



**AVISO DE DISPENSA**  
**(Processo Administrativo n.º227/2024)**

Torna-se público que o Fundo Municipal de Saúde de Goiandira, realizará Dispensa de licitação, com critério de julgamento menor preço, na hipótese do art. 75, inciso II nos termos da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e demais legislação aplicável.

Para maiores informações e recebimento de proposta, encaminhar no seguinte e-mail [comprasgoiandira@gmail.com](mailto:comprasgoiandira@gmail.com)

**Data de abertura: 05/02/2024**

**Data de encerramento 08/02/2024**

Objeto de contratação:

ITEM	UND.	QTDE	PRODUTO/SERVIÇOS
1	UNIDADE	6	BLOCO APAC (2 VIAS CARBONADO)
2	UNIDADE	3.000,00	RECEITUARIO AZUL
3	UNIDADE	10	RECEITUARIO SIMPLES (BLOCO)

---

PAULO ALVES DA SILVA  
AGENTE DE CONTRATAÇÃO

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

UF	R.S.	NUMERO
<b>GO</b>	<b>SVS</b>	<b>5-V</b>

**B**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**  
**Programa de Saúde da Família II**  
CNPJ 06.129.497/0001-51  
Av. Marclon M. Teixeira, s/nº - Setor Primavera  
CEP 75.740-000 - Goiandra-GO

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Data

PACIENTE:

ENDEREÇO:

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Endereço

Identidade nº

Órgão Emissor

Telefone

Av. J. - Av. 30 de Agosto 1380 - CNPJ 01.310.870/0001-80 - Fase. 10.009,016-1 - Caixa-60 - Aut. 00053196/2025 - 20

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEADOR

DATA

blo. 100x1 da V 882441 e V 8544440 - R.N.R. de 29/07/22



Estado de Santa Catarina  
Ministério da Saúde

## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO  Masc.  Fem. 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - CID. IB GE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID IGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CID IGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CID IGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____

### JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

### SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ COD ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO \_\_\_\_\_ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_

a / /

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

# **Prefeitura Municipal de Goiandira**

Secretaria Municipal de Saúde

Goiandira - GO

---

---

## **RECEITUÁRIO**