



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

NÚMERO DO PROCESSO: 029-2023-PE

1.0. OBJETO.

1.1. Contratação de serviços gráficos, para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itaituba, conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo:

ITEM	ESPECIFICAÇÕES	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
00001	IMPRESSÃO DE CADERNETA DE GESTANTE 08 PÁG. COLORIDA				
	IMPRESSÃO DE CADERNETA DE GESTANTE 08 PÁG. COLORIDA (conforme modelo anexo e orientação da Secretária)				
		3,000.00	UNIDADE	14,660	43.980,00
				VALOR TOTAL R\$	43.980,00

1.2. A solicitação dos serviços gráficos tem base na Portaria nº 680, de 19 de setembro de 2019, com cofinanciamento Estadual da Atenção Primária em Saúde, garantido pelo orçamento do Fundo Estadual de Saúde/FES.

2.0. JUSTIFICATIVA.

2.1. Segundo a solicitação de serviços gráficos, acima elencados atenderão suas necessidades pelo prazo de 12 meses, conforme se transcreve resumidamente a seguir:

2.1.1. Em virtude das realizações de fortalecimento nas Ações Primárias em saúde-APS, voltadas à gestantes e crianças, objetivando a redução da morbimortalidade materna, fetal e infantil.

2.1.2. A contratação de empresa especializada em serviços gráficos é para a impressão de cadernetas de gestantes, em relação ao fortalecimento das ações nas Ações Primária em Saúde - APS e pré-natal durante toda a

Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ITAITUBA
Prefeitura Municipal de Itaituba



gravidez das gestantes. Para mais, é sugerido a utilização do recurso Cofinanciamento Estadual da Atenção Primária em Saúde, conforme Portaria 680 de 19 de setembro de 2019 e Portaria 984 de 14 de novembro de 2021, recebendo o valor mensal de R\$ 37.155,53 (trinta e sete mil, cento e cinquenta e cinco reais e cinquenta e três centavos) (anexo - Memo. Nº 071/2022).

2.1.3. Observa-se a inda, que o procedimento licitatório deverá ser instaurado levando em consideração os termos da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e alterações vigentes, aplicando -se, subsidiariamente, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações.

2.2. Estando assim presentes os documentos e justificativas da necessidade da contratação de empresa para a execução dos serviços gráficos, conforme o MEMO nº 393/2022, 22 de novembro de 2022 - DIRAD/SEMSA, JUSTIFICATIVA, de 22 de novembro de 2023, SD Nº 1752/2022, de 22 de novembro de 2023, todos devidamente assinados pelo Sr. Emerson de Oliveira Santos, Secretário Municipal de Saúde; a Diretoria de Compras através do Setor de Licitação deu continuidade ao procedimento legal para efetuar o procedimento licitatório do objeto respectivo.

3.0. ESTRATÉGIA DE FORNECIMENTO.

3.1 Os serviços gráficos deverão ser atendidos obedecendo às especificações descritas, marca e outras informações de identificação, conforme o disposto no item **1.1** deste termo de referência, sendo recusado o item que estiver com alguma característica diferente ou de desempenho insatisfatório.

3.2 O prazo para execução dos serviços objeto deste termo de referência, será pelo período de 12 meses, contados da data de assinatura do contrato.

3.3. O prazo de entrega parcelada de execução dos serviços gráficos será de até 15 (quinze) dias corridos, contados a partir do recebimento da Ordem de serviços, podendo ser prorrogado desde que justificado e aceito pela contratante.

3.2.1. A Ordem de serviços será emitida, preferencialmente, por meio eletrônico e deverão constar nela as informações afetas os serviços adquiridos, detalhando o item e a quantidade demandada.

3.2.2. Somente serão aceitas entregas completas, ou seja, nas quantidades totais do item especificado na Ordem de serviço.

3.3. Todo e qualquer ônus decorrente a execução do objeto licitado, será de inteira responsabilidade da CONTRATADA. A movimentação dos materiais resultantes dos serviços gráfico até o local designado para entrega é de inteira responsabilidade da CONTRATADA ou da transportadora, não sendo a CONTRATANTE responsável pelo fornecimento de mão de obra para viabilizar o transporte.

3.4. Caso seja verificada qualquer incompatibilidade nos materiais resultado dos serviços gráficos, deverão ser substituídos, por conta e ônus da CONTRATADA, em no máximo 5 (cinco) dias corridos, não considerados como prorrogação do prazo de entrega. Esse processo de verificação de compatibilidade será também comparado com as especificações disponibilizadas pela licitante, e somente após o cumprimento dessa etapa, será o objeto da licitação definitivamente recebido e aceito;

3.5. O recebimento definitivo não excluirá a responsabilidade da CONTRATADA pela perfeita qualidade dos serviços, cabendo-lhe sanar quaisquer irregularidades detectadas, observando o prazo de garantia dos mesmos.



4.0. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS.

4.1. Considerar o critério de julgamento: MENOR PREÇO UNITÁRIO para cada item;

4.2. Se caso necessário, a critério do pregoeiro, o vencedor de cada item deverá apresentar amostra dos materiais a serem utilizados nos serviços gráficos com intuito, unicamente, de esclarecimentos de dúvidas quanto os serviços a serem executados, para validação da proposta ofertada. Devendo ocorrer este procedimento na fase de julgamento da proposta de preços.

4.3. Em havendo a necessidade do cumprimento do item anterior e em detrimento da reprovação/invalidação da amostra, será considerada desclassificada a proposta referente ao item analisado.

5.0. CLASSIFICAÇÃO DOS BENS E DA DESPESA.

5.1. O objeto desse termo de referência enquadra-se na categoria de serviços comuns, de que, trata a lei nº 10.520/2002. Portanto, as despesas oriundas desta contratação serão classificadas nas seguintes dotações: Exercício 2023 Atividade 1011.103010200.2.078 Manutenção das Ações Primárias em Saúde, Classificação econômica 3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica.

5.2. A despesa para os anos subseqüentes, quando for o caso, será alocada à dotação orçamentária prevista para atendimento dessa finalidade, a ser consignada a CONTRATANTE, na Lei Orçamentária do Município.

6.0. AVALIAÇÃO MÉDIA DE VALORES - PESQUISA LOCAL.

6.1. Os valores unitários médios presentes foram apurados através de pesquisas realizadas no Banco de Preços via online anexo no presente procedimento.

7.0. MEDIDAS ACAUTELADORAS.

7.1. Consoante o artigo 45 da Lei nº 9.784, de 1999, a Administração Pública poderá, sem a prévia manifestação do interessado, motivadamente, adotar providências acauteladoras, inclusive retendo o pagamento, em caso de risco iminente, como forma de prevenir a ocorrência de dano de difícil ou impossível reparação.

8.0. CONTROLE DA EXECUÇÃO CONTRATUAL.

8.1. Em conformidade com os arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993. 10.1, a fiscalização da contratação será exercida por um representante da Administração, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, e de tudo dará ciência à Contratante.

8.1.1. O representante da Administração deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução do contrato.

Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ITAITUBA
Prefeitura Municipal de Itaituba



9.0. DAS INFRAÇÕES E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.

9.1. A disciplina das infrações e sanções administrativas aplicáveis no curso da licitação e da contratação é aquela prevista no Edital.

ITAITUBA - PA, 03 de Maio de 2023

RONISON AGUIAR HOLANDA
PREGOEIRO

Agendamento das consultas do pré-natal
Escreva ao lado suas dúvidas para as próximas consultas.

1ª consulta	/ / Data	
2ª consulta	/ / Data	
3ª consulta	/ / Data	
4ª consulta	/ / Data	
5ª consulta	/ / Data	
6ª consulta	/ / Data	
7ª consulta	/ / Data	
8ª consulta	/ / Data	
9ª consulta	/ / Data	
10ª consulta	/ / Data	
11ª consulta	/ / Data	
12ª consulta	/ / Data	
13ª consulta	/ / Data	
14ª consulta	/ / Data	
Consulta Odontológica	/ / Data	
Consulta Odontológica	/ / Data	



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta da Gestante

REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

Prefeitura de Itatuba
SEMSA
Secretaria Municipal de Saúde

PROIBIDA
GRATUITA

Identificação

Número do cartão SUS

Número Sisprenatal

Número do NIS

cole aqui
a sua foto

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome do(a) companheiro(a) /opcional: _____

Data de nascimento: / / Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

e-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome: _____

Telefone: _____

Companheiro(a) Familiar Amiga(o) Outros

Caso eu perca esta caderneta e você a encontre,
por favor me telefone. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.

Pressão arterial: _____

Peso: _____

IMC Índice de Massa Corporal: _____

Altura em cm: _____

Antecedentes familiares

Diabetes NÃO SIM

Hipertensão arterial

Gemelar

Outros

Exames

ABO-RH

Glicemia

Sífilis (teste rápido)

VDRL

HIV/Anti-HIV (teste rápido)

Hepatite C

Hepatite B-HBsAg

Hemograma

Lipidograma

Dosagem de Colesterol HDL

Dosagem de Colesterol LDL

Dosagem de Colesterol total

Data

Resultado

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA Heterozigose AS AC Outros Homozigose SS SC Outros

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizado há **menos** de 10 anos

Imunizado há **mais** de 10 anos

Informe

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço (1 ou 2 an) / /

Hepatite B

Imunizado

Informe

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

Febre amarela

Informe

data / /

Nome: _____

Como gosta de ser chamado: _____

Instrução: Nenhuma Fudon Médio Superior

Idade: <15 anos >45 anos

Pres. arte: _____

O Pré-Natal do Parceiro tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

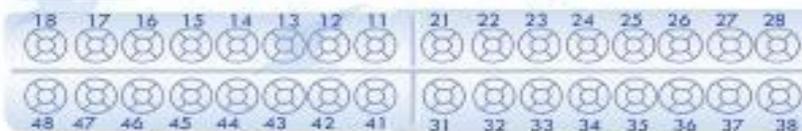
A gestação é um momento importante tanto para a mulher quanto para o homem. São emoções intensas que se misturam, e você pode contar com sua equipe de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras. Essa estratégia se chama Pré-Natal do Parceiro.

Converse com sua parceira, falem sobre suas emoções, o que esperam desta nova vida.

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!

Afinal, seu bebê precisa de você saudável!

Consulta odontológica



Legenda		
* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
As - Abração/erosão	H - Higiêdo	T - Traumatismo
Am - Amálgamo	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Tratamento para sífilis

1º dose / / 2º dose / / 3º dose / /



Sinais de alerta - procure o serviço de saúde se:

- a pressão estiver alta;
- sentir dores fortes de cabeça, com a visão embaralhada ou enxergando estrelinhas;
- o bebê parar de se mexer por mais de 12 horas;
- tiver sangramento ou perda de líquido (água) pela vagina;
- tiver um corrimento escuro (marrom ou preto);
- apresentar muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar;
- tiver dor ou ardor ao urinar;
- houver sangramento, mesmo sem dor;
- tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes - se a bolsa das águas se romper antes de começarem as contrações, preste atenção na cor e no cheiro do líquido. Esta é uma informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la.
- Em caso de febre, dor de cabeça, dor no corpo, vermelhidão nos olhos ou manchas vermelhas na pele.

Tempo aproximado de gravidez

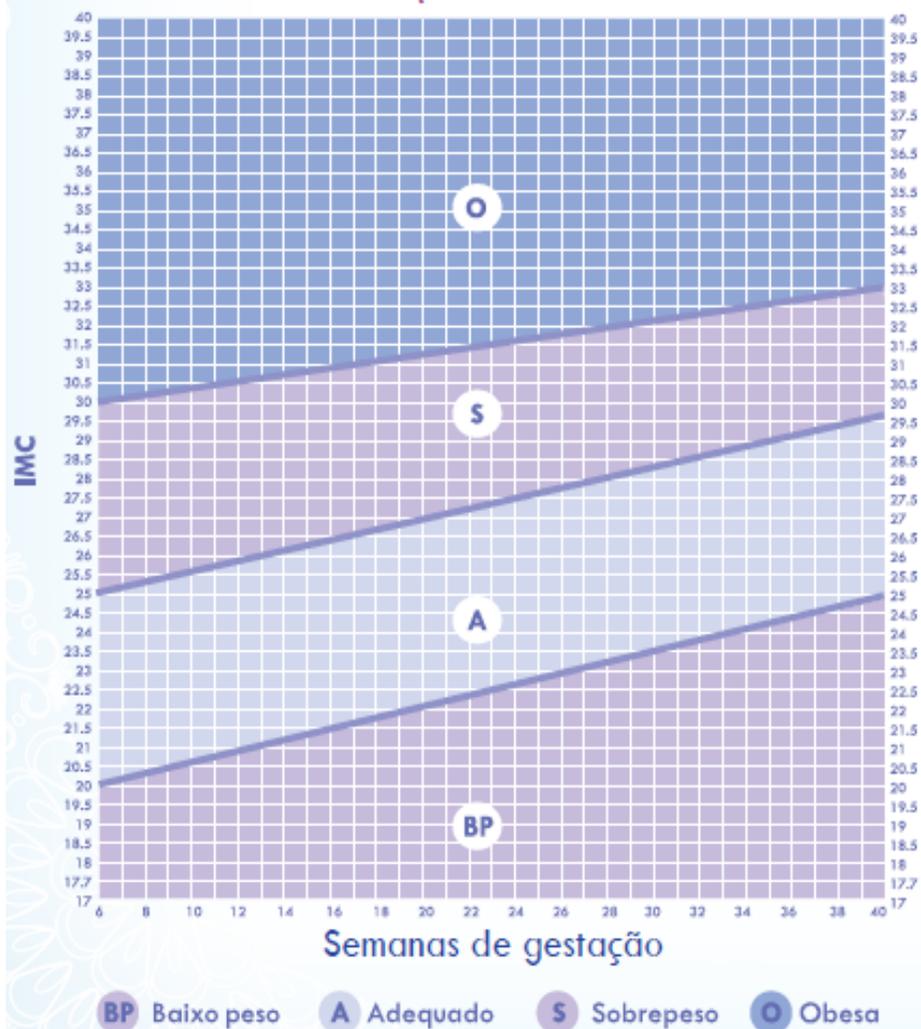
		meses	semanas
1º trimestre	1º mês		4 semanas e meia
	2º mês		9 semanas
	3º mês		13 semanas e meia
2º trimestre	4º mês		18 semanas
	5º mês		22 semanas e meia
	6º mês		27 semanas e meia
3º trimestre	7º mês		31 semanas e meia
	8º mês		36 semanas
	9º mês		40 semanas e meia

Compareça às últimas consultas!

Não existe alta do pré-natal; ele só acabará quando o bebê nascer. Mesmo após ser encaminhada para realizar pré-natal de alto risco em um serviço especializado, é importante que você seja acompanhada também pela equipe da Unidade Básica de Saúde de que iniciou seu atendimento.

DUM	/ /	Tipo de gravidez	<input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais <input type="radio"/> Ignorada	<input type="button" value="▶"/>	Risco habitual <input type="radio"/>
DPP	/ /			Gravidez	Alto risco <input checked="" type="radio"/>
DPP eco	/ /			Gravidez planejada	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>

Gráfico de acompanhamento nutricional



Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>															

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cárie ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	CI - Lesão cárie inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extração	SP - Selamento provisório
Aa - Abrasão/erosão	H - Higiêdo	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):
 KE odontológicas, pode ser realizado no seguinte trimestre, desde que o paciente utilize corretamente o fio dental.

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (sem-retor)
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

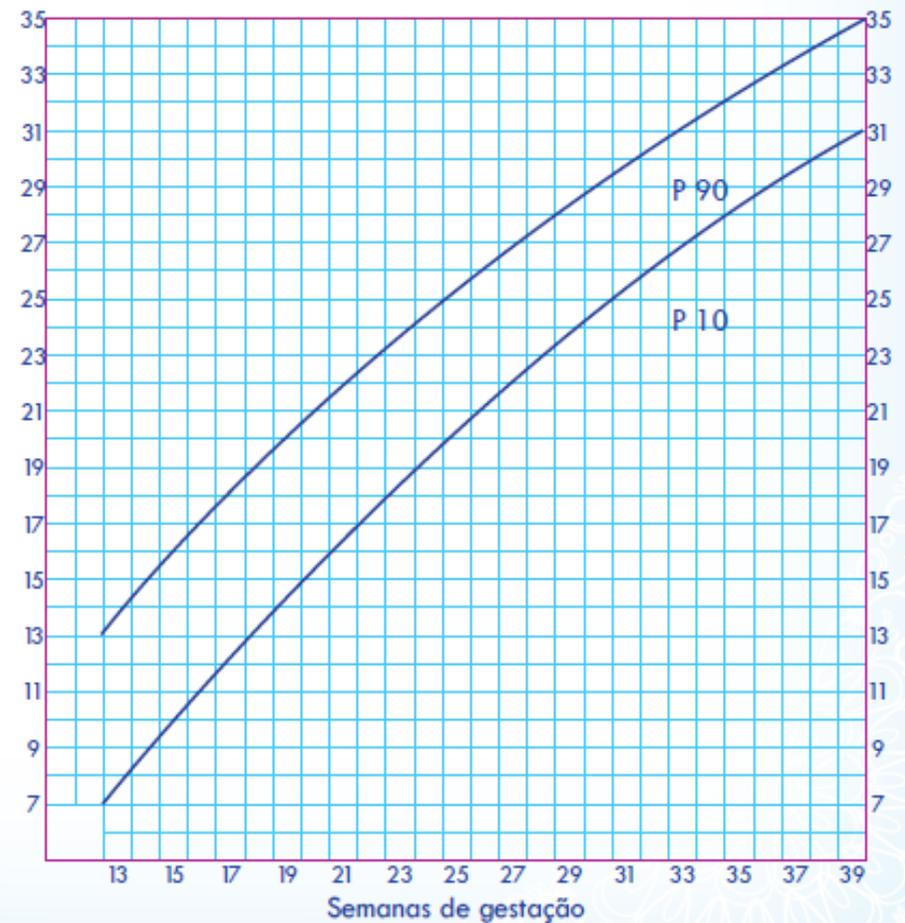
26

Plano de parto - Este espaço é para você exercitar suas escolhas em relação a seu parto. Escreva aqui como você gostaria que acontecesse o parto e como a equipe pode ajudá-la a viver esse momento da melhor forma.

Este espaço é para o profissional de saúde anotar os dados de seu parto.

Tipo de parto: normal cesárea
 Motivo da cesárea: _____
 Episiotomia: sim não
 Sangramento: normal aumentado
 Intercorrências no parto: _____
 Medicamentos usados: _____
 Alta da maternidade: _____
 DIU pós-parto sim não
 Recém-nascido (RN): prematuro a termo
 Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____
 Peso na alta: _____ kg
 Visita domiciliar: _____

Curva de altura uterina / idade gestacional



	8 ^a	9 ^a	10 ^a
Data			
Queixa			
IG - DUM/USG	/		/
Peso (kg)/IMC			
Edema			
Pressão arterial (mmHG)			
Altura uterina (cm)			
Apresentação fetal			
BCF/Mov. fetal			
Toque, se indicado			
Exantema (presença ou relato)			

Observação, diagnóstico e conduta

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Antecedentes familiares

Diabetes NÃO SIM Hipertensão arterial NÃO SIM Gemelar NÃO SIM Outras

Gestações

Antecedentes clínicos obstétricos

Diabetes NÃO SIM Cardiopatia NÃO SIM

Infecção urinária Tromboembolismo

Infertilidade Hipertensão arterial

Dific. amamentação Outros

Cir. pélv. uterina

Cirurgia

Gestação atual

Fumo (nº de cigarros) NÃO SIM Anemia NÃO SIM

Álcool Inc. Istmo cervical

Outras drogas Ameaça de parto premat.

Violência doméstica Isoimunização Rh

HIV/Aids Oligo/polidrâmnio

Sífilis Rut. prem. membrana

Toxoplasmose CIUR

Infecção urinária Pós-datismo

Outros Febre

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço / /

Hepatite B Imunizada

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Influenza data / /

dTpa data / /

