico 1/0 – 16,5x24 (PSF Querendo, PSF Ourania, PSF Morada do Engenho, PSF Centro, PSF Sindicato, PSF Cantinho do Fiorelo, PSF São Pedro (Liberdade), Sub Posto Bananeiras; Sub Posto Cruzeiro e Ambulatório Central)	BL	3.000



Adm. 2017/2020.

35	Requisição para Exames Radiológicos	BL	60
36	Ficha Clínica Odontológica Simplificada Ficha Anamnese	BL	250
37	Requisição de Mamografia – 1/1 Frente/Verso – 24x33cm	BL	120
38	Requisição de Material e Medicamento – 1/0 – 20x30cm	BL	80
39	Folders A4 4/4 Frente/Verso –Couchê 150G – Verniz Frente e Verso	Unid	4.000
40	Folders A4 P/B – Frente/Verso	Unid	4.000
41	Panfletos 4/0 – 10x14cm – Colorido Frente	Unid	4.000
42	Confecções de Banner 1,20x0,80cm – Lona 440G – 1440DPI	Unid	40
43	Confecções de Faixa 3x0,70cm – Lona 440 – 1440DPI	Unid	60
44	Outdoor – 9x3m	Unid	5
45	Carimbos Automáticos	Unid	50
46	Bloco de Cópia de Cheque	BL	30
47	Cartão do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas / Cartão de Identificação	Unid	4.000
48	Declaração de Comparecimento	BL	600
49	Atestado Médico	BL	100
50	Prontuário Único Estágio Supervisionado c/ 3 Folhas	BL	90
51	BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados	BL	90
52	Mapa de Produção Mensal – Centro de Especialidades Odontológicas - PRÓTESE	BL	90
53	Mapa de Produção Mensal – Centro de Especialidades Odontológicas - PERIODONTIA	BL	90
54	Mapa de Produção Mensal – Centro de Especialidades Odontológicas - ENDODONTIA	BL	90
55	Mapa de Produção Mensal – Centro de Especialidades Odontológicas.	BL	90



	Pacientes Especiais – Responsável: DR. _____		
56	Mapa de Produção Mensal – Centro de Especialidades Odontológicas. Cirurgia Oral c/2 Folhas	BL	90
57	Check Lista da FROTA	BL	40
58	Planilha de Saída de Veículos da Sec.Mun de Saúde	BL	40
59	Requisição de Material – 1/0 – 20x30cm	BL	80

Obs: Blocos com 100FLS

5. CRITÉRIO DE ESCOLHA DO PREÇO VENCEDOR

5.1 – Será considerada vencedora a proposta que apresentar o menor preço Unitário.

6. OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

6.1 – Efetuar o pagamento à CONTRATADA, de acordo com preço e as condições acordadas no contrato.

7. OBRIGAÇÃO DA CONTRATADA

7.1 – Cumprir o que dispõe este Termo de Referência, incluindo prazo de entrega do produto;

7.2 – Responsabilizar-se por eventuais danos causados ao produto;

7.3 – Prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelo contratante;

8. DO PAGAMENTO

8.1 – Após, verificado que os produtos foram entregues de acordo com as exigências contidas neste Termo de Referência, o Contratante efetuará o pagamento à CONTRATADA, mediante de Nota Fiscal.

7. DESPESAS

As despesas devem ser subsidiadas pelos seguintes Recursos: Unidades Básicas, Secretaria de Saúde, Dotação Orçamentária: 3.3.90.30, com recursos, PAB FIXO e RECURSO PRÓPRIO, Emenda Parlamentar



Prefeitura de
Natividade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE NATIVIDADE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Adm. 2017/2020.

Natividade/RJ, _____ de _____ de 2018.

Juliano da Silva França
Secretário Municipal De Saúde de Natividade/RJ
Port. 009-2017