



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro - CEP. 32.450-000

Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577-7010 CNPJ: 01.612.509/0001-58

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

AQUISIÇÃO DE BLOCOS AUTOCOPIATIVOS IMPRESSOS sob a forma de entrega integral, conforme especificações e quantidades estabelecidas neste documento.

2. JUSTIFICATIVA:

Os impressos são necessários para homologação dos atestados dos funcionários, em atendimento ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

3. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:

ITEM	QTD.	UNID.	MATERIAL
1	300	UNID.	BLOCOS AUTOCOPIATIVOS 2 VIAS - BRANCA E AMARELA, TAMANHO 20X15CM COM 100 FOLHAS.ACABAMENRO SERRILHADO E GRAMPEADO, ARTE PERSONALIZADA.

4. QUANTIDADE:

A quantidade de blocos impressos a ser adquirida será de 300 blocos.

5. PRAZO DE ENTREGA:

O prazo para entrega dos blocos impressos será de 10 dias úteis após o recebimento da Solicitação de Fornecimento e envio da arte-final aprovada.

6. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E JULGAMENTO:

A escolha da empresa fornecedora será baseada nos seguintes critérios:

- Atendimento às especificações técnicas exigidas
- Melhor proposta de preço
- Atendimento da habilitação conforme disposições legais
- Prazo de entrega e condições de suporte.

7. FORMA DE PAGAMENTO:

O pagamento será realizado em até 30 dias após a entrega total dos itens, mediante apresentação da nota fiscal e aceite da unidade requisitante.

8. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

Rua Eloy Cândido de Melo, nº 477 - Centro - CEP. 32.450-000

Estado de Minas Gerais

Fone: (31) 3577-7010 CNPJ: 01.612.509/0001-58

As despesas decorrentes desta contratação correrão à conta da dotação orçamentária indicada pela Secretaria Municipal de Fazenda.

Thalles Bernard Campos

Secretário Municipal de Administração



Secretaria Municipal de Saúde
 CEP 32.450-000 - Estado de Minas Gerais

SESMT

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

TROCA DE ATESTADO

Nome: _____ Função: _____
 Secretária: _____ Setor _____
 CPF: _____ Sexo () Situação: _____ Idade: _____

Data Inicial	Data Final	Nº de Dias	Nº de dias concedidos	Tipo
				Licença Médica
				Licença de Acidente menor 15 dias
				Licença Maternidade
				Licença Médica acima de 15 dias
				Licença Acidente acima de 15 dias
				Licença de Acompanhamento

Após esse período deverá:

- () Retornar ao trabalho em _____
- () Retornar ao serviço médico ocupacional para reavaliação _____
- () A pericia médica do INSS a partir de _____
- () A pericia médica do FSSMS a partir de _____
- () Solicitado relatório _____

Sarzedo _____ / _____ /20_____

_____ Carimbo e assinatura do Serviço Médico

Assinatura do empregado: _____

SESMT: Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho