

DISPENSA DE LICITAÇÃO SIMPLIFICADA

LEI Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021 – DECRETO Nº 11.748/2023 DO MUNICÍPIO DE FRANCA

DISPENSA Nº 175/2024**PROCESSO Nº 243/2024**

OBJETO	CONFEÇÃO DE CARTEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES PARA PACIENTES DO AMBULATÓRIO ESCOLA			
JUSTIFICATIVA	ATENDIMENTO A PACIENTES DO AMBULATÓRIO ESCOLA			
TERMO DE REFERÊNCIA SIMPLIFICADO				
QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE DE MEDIDA	MENOR PREÇO UNITÁRIO	VALOR GLOBAL
500	CARTEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO • FORMATO: -TAMANHO: 11 cm x 10,25 cm (fechado) e 11cm x 20,50 cm -PAPEL OFF SET 180 grs. -IMPRESSÃO: 1X1 • ACABAMENTO: -CORTE -DOBRA -REFILE • DIAGRAMAÇÃO: SIM. SERÃO FORNECIDOS PELO UNI-FACEF APENAS O LOGO, ACOMPANHADOS DE MODELO IMPRESSO. • TIRAGEM: 500 UN • PROVAS IMPRESSAS: - ATÉ 01 PROVA	UN	R\$ 0,39	R\$ 195,00
PRAZO DE ENTREGA	5 DIAS			
LOCAL DE ENTREGA	Uni-FACEF Unidade II			
PUBLICADO EM	21/06/2024	DISPONÍVEL ATÉ	26/06/2024 às 16:00	

NÃO SERÃO ACEITOS VALORES UNITÁRIOS SUPERIORES AO TERMO DE REFERÊNCIA**FORMAS DE ENVIO DE ORÇAMENTOS:**

- **Digitalmente**, para o e-mail compras@facef.br com o assunto [CARTEIRINHA], ou
- **Presencialmente**, no Setor de Compras e Licitações do Uni-FACEF (Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, nº 2400 – Bairro São José – Franca / SP – CEP 14403-430)

Vacinas:

Hepatite B: Nasc. 2m 4m 6m

Pneumo 13: 2m 4m 6m 15m

Haemophilus influenza B: 2m 4m 6m

Meningo C ou ACWY: 3m 5m 12m

Vírus da gripe: 6m com reforço aos 7m
Anualmente

Hepatite A: 12m 18m

Pneumo 23: A partir de 2 anos

CUIDADOS BÁSICOS

- **Crise Dolorosa:** Sempre requer orientação médica. As crises leves poderão ser tratadas em casa com bastante líquido, remédios para dor e repouso após a avaliação do seu médico.

- **Febre:** Procure assistência médica para tratar a infecção o mais rápido possível.

- **Palidez Súbita em Crianças:** Emergência, procure o pronto-socorro.

Uni-FACEF

Centro Universitário Municipal de Franca

AMBULATÓRIO DE HEMOGLOBINOPATIAS

Av. Dr Ismael Alonso y Alonso, 2390 - Fone:3713-4659

FOTO

Nome: _____

Data nasc.: _____

Tipo Sanguíneo: _____

Cartão SUS: _____

Diagnóstico: _____

Transfusão: Sim Não

Regime transfusão crônica: Sim Não

Medicações:

Pen Ve Oral Ácido Fólico Hidroxiureia Outros: _____

Intercorrências:

Síndrome Torácica aguda Sequestro esplênico

Aplasia MO AVC

Trazer sempre esta carteira às consultas.

