



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR  
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo  
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo:	0707001/2023
Fls.:	48.1
Pubrica:	

**JUNTADA DE DOCUMENTOS DE DILIGENCIA**

Junto aos autos do Pregão eletrônico N° 009/2023, na modalidade Pregão cujo objeto trata do Registro de preço para eventual e futura contratação de empresa para prestação de serviços de confecção de próteses dentárias para atender a necessidade da secretaria municipal de saúde de Bom Lugar - MA, os documentos para comprovação de atestado de capacidade técnica, apresentado pela empresa, J P DAMASCENO NETO LTDA inscrita no CNPJ N° 43.503.752/0001-88.

Bom Lugar - MA, em 14 de setembro de 2023.

**DANIEL VICTO XAVIER LEITE**

Pregoeiro

Processo: 07000412023  
 Fls.: 482  
 Rubrica: Ⓟ



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro de Atendimento de Saúde Toré Araújo 2464748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: Toré Romulo F. Damasceno  
 CBO: 223288 SÍLABO: 0723 EQUIPE: 01

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700302981645912 NOME DO PACIENTE: Reusimar Serra Araújo  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 09/09/59 NACIONALIDADE:  RAÇA/COR:  ETNIA:  CEP:  COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:  ENDEREÇO: Vou. Lago do Lago NÚMERO:  COMPLEMENTO:   
 BAIRRO:  TELEFONE DE CONTATO:  E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070307009901 CID:  CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7021602732252242 NOME DO PACIENTE: Carlos Henrique R. Dias  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 18/02/69 NACIONALIDADE:  RAÇA/COR:  ETNIA:  CEP:  COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:  ENDEREÇO: Parque Nacional II NÚMERO:  COMPLEMENTO:   
 BAIRRO:  TELEFONE DE CONTATO:  E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070307009901 CID:  CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7021602732252242 NOME DO PACIENTE: Carlos Henrique R. Dias  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 18/02/69 NACIONALIDADE:  RAÇA/COR:  ETNIA:  CEP:  COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:  ENDEREÇO: Parque Nacional II NÚMERO:  COMPLEMENTO:   
 BAIRRO:  TELEFONE DE CONTATO:  E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070307010201 CID:  CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
 CARRIBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_  
 DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL  
 CARRIBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_  
 DATA: / /

Processo: 07020112023  
 Fls.: 183  
 Rubrica: [assinatura]



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Amarcado de Saúde Torc Araújo CNES: 2469748

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888 NOME DO PROFISSIONAL: torc Romulo F. Damasceno  
 Nº: 223288 ME SIAN: 0723 EQUIPE: 02

**SEQUÊNCIA 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705409412760592 NOME DO PACIENTE: torc Louis Saraiva Rosa  
 SEXO: Masc  Fem  DATA DE NASCIMENTO: 26.05.51 NACIONALIDADE: RAÇA/COR: ETNIA: CEP: COD. IBGE MUNICÍPIO:  
 COD. LOGRADOURO: 705 Tico Tico ENDEREÇO: 705 Tico Tico NÚMERO: COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: E-MAIL:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30.06.23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 ODE: CNPJ:  
 SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO: Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**SEQUÊNCIA 2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705409412760592 NOME DO PACIENTE: torc Louis Saraiva Rosa  
 SEXO: Masc  Fem  DATA DE NASCIMENTO: 26.05.51 NACIONALIDADE: RAÇA/COR: ETNIA: CEP: COD. IBGE MUNICÍPIO:  
 COD. LOGRADOURO: 705 Tico Tico ENDEREÇO: 705 Tico Tico NÚMERO: COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: E-MAIL:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30.06.23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 ODE: CNPJ:  
 SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO: Nº DA AUTORIZAÇÃO:

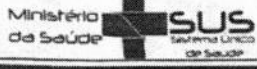
**SEQUÊNCIA 3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 703400260919514 NOME DO PACIENTE: Antonio de Moura Barros  
 SEXO: Masc  Fem  DATA DE NASCIMENTO: 10.06.55 NACIONALIDADE: RAÇA/COR: ETNIA: CEP: COD. IBGE MUNICÍPIO:  
 COD. LOGRADOURO: Rua da Diarreira ENDEREÇO: Rua da Diarreira NÚMERO: COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: E-MAIL:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30.06.23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 ODE: CNPJ:  
 SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO: Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 CARRMBO: RUBRICA: DATA: / /

**GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL**  
 CARRMBO: RUBRICA: DATA: / /

Processo: 0700042023  
 Fls.: 184  
 Rubrica:



**BPA-1** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde José Araújo CNES: 2464748

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7102305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: José Romulo F. Damasceno  
 COB: 223288 MES/ANO: 07/23 EQUIPE: 03

**SEQUÊNCIA 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7103400260919514 NOME DO PACIENTE: Antonio de Sousa Barros  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 10/06/65 NACIONALIDADE:  RAÇA/COR:  ETNIA:  CEP:  CÓD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD LOGRADOURO:  ENDEREÇO: POV Tico tico NÚMERO:  COMPLEMENTO:   
 BAIRRO:  DDD:  TELEFONE DE CONTATO:  E-MAIL:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070307010204 CID:  CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**SEQUÊNCIA 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7100804405407882 NOME DO PACIENTE: Adailton Raimundo A. Silva  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 08/03/75 NACIONALIDADE:  RAÇA/COR:  ETNIA:  CEP:  CÓD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD LOGRADOURO:  ENDEREÇO:  NÚMERO:  COMPLEMENTO:   
 BAIRRO:  DDD:  TELEFONE DE CONTATO:  E-MAIL:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070307009901 CID:  CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**SEQUÊNCIA 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7100503900629852 NOME DO PACIENTE: Raimunda Freitas da Silva  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 25/09/49 NACIONALIDADE:  RAÇA/COR:  ETNIA:  CEP:  CÓD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD LOGRADOURO:  ENDEREÇO: Avenida Dr. Antônio Sampaio NÚMERO:  COMPLEMENTO:   
 BAIRRO:  DDD:  TELEFONE DE CONTATO:  E-MAIL:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070307009901 CID:  CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 CARIMBO:  RUBRICA:  DATA: / /  
**GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL**  
 CARIMBO:  RUBRICA:  DATA: / /

Processo: 07020412023  
 Fis.: 485  
 Rubrica:



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde 'Jox' Araújo  
 CNES: 2464748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915  
 NOME DO PROFISSIONAL: Jox Pomulo F. Damasceno  
 FOLHA: 04  
 CBO: 23288  
 MÊS/ANO: 07/23

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 703000827093275  
 NOME DO PACIENTE: Maria do Livramento Costa  
 SEXO:  Fem  
 DATA DE NASCIMENTO: 05/10/72  
 NACIONALIDADE:  BRASILEIRA  
 RAÇA/COR:  BRANCA  
 ETNIA:  BRANCA  
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Novo Tempo II  
 BARRIO:   
 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:   
 E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 07010202  
 QTD: 02  
 CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 703000827093275  
 NOME DO PACIENTE: Maria do Livramento Costa  
 SEXO:  Fem  
 DATA DE NASCIMENTO: 05/10/72  
 NACIONALIDADE:  BRASILEIRA  
 RAÇA/COR:  BRANCA  
 ETNIA:  BRANCA  
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Novo Tempo II  
 BARRIO:   
 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:   
 E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 07009902  
 QTD: 02  
 CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 70260082110117144  
 NOME DO PACIENTE: Leonisa Assunção Malhães  
 SEXO:  Fem  
 DATA DE NASCIMENTO: 10/12/73  
 NACIONALIDADE:  BRASILEIRA  
 RAÇA/COR:  BRANCA  
 ETNIA:  BRANCA  
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Avenida Dr. Antonio Sampaio  
 BARRIO:   
 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:   
 E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 07009902  
 QTD: 02  
 CNPJ:   
 SERVIÇO:  CLASS:  CID:  CARATER DE ATENDIMENTO:  Nº DA AUTORIZAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
 CARIMBO:  RUBRICA:   
 DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL  
 CARIMBO:  RUBRICA:   
 DATA: / /

Processo: 07004 1003  
 Fls.: 186  
 Rubrica: [assinatura]



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde José Araújo CNES: 2464748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: Jose Romulo F. Damasceno  
 CBO: 223288 MES/ANO: 07-23 EQUIPE: 05

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 706404143123983 NOME DO PACIENTE: M<sup>te</sup> Tatiana Sousa Saraiva  
 SEXO:  Masc.  Fem. DATA DE NASCIMENTO: 23/06/56 NACIONALIDADE: BRA RAÇA/COR: B ETNIA: BR CEP: 01000-000 CDD IBGE MUNICÍPIO: 01000  
 COD LOGRADOURO: 01000 ENDEREÇO: Picareira NÚMERO: 01000 COMPLEMENTO: 01000  
 BAIRRO: 01000 TELEFONE DE CONTATO: 01000 E-MAIL: 01000

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 CID: 01000 CNPJ: 01000  
 SERVIÇO: 01000 CLASS: 01000 CID: 01000 CARATER DE ATENDIMENTO: 01000 N° DA AUTORIZAÇÃO: 01000

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704609198362927 NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira de Lima  
 SEXO:  Masc.  Fem. DATA DE NASCIMENTO: 17/02/58 NACIONALIDADE: BRA RAÇA/COR: B ETNIA: BR CEP: 01000 CDD IBGE MUNICÍPIO: 01000  
 COD LOGRADOURO: 01000 ENDEREÇO: Picareira NÚMERO: 01000 COMPLEMENTO: 01000  
 BAIRRO: 01000 TELEFONE DE CONTATO: 01000 E-MAIL: 01000

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 CID: 01000 CNPJ: 01000  
 SERVIÇO: 01000 CLASS: 01000 CID: 01000 CARATER DE ATENDIMENTO: 01000 N° DA AUTORIZAÇÃO: 01000

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704609198362927 NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira de Lima  
 SEXO:  Masc.  Fem. DATA DE NASCIMENTO: 17/02/58 NACIONALIDADE: BRA RAÇA/COR: B ETNIA: BR CEP: 01000 CDD IBGE MUNICÍPIO: 01000  
 COD LOGRADOURO: 01000 ENDEREÇO: Picareira NÚMERO: 01000 COMPLEMENTO: 01000  
 BAIRRO: 01000 TELEFONE DE CONTATO: 01000 E-MAIL: 01000

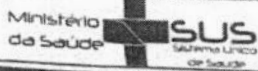
PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 CID: 01000 CNPJ: 01000  
 SERVIÇO: 01000 CLASS: 01000 CID: 01000 CARATER DE ATENDIMENTO: 01000 N° DA AUTORIZAÇÃO: 01000

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
 CARIMBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_  
 DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL  
 CARIMBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_  
 DATA: / /

Processo: 09700119093  
 Fls.: 487  
 Rubrica: *[assinatura]*



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde Torx, Araújo  
 CEP: 2464748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915  
 NOME DO PROFISSIONAL: José Romulo F. Damasceno  
 CBO: 223288  
 MES/ANO: 07/23  
 EQUIPE:   
 FORMA: 06

SEQUÊNCIA 1  
 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 707808640090216  
 NOME DO PACIENTE: Emerson Rabel S. Rodrigues  
 SEXO: Masc.  Fem.   
 DATA DE NASCIMENTO: 09/04/90  
 NACIONALIDADE:   
 RAÇA/COR:   
 ETNIA:   
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Rua Japucaial  
 BAIRRO:   
 TELEFONE DE CONTATO:   
 E-MAIL:   
 Nº DO TELEFONE:   
 NÚMERO:   
 COMPLEMENTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901  
 QTD:   
 CNPJ:   
 SERVIÇO:   
 CLASS:   
 CID:   
 CARÁTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 2  
 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705005225135353  
 NOME DO PACIENTE: Maria José Leitão Silva  
 SEXO: Masc.  Fem.   
 DATA DE NASCIMENTO: 02/12/69  
 NACIONALIDADE:   
 RAÇA/COR:   
 ETNIA:   
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Conjunto Bela Vista  
 BAIRRO:   
 TELEFONE DE CONTATO:   
 E-MAIL:   
 Nº DO TELEFONE:   
 NÚMERO:   
 COMPLEMENTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901  
 QTD:   
 CNPJ:   
 SERVIÇO:   
 CLASS:   
 CID:   
 CARÁTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 3  
 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705005225135353  
 NOME DO PACIENTE: Maria José Leitão Silva  
 SEXO: Masc.  Fem.   
 DATA DE NASCIMENTO: 02/12/69  
 NACIONALIDADE:   
 RAÇA/COR:   
 ETNIA:   
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Conjunto Bela Vista  
 BAIRRO:   
 TELEFONE DE CONTATO:   
 E-MAIL:   
 Nº DO TELEFONE:   
 NÚMERO:   
 COMPLEMENTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO  
 DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201  
 QTD:   
 CNPJ:   
 SERVIÇO:   
 CLASS:   
 CID:   
 CARÁTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
 CARIMBO:   
 RUBRICA:   
 DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL  
 CARIMBO:   
 RUBRICA:   
 DATA: / /





Processo: 999001 1023  
 Fls.: 489  
 Rubrica: [assinatura]



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde José Araújo 2464748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: José Romulfo Damasceno  
 Nº: 23288 RESÍDUO: 07/23 EQUIPE: 08

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705005852018100 NOME DO PACIENTE: Valdimar Lopes Coelho  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 11/02/50 NACIONALIDADE: [branco] RAÇA/COR: [branco] ETNIA: [branco] CEP: [branco] COD. IBGE MUNICÍPIO: [branco]  
 COD LOGRADOURO: [branco] ENDEREÇO: Coivaros NÚMERO: [branco] COMPLEMENTO: [branco]  
 BAIRRO: [branco] DDD: [branco] TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: [branco] E-MAIL: [branco]

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 QTD: [branco] CNPJ: [branco]  
 SERVIÇO: [branco] CLASS: [branco] CID: [branco] CARATER DE ATENDIMENTO: [branco] Nº DA AUTORIZAÇÃO: [branco]

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705005852018100 NOME DO PACIENTE: Duamaria Vieira Mendes  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 19/12/67 NACIONALIDADE: [branco] RAÇA/COR: [branco] ETNIA: [branco] CEP: [branco] COD. IBGE MUNICÍPIO: [branco]  
 COD LOGRADOURO: [branco] ENDEREÇO: Rua Francisca Sampaio NÚMERO: [branco] COMPLEMENTO: [branco]  
 BAIRRO: [branco] DDD: [branco] TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: [branco] E-MAIL: [branco]

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 QTD: [branco] CNPJ: [branco]  
 SERVIÇO: [branco] CLASS: [branco] CID: [branco] CARATER DE ATENDIMENTO: [branco] Nº DA AUTORIZAÇÃO: [branco]

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705005852018100 NOME DO PACIENTE: Duamaria Vieira Mendes  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 19/12/67 NACIONALIDADE: [branco] RAÇA/COR: [branco] ETNIA: [branco] CEP: [branco] COD. IBGE MUNICÍPIO: [branco]  
 COD LOGRADOURO: [branco] ENDEREÇO: Rua Francisca Sampaio NÚMERO: [branco] COMPLEMENTO: [branco]  
 BAIRRO: [branco] DDD: [branco] TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: [branco] E-MAIL: [branco]

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 QTD: [branco] CNPJ: [branco]  
 SERVIÇO: [branco] CLASS: [branco] CID: [branco] CARATER DE ATENDIMENTO: [branco] Nº DA AUTORIZAÇÃO: [branco]

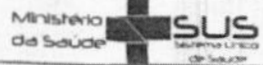
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO: [branco] RUBRICA: [branco]  
 DATA:  / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO: [branco] RUBRICA: [branco]  
 DATA:  / /

Processo: 07090812023  
 Fis.: 490  
 Rubrica: *[assinatura]*



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde Tori Araújo Nº: 2469748

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: Tori Romulo F. Damasceno  
 Nº: 223288 MESADA: 07/23 EQUIPE: 09

**SEQUÊNCIA 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702303133048617 NOME DO PACIENTE: Maria de Lima Silva  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 10/11/79 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 COD. LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Santa Rosa NÚMERO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 040107009902 Q10E: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO: \_\_\_\_\_ CLASS: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702303133048617 NOME DO PACIENTE: Maria de Lima Silva  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 10/11/79 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 COD. LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Santa Rosa NÚMERO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 09/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010202 Q10E: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO: \_\_\_\_\_ CLASS: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708006350720326 NOME DO PACIENTE: Tania Maria de Sousa Cavalcanti  
 SEXO:  Masc  Fem DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1978 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 COD. LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Rua Sozinho NÚMERO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 09/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009902 Q10E: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO: \_\_\_\_\_ CLASS: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 CARIMBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_ DATA: / /

**GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL**  
 CARIMBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_ DATA: / /

Processo 0907001 P023  
 Fls.: 494  
 Rubrica:



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde Toré Araújo CNES: 2464748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: Toré Romulo F. Damasceno  
 RESIDUO: 223288 RESIDUO: 0723 EQUIPE: 10

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708006350720326 NOME DO PACIENTE: Ana Maria de Sousa Cavalcanti  
 SEXO:  Fem DATA DE NASCIMENTO: 24/06/78 NACIONALIDADE: RAÇA/COR: ETNIA: CEP: COD. IBGE MUNICÍPIO:  
 COD. LOGRADOURO: ENDEREÇO: Rua. Sizenho NUMERO: COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: DDD TELEFONE DE CONTATO: E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 QTD: CNPJ:  
 SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO: Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 707403044907673 NOME DO PACIENTE: Maria Ramunda da Silva M.  
 SEXO:  Fem DATA DE NASCIMENTO: 27/09/63 NACIONALIDADE: RAÇA/COR: ETNIA: CEP: COD. IBGE MUNICÍPIO:  
 COD. LOGRADOURO: ENDEREÇO: Palmeira II NUMERO: COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: DDD TELEFONE DE CONTATO: E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901 QTD: CNPJ:  
 SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO: Nº DA AUTORIZAÇÃO:

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 707403044907673 NOME DO PACIENTE: Maria Ramunda da Silva M.  
 SEXO:  Fem DATA DE NASCIMENTO: 27/09/63 NACIONALIDADE: RAÇA/COR: ETNIA: CEP: COD. IBGE MUNICÍPIO:  
 COD. LOGRADOURO: ENDEREÇO: Palmeira II NUMERO: COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: DDD TELEFONE DE CONTATO: E-MAIL:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 QTD: CNPJ:  
 SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO: Nº DA AUTORIZAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO: RUBRICA: DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO: RUBRICA: DATA: / /

Processo: 70400112073  
 Fis.: 492  
 Rubrica: [assinatura]



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde Tori Araújo CNES: 2964748

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888915 NOME DO PROFISSIONAL: Tori Romulo F. Damasceno  
 CBO: 23288 ASSINATURA: [assinatura] EQUIPE: 11

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708604188259390 NOME DO PACIENTE: Maria do Carmo Martins  
 SEXO: Masc  Fem  DATA DE NASCIMENTO: 05/11/58 NACIONALIDADE: [branco] RAÇA/COR: [branco] ETNIA: [branco] CEP: [branco] CDD. IBGE MUNICÍPIO: [branco]  
 COD. LOGRADOURO: [branco] ENDEREÇO: Alto da Cruz NÚMERO: [branco] COMPLEMENTO: [branco]  
 BAIRRO: [branco] DDD: [branco] TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE: [branco] E-MAIL: [branco]

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 076107009901 QTDE: [branco] CNPJ: [branco]  
 SERVIÇO: [branco] CLASS: [branco] CID: [branco] CARATER DE ATENDIMENTO: [branco] Nº DA AUTORIZAÇÃO: [branco]

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708604188259390 NOME DO PACIENTE: Maria do Carmo Martins  
 SEXO: Masc  Fem  DATA DE NASCIMENTO: 05/11/58 NACIONALIDADE: [branco] RAÇA/COR: [branco] ETNIA: [branco] CEP: [branco] CDD. IBGE MUNICÍPIO: [branco]  
 COD. LOGRADOURO: [branco] ENDEREÇO: Alto da Cruz NÚMERO: [branco] COMPLEMENTO: [branco]  
 BAIRRO: [branco] DDD: [branco] TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE: [branco] E-MAIL: [branco]

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 QTDE: [branco] CNPJ: [branco]  
 SERVIÇO: [branco] CLASS: [branco] CID: [branco] CARATER DE ATENDIMENTO: [branco] Nº DA AUTORIZAÇÃO: [branco]

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704304595437697 NOME DO PACIENTE: Raimunda Mariana Lopes  
 SEXO: Masc  Fem  DATA DE NASCIMENTO: 17/01/40 NACIONALIDADE: [branco] RAÇA/COR: [branco] ETNIA: [branco] CEP: [branco] CDD. IBGE MUNICÍPIO: [branco]  
 COD. LOGRADOURO: [branco] ENDEREÇO: Palmeiral II NÚMERO: [branco] COMPLEMENTO: [branco]  
 BAIRRO: [branco] DDD: [branco] TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE: [branco] E-MAIL: [branco]

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/23 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010201 QTDE: [branco] CNPJ: [branco]  
 SERVIÇO: [branco] CLASS: [branco] CID: [branco] CARATER DE ATENDIMENTO: [branco] Nº DA AUTORIZAÇÃO: [branco]

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
 CARIMBO: [branco] RUBRICA: [branco]  
 DATA:  / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL  
 CARIMBO: [branco] RUBRICA: [branco]  
 DATA:  / /

Processo: 0770012083  
 Fis.: 493  
 Rubrica:



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde Torx Araújo  
 CNES: 2469748

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702305120888913  
 NOME DO PROFISSIONAL: Torx Romulo F. Damasceno  
 CID: 223288  
 RESIDUA: 07/23  
 EQUIPE:   
 FORMA: 12

**SEQUÊNCIA 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7100804917411383  
 NOME DO PACIENTE: Aramias Alves  
 SEXO:  Masc.  Fem.  
 DATA DE NASCIMENTO: 07/07/65  
 NACIONALIDADE:   
 RAÇA/COR:   
 ETNIA:   
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Rua São Torx  
 BAIRRO:   
 TELEFONE DE CONTATO:   
 E-MAIL:   
 NÚMERO:   
 COMPLEMENTO:   
 CID:   
 CARACTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:   
 Nº DO TELEFONE:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 14/07/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009901  
 CNPJ:   
 SERVIÇO:   
 CLASS:   
 CID:   
 CARACTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**SEQUÊNCIA 2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704703760346431  
 NOME DO PACIENTE: Ceresia Farias de Sousa  
 SEXO:  Masc.  Fem.  
 DATA DE NASCIMENTO: 20/08/64  
 NACIONALIDADE:   
 RAÇA/COR:   
 ETNIA:   
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Cewarar  
 BAIRRO:   
 TELEFONE DE CONTATO:   
 E-MAIL:   
 NÚMERO:   
 COMPLEMENTO:   
 CID:   
 CARACTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:   
 Nº DO TELEFONE:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 14/07/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009902  
 CNPJ:   
 SERVIÇO:   
 CLASS:   
 CID:   
 CARACTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**SEQUÊNCIA 3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7034032150510211  
 NOME DO PACIENTE: M<sup>te</sup> da Graça S. Cavalcanti  
 SEXO:  Masc.  Fem.  
 DATA DE NASCIMENTO: 08/08/51  
 NACIONALIDADE:   
 RAÇA/COR:   
 ETNIA:   
 CEP:   
 COD. IBGE MUNICÍPIO:   
 COD. LOGRADOURO:   
 ENDEREÇO: Parque Nacional I  
 BAIRRO:   
 TELEFONE DE CONTATO:   
 E-MAIL:   
 NÚMERO:   
 COMPLEMENTO:   
 CID:   
 CARACTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:   
 Nº DO TELEFONE:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 14/07/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009902  
 CNPJ:   
 SERVIÇO:   
 CLASS:   
 CID:   
 CARACTER DE ATENDIMENTO:   
 Nº DA AUTORIZAÇÃO:

**RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 CARIMBO:   
 RUBRICA:   
 DATA: / /

**GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL**  
 CARIMBO:   
 RUBRICA:   
 DATA: / /

Processo: 07070047023  
 Fls.: 494  
 Rubrica:



**BPA-I** Boletim de Produção Ambulatorial  
 Dados Individualizados

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Centro Avançado de Saúde Torc. Brás  
 CIES: 24164748

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702505120898915  
 NOME DO PROFISSIONAL: Torc. Romulo F. Damasceno  
 EQUIPE: 15

**SEQUÊNCIA 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 70840820607646411  
 NOME DO PACIENTE: Rosa da Silva Brito  
 SEXO:  Masc.  Fem.  
 DATA DE NASCIMENTO: 25/08/67  
 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 COD. LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Novo Tempo  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 14/07/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009902  
 OTDE: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO: \_\_\_\_\_ CLASS: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708802758489610  
 NOME DO PACIENTE: do Securo Gomes da Silva  
 SEXO:  Masc.  Fem.  
 DATA DE NASCIMENTO: 02/10/75  
 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 COD. LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Rua Francisca Damparo  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 14/07/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107009902  
 OTDE: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO: \_\_\_\_\_ CLASS: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708802758489610  
 NOME DO PACIENTE: do Securo Gomes da Silva  
 SEXO:  Masc.  Fem.  
 DATA DE NASCIMENTO: 02/10/75  
 NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 COD. LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Rua Francisca Damparo  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**  
 DATA DO ATENDIMENTO: 14/07/23  
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 070107010202  
 OTDE: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO: \_\_\_\_\_ CLASS: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
 CARIMBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_  
 DATA: / /

**GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL**  
 CARIMBO: \_\_\_\_\_ RUBRICA: \_\_\_\_\_  
 DATA: / /



Extrato de Conta Corrente

Cliente: J P DAMASCENO NETO

Agência: 1611-0 Conta: 56836-8

Lançamentos

Dia	Histórico	Valor
04/10/2021	Saldo Anterior	0,00 (+)
17/08/2023	Transferência recebida 17/08 11:28 PM MATOES DO NORTE -FUS	1.954,00 (+)
21/08/2023	Saque no TAA 19/08 17:55 SOP-AREINHA	1.000,00 (-)
31/08/2023	S A L D O	954,00 (+)

Processo: 0702001/2023  
Fis.: 195  
Rubrica: [assinatura]

Total Aplicações Financeiras 0,00

\* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo	0702004/2023
Fls.:	196
Rubrica:	

CONTRATO Nº 20230167/2023  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2705001/2022  
ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 20220403/2022

MATÕES DO NORTE / MA	
PROC.	2705001 / 2022
FLS.	196
RUB.	

**TERMO DE CONTRATO DE COMPRA Nº 20230167/2023, QUE FAZEM ENTRE SI A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA J P DAMASCENO NETO LTDA**

O MUNICÍPIO DE MATÕES DO NORTE/MA, inscrita no CNPJ sob o nº 01.612.831/0001-87, através da Secretaria Municipal de Saúde, com sede na Av. Dr. Antônio Sampaio, centro, CEP: 65.468-000 Matões do Norte/MA, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representado pelo Ordenador de Despesa, Sr. Jenilson Bezerra Neves, portador do CPF sob nº 023.619.403-88 e RG nº 02861031005-1 Órgão Emissor SSP/MA, e a empresa **J P DAMASCENO NETO LTDA** CNPJ 43.503.752/0001-88, com sede na Rua Jose Antônio Francis nº 207, Bairro centro, CEP: 65.420-000 na cidade de Timbiras – Estado de Maranhão, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representada por seu representante legal, Sra. Juarez Pereira Damasceno Neto, brasileiro, RG nº 0150610520000, CPF nº 025.651.053-98, têm, entre si, ajustado o presente Contrato Administrativo nº 20230167/2023, decorrente do PREGÃO ELETRÔNICO Nº 023/2022 formalizado nos autos do Processo Administrativo nº 2705001/2022, submetendo-se às cláusulas e condições abaixo e aos preceitos instituídos pela Lei Federal nº 8.666/1993 e demais normas regulamentares pertinentes à espécie.

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO.**

1.1. O objeto do presente Termo de Contrato é a prestação dos serviços de confecção de prótese dentaria total e parcial convencional odontológica (superior e inferior), para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Matões do Norte/MA, conforme especificações e quantitativos estabelecidos no Termo de Referência, anexo do Edital.

1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão Eletrônico, identificado no preâmbulo e à proposta vencedora, independentemente de transcrição.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – VIGÊNCIA.**

2.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é aquele fixado no Termo de Referência, com início na data de 15/02/2023 e encerramento em 31/12/2023.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA – PREÇO.**

3.1. O valor do presente Termo de Contrato é de **RS 167.750,00 (cento e sessenta e sete mil, setecentos e cinquenta reais).**

ITEM	DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÕES	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
023983	Prótese Total Mandibular	UNIDADE	250,00	98,000	24.500,00
023984	Prótese Total Maxilar	UNIDADE	250,00	78,000	19.500,00
023985	Prótese Parcial Mandibular Removível	UNIDADE	250,00	165,000	41.250,00





MATÕES DO NORTE / MA  
PROC. 302006 / 2022  
FLS. 1425  
RUB. 01

Processo: 07001/2023  
Fls.: 497  
Rubrica:

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

023986	Prótese Parcial Maxilar Removível	UNIDADE	250,00	165,000	41.250,00
023987	Prótese Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por Elemento)	UNIDADE	250,00	165,000	41.250,00
VALOR GLOBAL R\$					167.750,00

3.2. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

#### 4. CLÁUSULA QUARTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

4.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Município, para o exercício de 2022, na classificação abaixo:

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE ORÇAMENTARIA: 1301 Fundo Municipal de Saúde

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 301 0005

PROJETO ATIVIDADE: 2.048 Manutenção do Programa de Saúde Bucal

ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.39.00 Outros Serv. de Terc. Pessoa Jurídica

#### 5. CLÁUSULA QUINTA - PAGAMENTO.

5.1. O pagamento será mensal, efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias consecutivos, acompanhado da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, CNDT e FGTS, Certidão de Débitos Relativos a Créditos e Dívida Estadual e Municipal com validade compatíveis à data do pagamento, desde que não haja fator impeditivo provocado pela Contratada.

#### 6. CLÁUSULA SEXTA - REAJUSTE.

6.1. Os preços são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

6.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

6.3. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

6.4. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo.

6.5. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

6.6. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MAIOES DO NORTE  
PROC. 2509001 1202 2  
FLS. 426  
RUB. 11

Processo: 0907004130 93  
Fls.: 198  
Rubrica: [assinatura]

6.7. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

6.8. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

## 7. CLÁUSULA SÉTIMA - GARANTIA DE EXECUÇÃO.

7.1. Não haverá exigência de garantia de execução para a presente contratação.

## 8. CLÁUSULA OITAVA - ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO.

a) Os produtos deverão ser entregues de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal Solicitante, o horário da entrega deve ser de acordo com o funcionamento da Secretaria: das 08h00min às 12h00min. No prazo de até 5 (cinco) dias úteis. O não cumprimento das entregas nas datas e horários determinados ocasionará penalidades cabíveis.

b) Todos os produtos licitados/contratado deverão ser entregues diretamente na Secretaria Municipal e em suas respectivas dependências mediante ORDEM DE FORNECIMENTO cedida por pela Secretaria solicitante.

c) No ato da entrega, os produtos que não estiverem em acordo com o especificado no edital serão devolvidos; e, as despesas de frete e/ou outros serão por conta da empresa contratada;

d) O horário da entrega deve ser de acordo com o funcionamento da secretaria: 08h00min às 12h00min horas.

e) A fiscalização geral e o acompanhamento serão realizados por Servidor designado pela Prefeitura Municipal de Matões do Norte/MA.

f) O preço contido na proposta dos licitantes deverá incluir todos os custos e despesas, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, materiais, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, frete, embalagens, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto presente neste termo de referência;

g) Todos os produtos entregues deverão estar acompanhados de um comprovante de recibo o qual constará a assinatura do recebedor, em duas vias (uma via para o fornecedor e uma para o solicitante). Os produtos devem ser conferidos de acordo com a ordem de fornecimento, quantidade e qualidade. Caso não estejam de acordo com as normas, os mesmos deverão ser devolvidos juntamente com o comprovante de entrega não assinado.

## 9. CLÁUSULA NONA - FISCALIZAÇÃO.

9.1. A fiscalização da execução do objeto será efetuada por Comissão/Representante designado pela CONTRATANTE, na forma estabelecida no Termo de Referência, anexo do Edital.

## 10. CLÁUSULA DÉCIMA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA.

### 10.1 A CONTRANTE se obriga a:

a) Nomear Gestor e Fiscais Técnicos, Administrativo e Requisitante do contrato para acompanhar e fiscalizar a execução dos Contratos;

b) Vetar o emprego de qualquer material que considerar incompatível com as especificações apresentadas na proposta da CONTRATADA, que possa ser inadequado, nocivo ou danificar seus

[assinatura]



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo:	070001/2023
Fls.:	199
Rubrica:	

MATÕES DO NORTE / MA	
PROC.:	250001 1202 2
FLS.:	199
RUB.:	

bens patrimoniais, ou ser prejudicial à saúde dos usuários;

- c) Efetuar o pagamento à CONTRATADA nas condições pactuadas;
- d) Aplicar à CONTRATADA as sanções administrativas regulamentares e contratuais cabíveis;
- e) Preencher e enviar a Ordem de Fornecimento de Bens de acordo com os critérios estabelecidos neste Termo de Referência;
- f) Receber os serviços executados pela CONTRATADA, que estejam em conformidade com a proposta aceita, conforme inspeções a serem realizadas, devendo assinar ao final o TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO;
- g) Recusar com a devida justificativa qualquer serviço realizado fora das especificações constantes na proposta da CONTRATADA;
- h) Liquidar o empenho e efetuar o pagamento da fatura da emitida pela CONTRATADA dentro dos prazos preestabelecidos em Contrato;
- i) Comunicar à CONTRATADA todas e quaisquer ocorrências relacionadas com a execução do contrato;

**10.2 A CONTRATADA se obriga a:**

- a) Executar os Serviços conforme especificações definidas no presente Termo de Referência, não podendo nunca ser inferior a esta;
- b) Manter capacidade mínima de entrega para atender as demandas contratadas;
- c) Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo Órgão Gerenciador da Ata, relacionados com as características dos serviços;
- c) Executar, nos locais determinados pelo CONTRATANTE nas Ordens de Serviços, os serviços objeto da presente contratação, às suas expensas, dentro do prazo de entrega estabelecido;
- d) Comunicar à CONTRATANTE, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente em relação aos serviços que forem objetos do Contrato e prestar os esclarecimentos necessários;
- e) Indicar, formalmente, preposto apto a representá-la junto à CONTRATANTE, que deverá responder pela fiel execução do Contrato;
- f) Atender prontamente quaisquer orientações e exigências dos Fiscais dos Contratos e/ou dos Gestores dos Contratos inerentes à execução do objeto contratual;
- g) Reparar quaisquer danos diretamente causados à CONTRATANTE ou a terceiros, por culpa ou dolo de seus representantes legais, prepostos ou empregados, em decorrência da presente relação contratual, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade da fiscalização ou o acompanhamento da execução do objeto pela CONTRATANTE.
- g.1) Apurado o dano e caracterizada sua autoria por qualquer empregado da CONTRATADA, esta pagará à CONTRATANTE o valor correspondente, mediante o pagamento de Documento de Arrecadação Municipal - DAM, a ser emitida pelo Gestor do Contrato no valor correspondente ao dano, acrescido das demais penalidades constantes do instrumento convocatório e do contrato.
- h) Propiciar todos os meios e facilidades necessárias à fiscalização da execução do objeto pela CONTRATANTE, cujo representante terá poderes para sustar a execução, total ou parcialmente, a qualquer tempo, sempre que considerar a medida necessária, e recusar os serviços empregados que julgar inadequados;
- i) Manter, durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- j) Emitir fatura no valor pactuado e nas condições do Contrato, apresentando à CONTRATANTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo	070001 12023
Fls.:	500
Rubrica:	Ⓢ

MATÕES DO NORTE / MA	
PROC.	0809001 1202 2
FLS.	478
RUB.	Ⓢ

para pagamento;

k) Substituir o objeto reprovado na aceitação, dentro do prazo estabelecido neste Termo de Referência, sem ônus para a CONTRATANTE;

l) Apresentar os empregados devidamente uniformizados e identificados por meio de crachá, além de prove-los com os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, quando for o caso;

m) No permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

n) Em relação à Ata de Registro de Preços, compete aos Fornecedores Registrados:

n.1) Aceitar os Termos e Condições da Ata de Registro de Preços de acordo com a Legislação Vigente e com o instrumento pactuado no Termo de Referência;

n.2) Manter, durante a vigência da Ata de Registro de Preço, as condições de habilitação exigidas no edital;

n.3) Abster-se de transferir direitos ou obrigações decorrentes da ata de registro de preços sem a expressa concordância do Órgão Gerenciador.

m) A contratante poderá solicitar, a qualquer momento, amostras para análise, a fim de comprovar a qualidade do serviço contratado. A DETENTORA DO REGISTRO deverá arcar com os custos da análise, em laboratório credenciado, caso o serviço ofertado apresente suspeita de irregularidade. Os laudos emitidos serão considerados suficientes para exigir a substituição do serviço quando o resultado da análise for desfavorável, ou seja, diferente das especificações prometidas pelo fabricante. Todo serviço considerado impróprio ao uso será devolvido a contratada para a inutilização nos termos legais.

n) Executar, os serviços objeto da presente contratação, às suas expensas, dentro do prazo de realização estabelecido;

o) Arcar com todas as despesas relacionadas à execução dos serviços, tais como frete, seguro, impostos, taxas e outros, inclusive em caso de troca, se houver.

p) Os serviços deverão ser de primeira qualidade, sendo aplicadas todas as normas e exigências do Código de Defesa do Consumidor. Deverão, ainda, conter especificações do INMETRO e outros Órgãos de controle de qualidade, quando houver, bem como as características peculiares do item e, quando for o caso, possuir em suas embalagens unitárias, especificações de peso, medida, quantidade, orientações de armazenamento, manuais de utilização, quando for o caso, prazo de validade de acordo com o fabricante, contado da data de entrega e demais informações que se fizerem necessárias para a perfeita utilização dos mesmos.

q) A detentora do registro de preços estará obrigada a atender a todos os pedidos efetuados durante a vigência da Ata de Registro de Preço, ainda que a execução decorrente esteja previsto para ocorrer após o término de sua vigência.

r) A detentora do registro de preços estará obrigada a comparecer, sempre que solicitada, à sede da Unidade Requisitante, a fim de receber instruções, participar de reuniões ou para qualquer outra finalidade relacionada ao cumprimento de suas obrigações.

s) Responsabilizar-se por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho, quando, em ocorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados durante



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo	0707001/2023
Fls.:	504
Rubrica:	

MATÕES DO NORTE / MA
PROC. 0705001/2022
FLS. 429
RUB.

a execução do objeto, ainda que acontecido em dependência da contratante.

t) Não subcontratar, total ou parcialmente, o objeto da contratação.

u) Prestar o serviço, nas condições e quantidades solicitadas, no endereço e prazo indicado, conforme estabelecido no Termo de Referência;

v) Manter um Preposto à disposição da Prefeitura Municipal de Matões do Norte/MA, munido de comunicação que permita sua localização imediata para atendimento também fora do horário estabelecido.

x) A empresa contratada deverá possuir Registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (SCNES), assim como o(s) profissional(is), em atendimento a Nota Técnica do Ministério da Saúde quanto aos recursos destinados aos serviços prestados por Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD) atendendo pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 11. ~~CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.~~

11.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, o licitante/adjudicatário que:

11.2. Não assinar o termo de contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo de validade da proposta;

11.3. Apresentar documentação falsa;

11.4. Deixar de entregar os documentos exigidos no certame;

11.5. Ensejar o retardamento da execução do objeto;

11.6. Não mantiver a proposta;

11.7. Cometer fraude fiscal;

11.8. Comportar-se de modo inidôneo;

11.9. O atraso injustificado ou retardamento na prestação de serviços objeto deste certame sujeitará a empresa, a juízo da Administração, à multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, até o limite de 10% (dez por cento), conforme determina o art. Nº 86, da Lei Nº 8666/93.

11.10. A multa prevista neste ITEM será descontada dos créditos que a contratada possuir com a Prefeitura Municipal de Matões do Norte/MA, e poderá cumular com as demais sanções administrativas, inclusive com as multas previstas.

11.11. A inexecução total ou parcial do objeto contratado, a Administração poderá aplicar à vencedora, as seguintes sanções administrativas, nos termos do artigo Nº 87, da Lei Nº 8.666/93:

a) Advertência por escrito;



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo: 0107004/12023  
Fls.: 502  
Rubrica:

MATÕES DO NORTE / MA  
PROC. 2209001/12022  
FLS. 480

- b) Multa administrativa com natureza de perdas e danos da ordem de até ~~20%~~ (vinte por cento) sobre o valor total do contrato;
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Prefeitura Municipal de Matões do Norte/MA, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- d) Sendo que em caso de inexecução total, sem justificativa aceita pela Administração da Prefeitura Municipal de Matões do Norte/MA, será aplicado o limite máximo temporal previsto para a penalidade 05 (cinco) anos;
- e) Declaração de inidoneidade para licitar junto à Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, de acordo com o inciso IV do art. Nº 87 da Lei Nº 8.666/93, c/c art. Nº 7º da Lei Nº 10.520/02 e art. Nº 14 do Decreto Nº 3.555/00.

11.12. Do ato que aplicar a penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da intimação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-lo devidamente informados para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

11.13. Serão publicadas na Imprensa Oficial do Município de Matões do Norte/MA as sanções administrativas previstas neste edital, inclusive a reabilitação perante a Administração Pública.

## 12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - RESCISÃO.

12.1. O PRESENTE TERMO DE CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO:

12.2. Por ato unilateral e escrito da Administração, nas situações previstas nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei nº 8.666, de 1993, e com as consequências indicadas no art. 80 da mesma Lei, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas no Termo de Referência, anexo ao Edital;

12.3. Amigavelmente, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei nº 8.666, de 1993.

12.4. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

12.5. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

12.6. O TERMO DE RESCISÃO SERÁ PRECEDIDO DE RELATÓRIO INDICATIVO DOS SEGUINTE ASPECTOS, CONFORME O CASO:

- a) Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
- b) Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
- c) Indenizações e multas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ Nº 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo:	0707004/2023
Fls.:	503
Rubrica:	

MATÕES DO NORTE / MA
PROC. 708004/2023_2
FLS. 503
RUB.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - VEDAÇÕES.**

13.1. É VEDADO À CONTRATADA:

- Caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;
- Interromper a execução contratual sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.

**14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - ALTERAÇÕES.**

14.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

14.2. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

14.3. As supressões resultantes de acordo celebrado entre as partes contratantes poderão exceder o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

**15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS CASOS OMISSOS.**

15.1. Os casos omissos serão decididos pela CONTRATANTE, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.666, de 1993, na Lei nº 10.520, de 2002 e demais normas federais de licitações e contratos administrativos e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078, de 1990 - Código de Defesa do Consumidor - e normas e princípios gerais dos contratos.

**16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - PUBLICAÇÃO.**

16.1. Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação deste instrumento, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo previsto na Lei nº 8.666, de 1993.

**17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - FORO.**

17.1. É eleito o Foro da Comarca de Cantanhede/MA para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação, conforme art. 55, §2º da Lei nº 8.666/93.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente Termo de Contrato foi lavrado em duas (duas) vias de igual teor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contraentes.

Matões do Norte - MA, 15 de fevereiro de 2023



Processo:	0702004/2023
Fls.:	501
Rubrica:	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES DO NORTE/MA  
CNPJ N° 01.612.831/0001-87  
AV. DR. ANTÔNIO SAMPAIO - CENTRO, CEP: 65.468-000  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MATÕES DO NORTE / MA	
PROC.	2703001/2022
FLS.	482
RUB.	

Jenilson Bezerra Casa Nova  
Secretário Municipal de Saúde  
CONTRATANTE

JUAREZ PEREIRA DAMASCENO  
NETO:02565105398

Assinado de forma digital por  
JUAREZ PEREIRA DAMASCENO  
NETO:02565105398  
Dados: 2023.02.15 14:31:58  
-03'00'

J P DAMASCENO NETO LTDA  
CNPJ 43.503.752/0001-88  
Juarez Pereira Damasceno Neto  
RG n° 0150610520000  
CPF n° 025.651.053-98  
CONTRATADA



15:43

WhatsApp

matoesdonorte.ma.gov.br



Processo:	0707001/2023
Fis.:	505
Rubrica:	

## Lista de contratos

<b>Número</b>	20230167 CONTRATO ORIGINAL
<b>Credor</b>	J P DAMASCENO NETO LTDA 43.503.752/0001-88
<b>Secretária</b>	<b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> EVENTUAL PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CONFEÇÃO DE PRÓTESE DENTARIA TOTAL E PARCIAL CONVENCIONAL ODONTOLÓGICA (SUPERIOR E INFERIOR), PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATÕES DO NORTE/MA
<b>Data e Valor</b>	15/02/2023 167.750,00
<b>Vigência</b>	15/02/2023 31/12/2023 VIGENTE

1

**Qual o seu nível de satisfação  
com essa página?**

## ESTADO DO MARANHÃO

## PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBIRAS

Rua Jose Antonio Francis, 15 | Timbiras - MA, CEP: 65420-000



CNPJ: 06424618000165

 Processo: 07070042023  
 Fls.: 506  
 Rubrica:

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS

SÉRIE: Única - Avulsa

Nº: 363

Cond. Pagamento: A VISTA

Data de Emissão: 27/07/2023

## PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CÓDIGO 864	DESCRIÇÃO DO PRESTADOR JP DAMASCENO NETO LTDA	CNPJ/CPF 43.503.752/0001-88
ENDEREÇO DO PRESTADOR RUA JOSÉ ANTONIO FRANCIS, Nº 207 CENTRO TIMBIRAS - MA CEP: 65420-000		
R.G.	ÓRGÃO EMISSOR	PIS/PASEP/NIT:

## TOMADOR DOS SERVIÇOS

CÓDIGO 885	DESCRIÇÃO DO TOMADOR FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MATOES DO NORTE	CNPJ/CPF 11.513.052/0001-88
ENDEREÇO DO TOMADOR RUA DO COMÉRCIO, S/N CENTRO ..MATÕES DO NORTE - MA CEP: 65.468-000		

## RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL

QTD	Unidade	Descrição	Valor Unitário	Valor Total
11	UND	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	98,00	1.078,00
07	UND	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	78,00	546,00
02	UND	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL	165,00	330,00

TIPO DO SERVIÇO FORNECIMENTO DE MATERIAL ODONTOLÓGICO	Valor Total da Nota:	1.954,00
--	----------------------	----------

## DEDUÇÕES

Valor do ISS: 39,08 ( 2,00 %)	Valor do INSS: 0,00	Valor do IRRF:	Valor do SEST/SENAT: 0,00	Valor OUTROS: 0,00
Unidade Gestora:	Nr. Empenho:	Valor Líquido da Nota Fiscal: 1.954,00		

## NÃO TEM VALOR COMO RECIBO

Recebemos de JP DAMASCENO NETO LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços - Série Única  
TIMBIRAS, aos 27 de JULHO de 2023

Assinatura

Operador: admin Matricula:

1ª VIA

## ESTADO DO MARANHÃO

## PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBIRAS

Rua Jose Antonio Francis, 15 | Timbiras - MA, CEP: 65420-000



CNPJ: 06424618000165

 Processor: 07/09/2023  
 Fls.: 307  
 Rubrica:

Nº: 478

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS

SÉRIE: Única - Avulsa

Pagamento: A VISTA

Data de Emissão: 13/09/2023

## PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CÓDIGO	864	DESCRIÇÃO DO PRESTADOR	JP DAMASCENO NETO LTDA	CNPJ/CPF	43.503.752/0001-88
--------	-----	------------------------	------------------------	----------	--------------------

 ENDEREÇO DO PRESTADOR  
 RUA JOSÉ ANTONIO FRANCIS, Nº 207 CENTRO TIMBIRAS - MA CEP: 65420-000

R.G.	ÓRGÃO EMISSOR	PIS/PASEP/NIT:
------	---------------	----------------

## TOMADOR DOS SERVIÇOS

CÓDIGO	885	DESCRIÇÃO DO TOMADOR	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MATOES DO NORTE	CNPJ/CPF	11.513.052/0001-88
--------	-----	----------------------	---	----------	--------------------

 ENDEREÇO DO TOMADOR  
 RUA DO COMÉRCIO, S/N CENTRO ..MATÕES DO NORTE - MA CEP: 65.468-000

## RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL

QTD	Unidade	Descrição	Valor Unitário	Valor Total
24	UND	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	165,00	3.960,00
15	UND	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL	165,00	2.475,00

TIPO DO SERVIÇO	FORNECIMENTO DE MATERIAL ODONTOLÓGICO	Valor Total da Nota:	6.435,00
-----------------	---------------------------------------	----------------------	----------

## DEDUÇÕES

Valor do ISS:	128,70 ( 2,00 %)	Valor do INSS:	0,00	Valor do IRRF:		Valor do SEST/SENAT:	0,00	Valor OUTROS:	0,00
---------------	------------------	----------------	------	----------------	--	----------------------	------	---------------	------

Unidade Gestora:	Nr. Empenho:	Valor Líquido da Nota Fiscal:	6.435,00
------------------	--------------	-------------------------------	----------

## NÃO TEM VALOR COMO RECIBO

Recebemos de **JP DAMASCENO NETO LTDA** os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços - Série Única  
 TIMBIRAS, aos 13 de SETEMBRO de 2023

Assinatura

Operador: admin Matrícula:

1ª VIA



COMPROMISSO E TRABALHO

Processo:	070700112073
Fis.:	508
Rubrica:	

Estado do Maranhão  
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
AV. DR ANTONIO SAMPAIO, CENTRO  
11.513.052/0001-88

### ORDEN DE FORNECIMENTO Nº 202300953

À  
J P DAMASCENO NETO LTDA  
R JOSE ANTONIO FRANCIS  
CENTRO - Timbiras/MA

Assunto:

Processo de compra: Licitação na modalidade Pregão nº PE 023/2022 SRP - Contrato nº 20230167/2023

Prezado(a) Senhor(a),

Com vista ao consignado no certame do processo acima citado, realizado no dia 25/08/2022, autorizamos o fornecimento do(s) produto(s)/serviço(s), conforme consignado na ata dos trabalhos e na proposta comercial, conforme a seguir:

Item	Descrição	Marca	Quant./Unidade	Vlr.unitário(R\$)	Vlr.total(R\$)
1	Prótese Parcial Mandibular Removível		24,0000	165,000	3.960,00
2	Prótese Parcial Maxilar Removível		15,0000	165,000	2.475,00
TOTAL.:					6.435,00

### ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS A SEREM ENTREGUES/EXECUTADOS

O(s) produto(s)/serviço(s) deverá(ão) ser(em) entregue(s)/realizado(s) igualmente como consta na Proposta Comercial oferecida no Processo de compra(Licitação na modalidade Pregão nº PE 023/2022 SRP), indicando a marca, a especificação completa e o prazo de validade indicando a especificação completa do(s) produto(s)/serviço(s).

A nota fiscal deverá ser emitida em nome de FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS, situada na AV. DR ANTONIO SAMPAIO, CENTRO, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 11.513.052/0001-88.

Fica esclarecido que o preço proposto é fixo e irrevogável, ficando por conta do fornecedor todos os impostos, taxas, fretes com riscos e demais encargos que incidam sobre os mesmos, inclusive, se for o caso, fica facultado a apresentação de seguro do(s) produto(s)/serviço(s) em companhia idônea, à critério do contratado, ficando sob suas expensas.

### FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento somente será realizado mediante as comprovações das mesmas regularidades exigidas para habilitação da empresa no dia da licitação/contratação direta.

### LOCAL DE ENTREGA

A não entrega do(s) produto(s)/serviço(s), perfeitos e em condições de pleno uso imediato, implicará nas sanções previstas na  
Pag.: 0001



Lei nº 8.666/1993 - Lei de Licitações e suas alterações.

COMPROMISSO E TRABALHO

Processo:	07001/2023
Fls.:	509
Rubrica:	

Aproveitamos para apresentar as nossas cordiais saudações.

Matões do Norte-MA, 19 de Julho de 2023

JENILSON BEZERRA NEVES

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
C.N.P.J. (MF). 11.513.052/0001-88

Ciente e de acordo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

J P DAMASCENO NETO LTDA  
C.N.P.J(MF) 43.503.752/0001-88

Processo:	0907004/2023
Fls.:	510
Rubrica:	

Estado do Maranhão  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
 AV. DR ANTONIO SAMPAIO, CENTRO  
 11.513.052/0001-88

**ORDEM DE FORNECIMENTO Nº 202300658**

À  
 J P DAMASCENO NETO LTDA  
 R JOSE ANTONIO FRANCIS  
 CENTRO - Timbiras/MA

Assunto:

Processo de compra: Licitação na modalidade Pregão nº PE 023/2022 SRP - Contrato nº 20230167/2023

Prezado(a) Senhor(a),

Com vista ao consignado no certame do processo acima citado, realizado no dia 25/08/2022, autorizamos o fornecimento do(s) produto(s), conforme consignado na ata dos trabalhos e na proposta comercial, conforme a seguir:

Item Descrição	Marca	Quant./Unidade	Vlr.unitário(R\$)	Vlr.total(R\$)
1 Prótese Total Mandibular		11,0000	98,000	1.078,00
2 Prótese Total Maxilar		7,0000	78,000	546,00
3 Prótese Parcial Mandibular Removível		2,0000	165,000	330,00
			TOTAL.:	1.954,00

**ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS A SEREM ENTREGUES**

O(s) produto(s) deverá(ão) ser(em) entregue(s) igualmente como consta na Proposta Comercial oferecida no Processo de compra(Licitação na modalidade Pregão nº PE 023/2022 SRP), indicando a marca, a especificação completa e o prazo de validade do(s) produto(s).


A nota fiscal deverá ser emitida em nome de FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS, situada na AV. DR ANTONIO SAMPAIO, CENTRO, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 11.513.052/0001-88.

Fica esclarecido que o preço proposto é fixo e irrevogável, ficando por conta do fornecedor todos os impostos, taxas, fretes com riscos e demais encargos que incidam sobre os mesmos, inclusive, se for o caso, fica facultado a apresentação de seguro do(s) produto(s) em companhia idônea, à critério do contratado, ficando sob suas expensas.

**FORMA DE PAGAMENTO**

O pagamento somente será realizado mediante as comprovações das mesmas regularidades exigidas para habilitação da empresa no dia da licitação/contratação direta.

**LOCAL DE ENTREGA**

Processo:	070001-0023
Fls.:	511
Rubrica:	

A não entrega do(s) produto(s), perfeitos e em condições de pleno uso imediato, implicará nas sanções previstas na lei nº 8.666/1993 - Lei de Licitações e suas alterações.

Aproveitamos para apresentar as nossas cordiais saudações.

Matões do Norte-MA, 22 de Maio de 2023

JENILSON BEZERRA NEVES

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
C.N.P.J. (MF). 11.513.052/0001-88

Ciente e de acordo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

J P DAMASCENO NETO LTDA  
C.N.P.J(MF) 43.503.752/0001-88

Processo: 0701001/2023  
Fls.: 512  
Rubrica: P



AO ILUSTRÍSSIMO (A) PREGOEIRO (A) DO MUNICÍPIO DE BOM LUGAR/MA

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 009/2023

Em atendimento a solicitação da diligência feita Pelo Pregoeiro, em relação a comprovação da Autenticidade do Atestado de Capacidade Técnica, a empresa **J P DAMASCENO NETO LTDA**, neste ato representado pelo seu Administrador/Proprietário **JUAREZ PEREIRA DAMASCENO NETO**, vem por meio desta inicial informar que está anexando o **contrato vigente** com a **Prefeitura de Matões do Norte**, entre outros documentos que comprova seu vínculo com a referida Prefeitura e que presta serviços , e que seu Atestado de Capacidade Técnica tem Validade e Veracidade, inclusive disponibilizo logo a seguir LINK para acesso no Portal de Transparência da Prefeitura: <https://www.matoesdonorte.ma.gov.br/contratos.php?ano=&Obj=&Num=20230167&dtini=&dtfim=&credor=&cnpj=&tpcont=&secc=&vigente=>

Timbiras/MA, 14 de Setembro de 2023.

JUAREZ PEREIRA  
DAMASCENO  
NETO:02565105398

Assinado de forma digital por  
JUAREZ PEREIRA DAMASCENO  
NETO:02565105398  
Dados: 2023.09.14 10:01:53  
-03'00'

Juarez Pereira Damasceno Neto

*Proprietário/Administrador*

Rua Jose Antonio Francis, 207, Centro Timbiras -MA  
CNPJ: 43.503.752/0001-88 ☎ (98) 98356-2973  
neto\_franca@hotmail.com





Processo	0707004/2023
Fls.:	513
Rubrica:	

## Prefeitura Municipal de Matões do Norte

Avenida Doutor Antônio Sampaio, 100 - Centro - CEP: 65468-000 - Matões do Norte/MA  
CNPJ: 01.612.831/0001-87 - Tel: - Site: <https://matoesdonorte.ma.gov.br/>

### INFORMAÇÕES DO CONTRATO

## CONTRATO ORIGINAL - 20230167/2023

CREDOR	CPF/CNPJ	VALOR CONTRATADO	DATA DA PUBLICAÇÃO	VIGÊNCIA
J P DAMASCENO NETO LTDA	43.503.752/0001-88	167.750,00	15/02/2023	15/02/2023 31/12/2023
SECRETARIA SECRETARIA DE SAÚDE				
OBJETO EVENTUAL PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CONFECÇÃO DE PRÓTESE DENTARIA TOTAL E PARCIAL CONVENCIONAL ODONTOLÓGICA (SUPERIOR E INFERIOR), PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATÕES DO NORTE/MA				

### INFORMAÇÕES DA LICITAÇÃO

DATA	MODALIDADE	NÚMERO	EXERCÍCIO
08/08/2022	PREGÃO	023	2022

Prefeitura Municipal de Matões do Norte

<https://www.matoesdonorte.ma.gov.br/contratos.php?id=741>

Emitido: 13/09/2023 15:42:56

