



## MUNICÍPIO DE PITANGA

CNPJ 76.172.907/0001-08

CENTRO ADMINISTRATIVO 28 DE JANEIRO, 171 - FONE (42) 3646-1122 - FAX 3646-1172  
CAIXA POSTAL 11 - CEP 85.200-000 - P I T A N G A - PARANÁ

### EXTRATO DE TERMO DE CONCESSÃO

#### TERMO DE CONCESSÃO DE USO DE BEM PÚBLICO 291/2019

PARTES: MUNICÍPIO DE PITANGA e empresa SILVONEI SEBASTIÃO DE LIMA, CPF: 045.841.889-71

OBJETO: O presente procedimento licitatório tem por objeto a concessão remunerada de uso de bem público, para exploração do Quiosque da Praça Santana, com finalidade de instalação de lanchonete, sede deste Município.

VALOR: **R\$ 12.288,00 (doze mil, duzentos e oitenta e oito reais)** dividido em 24 parcelas mensais de **R\$ 512,00 (quinhentos e doze reais)** mensais.

VIGÊNCIA: 05/08/2021  
DATA DA ASSINATURA: 05/08/2019  
MODALIDADE: Concorrência nº. 2/20199  
FORO: COMARCA DE PITANGA – PARANÁ



## MUNICÍPIO DE PITANGA

CNPJ 76.172.907/0001-08

CENTRO ADMINISTRATIVO 28 DE JANEIRO, 171 - FONE (42) 3646-1122 - FAX 3646-1172  
CAIXA POSTAL 11 - CEP 85.200-000 - P I T A N G A - PARANÁ

### GABINETE DO PREFEITO

#### TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Prefeito Municipal de Pitanga no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Legislação em vigor, Lei nº 8.666/93, e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela Comissão de Licitação, resolve:

01- HOMOLOGAR a Licitação Concorrência 03/2018, nestes termos:

Data de Abertura: 05/08/2019 as 09:00.

OBJETO: O PRESENTE PROCEDIMENTO LICITATÓRIO TEM POR OBJETO A CONCESSÃO REMUNERADA DE USO DE BEM PÚBLICO, PARA **EXPLORAÇÃO DO QUIOSQUE, LOCALIZADO NA PRAÇA SANTANA, RUA ALEXANDRE PETRECHEN, COM FINALIDADE DE INSTALAÇÃO DE LANCHONETE**, SEDE DESTES MUNICÍPIO.

Valor: **R\$ 512,00 (quinhentos e doze reais)** mensais, totalizando **R\$ 12.288,00 (doze mil, duzentos e oitenta e oito reais)** pelo período de 24 (vinte e quatro) meses.

VENCEDOR: SILVONEI SEBASTIÃO DE LIMA – CPF: 045.841.889-71

02 - **CONVOCAR** a vencedora acima nominada, para no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da publicação da homologação, comparecer na Prefeitura Municipal de Pitanga, no Centro Administrativo 28 de janeiro 171, Centro. Para assinar termo de concessão, referente a licitação em epígrafe, sob pena de decair do direito a concessão sem prejuízo das sanções previstas no edital de Licitação e no Artigo 81 da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações posteriores.

Pitanga, 05 de agosto de 2019.

Dr. Maicol Geilson Callegari Rodrigues Barbosa  
Prefeito Municipal



### EXTRATO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N.º 120/2018-CISGAP CONTRATO N.º 024/2019

Objeto: Contratação de empresa para realização de Consultas e outras diagnoses em cardiologia.

Contratante: Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava/Pinhão – CISGAP, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede administrativa na Rua Presidente Getúlio Vargas, nº. 1523, centro, Guarapuava – Pr, inscrito no CNPJ/MF sob nº. 07.540.117/0001-07.

Contratada: Cardio Prime- Serviços Médicos Ltda, inscrito no CNPJ Nº 18.509.431/0001-43, sito a Rua: Pedro Alves, nº 1435 Casa, Sala 03 Bairro: Centro CEP: 85.010-080. Guarapuava- PR.

Valor do aditivo: R\$ 60.000,00 (Sessenta mil reais).  
Vigência a partir de 05 de agosto 2019.  
Data de Assinatura: 05 de agosto de 2019.  
Foro: Comarca de Guarapuava/Pr.



### ERRATA

#### INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N.º 023/2019-CISGAP

##### RATIFICAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

A Diretora Executiva do Consorcio Intermunicipal de Saúde CISGAP, no uso de suas atribuições legais e com base nos memorandos, justificativas e parecer jurídico, anexos, **RATIFICA** a Inexigibilidade de Licitação n.º 024/2019-CISGAP, cujo objeto é a “Contratação de empresa para prestação de serviços de Diagnose por exames de ultrassonografia, por radiodiagnóstico sem contraste, por tomografia, outras diagnoses em neurologia, outras diagnoses e diagnoses e diagnose por ressonância magnética com ou sem contraste, e adjudica o objeto empresa Sectra medicina diagnóstica Ltda, inscrita no CNPJ Nº 10.613.473/0001-18, pelo valor global estimado em R\$ 78.000,00 (Setenta e oito mil reais).

Guarapuava, 17 de julho de 2019.

Eliane de Fatima Silva Dranca  
Diretora Executiva  
CISGAP



#### INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N.º 025/2019-CISGAP

##### RATIFICAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

A Diretora Executiva do Consorcio Intermunicipal de Saúde CISGAP, no uso de suas atribuições legais e com base nos memorandos, justificativas e parecer jurídico, anexos, **RATIFICA** a Inexigibilidade de Licitação n.º 025/2019-CISGAP, cujo objeto é a “Contratação de empresa para prestação de serviços de Plantão médico, e adjudica o objeto empresa Instituto de audiologia e voz S/C Ltda, inscrita no CNPJ Nº 05.147.207/0001-07, pelo valor global estimado em R\$ 100.000,00 (Cem mil reais).

Guarapuava, 05 de agosto de 2019.

Eliane de Fatima Silva Dranca  
Diretora Executiva  
CISGAP



#### INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N.º 024/2019-CISGAP

##### RATIFICAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

A Diretora Executiva do Consorcio Intermunicipal de Saúde CISGAP, no uso de suas atribuições legais e com base nos memorandos, justificativas e parecer jurídico, anexos, **RATIFICA** a Inexigibilidade de Licitação n.º 024/2019-CISGAP, cujo objeto é a “Contratação de empresa para prestação de serviços de Plantão médico, e adjudica o objeto empresa Maira Esperandio Santos Muniz, inscrita no CNPJ Nº 32.666.283/0001-00, pelo valor global estimado em R\$ 72.000,00 (Setenta e dois mil reais).

Guarapuava, 05 de agosto de 2019.

Eliane de Fatima Silva Dranca  
Diretora Executiva  
CISGAP



Conselho Municipal de Saúde de Pitanga  
conselhosaudepitanga@yahoo.com.br  
Rua Portugal, 351 Fone (42) 3646 1434

## Resolução de Aprovação nº 04/2019

O conselho municipal de saúde de Pitanga por votação unânime em reunião ordinária no dia 28 de junho de 2019, aprova a utilização no município de Pitanga do instrumento de acompanhamento de recém-nascidos, elaborado pela servidora Gínia Catia de Prá, denominado Primeira Visita Domiciliar ao Recém-nascido e Família em anexo a este documento.

*Marilda Ap. de Paula Flores Belo*

Marilda Ap. de Paula Flores Belo

Presidente Conselho Mun. De Saúde de Pitanga



## PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

UAPS: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

| IDENTIFICAÇÃO DA MÃE |                      |               |
|----------------------|----------------------|---------------|
| NOME:                | TELEFONE:            |               |
| ENDEREÇO:            | OCUPAÇÃO:            |               |
| UN:                  | IDADE:               | ESCOLARIDADE: |
| ESTADO CIVIL:        | NOME DO COMPANHEIRO: |               |
| RENDIA:              | RELIGIÃO:            | ACS:          |

| ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS             |                                               |                                              |                                                       |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| GEST:                                | PARTO NORMAL:                                 | CESÁREA:                                     | ABORTO/NATIMORTO:                                     |
| DATA DO ÚLTIMO PARTO:                | Nº FILHOS VIVOS:                              | HISTÓRICO DE PREMATURIDADE:                  | DUM:                                                  |
| ANTITETANICA:                        | HEPATITE B:                                   | DTPA:                                        | DPP:                                                  |
|                                      |                                               | INFLUENZA:                                   | RISCO GESTACIONAL                                     |
|                                      |                                               |                                              | <input type="checkbox"/> HABITUAL                     |
|                                      |                                               |                                              | <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO                |
|                                      |                                               | Nº DE CONSULTAS:                             | <input type="checkbox"/> ALTO RISCO                   |
| AGRAVOS:                             | <input type="checkbox"/> HIPO/HIPERTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA QUÍMICA | <input type="checkbox"/> NATIMORTO                    |
| <input type="checkbox"/> DIABETES    | <input type="checkbox"/> DST                  | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA           | <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO                    |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA    | <input type="checkbox"/> OBESIDADE           | <input type="checkbox"/> BARIÁTRICA A MENOS DE 2 ANOS |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA    | <input type="checkbox"/> DOENÇA AUTOIMUNE     | <input type="checkbox"/> MAIS DE 40 ANOS     | <input type="checkbox"/> OUTROS:                      |
| ÚTERO/VAGINAL                        |                                               |                                              |                                                       |
| USO DE MEDICAÇÕES:                   |                                               |                                              |                                                       |

| PARTO / MÃE / PUÉRPÉRIO        |                                  |                                         |                                             |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| DATA PARTO:                    | HORA:                            | <input type="checkbox"/> NATURAL        | <input type="checkbox"/> CESÁRIO            |
| <input type="checkbox"/> ÚNICO | <input type="checkbox"/> GEMELAR | <input type="checkbox"/> ÉPARTO VAGINAL | <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEO         |
| LOCAL DE NASCIMENTO:           | ALIMENTAÇÃO CONJUNTO:            | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO                |
| COMPLICAÇÕES NO HOSPITAL:      | APARÊNCIA:                       | <input type="checkbox"/> FELIZ          | <input type="checkbox"/> TRISTE             |
| POSSUI APOIO FAMILIAR? QUEM?   | ALIMENTAÇÃO:                     | <input type="checkbox"/> ABITADA        | <input type="checkbox"/> POUCO COMUNICATIVA |
|                                |                                  | <input type="checkbox"/> OUTROS:        |                                             |
|                                |                                  | SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:                 | <input type="checkbox"/> SIM                |
|                                |                                  |                                         | <input type="checkbox"/> NÃO                |
| COMPLICAÇÕES NO DOMÍLIO:       | FEBRE                            | SANGRAMENTO INTENSO                     | DIOR                                        |
|                                |                                  |                                         | ONDE?                                       |
| DATA DA CONSULTA PUÉRPERAL:    |                                  |                                         |                                             |

| AMAMENTAÇÃO                       |                                             |                                |                                     |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| ALIMENTAÇÃO:                      | <input type="checkbox"/> LEITE MATERNO (LM) | <input type="checkbox"/> MISTO | <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL |
| A CADA QUANTAS HORAS?             | DURAÇÃO DA MAMADA?                          | PEGA CORRETA?                  | SENTE O LEITE DESCER?               |
| MAMA EMPEDRADA?                   | MAMILLO INVERTIDO?                          | MAMILLO MACHUCADO?             | MASTITE?                            |
| POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE LEITE? | <input type="checkbox"/> SIM                | <input type="checkbox"/> NÃO   |                                     |

**ORIENTAÇÕES PARA AS MÃES NUTRIZES:** lavar as mãos, sentar-se confortavelmente, com suporte para suas costas e braços, limpar o bico e areolar com o próprio leite; apoiar a criança mantendo sua barriga em contato com a barriga da mãe e nuca do bebê apoiada no cotovelo da mãe; oferecer uma mama até o esvaziamento (se este ocorrer), depois trocar de mama; o bebê mamará quanto for necessário para ficar satisfeito; duração média de mamarada em torno de 15 a 20 minutos ou mais; a oferta do leite materno é livre, de acordo com o bebê mas, orientar para que não ultrapasse 3 horas de intervalo entre as mamadas (pode fazer pausa de aplicar no seio e ficar sonolento).

| RECÉM-NASCIDO                         |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME:                                 | SEXO:                                  |                                           | APGAR: 1º MIN: 5º MIN:                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> VIVO         | <input type="checkbox"/> MORTO         |                                           | Nº DE SEMANAS:                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> PRÉ-TERMO    | <input type="checkbox"/> À TERMO       | <input type="checkbox"/> PÓS-TERMO        |                                                                                                                                                                                       |
| PESO:                                 | ALTURA:                                | PC:                                       | PT:                                                                                                                                                                                   |
| DATA DA ALTA: / /                     | RICOU INTERNADO                        | <input type="checkbox"/> ENFERMARIA       | <input type="checkbox"/> UTI                                                                                                                                                          |
| REGISTRO DE NASCIMENTO:               | MOTIVO:                                |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> SIM          | VACINAS: BCG / / / HEPATITE B / / /    |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> NÃO          |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:               | <input type="checkbox"/> SIM           | OUTRAS VITAMINAS:                         | TESTE DA LINGUINHA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> NÃO          |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| TESTE DO PEZINHO                      | <input type="checkbox"/> SIM           | COLETADO COM QUANTAS HORAS DE VIDA:       | TESTE DO OLHINHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> NÃO          |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| TESTE DO CORAÇÃOZINHO                 | <input type="checkbox"/> SIM           | RESULTADO:                                | TESTE DA ORELHINHA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> NÃO          |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| CONDIÇÃO ATUAL DA CRIANÇA             |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| HIGIENE                               | <input type="checkbox"/> BOA           | FREQUÊNCIA DO BANHO:                      | TROCA DE FRALDA: <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> RUIM                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> RUIM         |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| URINA QUANTAS FRALDAS TEM EM UM DIA?  | MENOS DE 4X AO DIA                     | FEZES INTERVALO?                          | COR QUANDO CARENTE E ORIENTAR: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUSPEITA*                                                                                     |
|                                       |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| UMBIGO                                | <input type="checkbox"/> LIMPO         | FEBRE: TEMPERATURA AXILAR ACIMA DE 37,8°C | GEMÊNICIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> COM CURATIVO | <input type="checkbox"/> NÃO           |                                           |                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> SECÇÃO*      | <input type="checkbox"/> CERO FORTE*   | <input type="checkbox"/> ININTERMITENTE*  | ROSADO                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> QUENTE*      | <input type="checkbox"/> CHORO: FRACO* | <input type="checkbox"/> CHORO BAIXO*     | AMARELO*                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> VERMELHIDÃO* | <input type="checkbox"/> NORMAL        | <input type="checkbox"/> COR DO BEBÊ:     | PÁLIDO*                                                                                                                                                                               |
|                                       |                                        |                                           | AZULADO*                                                                                                                                                                              |
| VÔMITO                                | <input type="checkbox"/> NÃO           | ONDE DORME:                               | SINUS DA ALMILHA: <input type="checkbox"/> ANTERIOR NO COR DO PELE; <input type="checkbox"/> RECUSA ALIMENTAR; <input type="checkbox"/> GEMÊNICIA; <input type="checkbox"/> SUSPEITA* |
| <input type="checkbox"/> SIM*         |                                        |                                           |                                                                                                                                                                                       |

| APRAZAMENTO DE CONSULTAS |     | CONTATOS IMPORTANTES              |  |
|--------------------------|-----|-----------------------------------|--|
| ATE O 10º DIA            | / / | TRANSPORTE MUNICIPAL: 152         |  |
| 1 MÊS                    | / / | BOMBEIROS (EMERGENCIA): 193       |  |
| 2 MESES                  | / / | CENTRO DE SAÚDE (POSTO): 36463722 |  |
| 3 MESES                  | / / | UNESP: 36464619                   |  |
| 4 MESES                  | / / | ESP CONTATO: 36462794             |  |
| 5 MESES                  | / / | 152 SÃO PAULO: 36464294           |  |
| 6 MESES                  | / / | ESP MARISTELA: 36461371           |  |
| 9 MESES                  | / / | ESP SANTA REGINA: 36461318        |  |
| 1 ANO                    | / / | ESP PLANALTO: 36465316            |  |

DÚVIDAS:  
\* = ALTERAÇÕES PERCIBIDAS OU RELATADAS. VOCÊ DEVERÁ COMUNICAR A ENFERMEIRA IMEDIATAMENTE PARA AS PROVIDÊNCIAS.

Este formulário foi desenvolvido pela Enfermeira Gínia Catia de Prá Oficial, como produto de seu Curso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, sob orientação da Dra. Valéria Pereira da Sousa Freire e Coordenadora da Dra. Dina Eliani Galati. Registramos nossos agradecimentos a todos os Enfermeiros e Enfermeiras do APS de Pitanga PR que participaram das Oficinas e, em muito contribuíram com os discussões e sugestões para este instrumento.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA

Estado do Paraná  
Praça Nossa Senhora do Rocio, 390 , CNPJ 75.359.760/0001-99

Exercício: 2019



Pág. 1/3

### Decreto nº 1730/2019 de 06/08/2019

Abre Crédito Adicional Suplementar autorizado pela Lei Municipal Orçamentária nº 2000/2018 de 08/11/2018 e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de ARARUNA, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e das que lhe foram conferidas pela Lei

### DECRETA

Art. 1º - Fica aberto Crédito Adicional Suplementar no valor de R\$ 134.081,61 (cento e trinta e quatro mil e oitenta e um reais e sessenta e um centavos), para suplementar a dotação orçada insuficiente prevista no orçamento vigente:

| Suplementação             |                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------|
| 02.000.00.000.0000.0.000. | GABINETE DO PREFEITO                               |
| 02.001.05.153.0004.2.007. | APOIO A AGENCIA DO TRABALHADOR                     |
| 11 - 3.1.90.11.00.00      | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 2.400,00                                           |
| 03.000.00.000.0000.0.000. | SECRETARIA GERAL DE GOVERNO                        |
| 03.001.04.122.0002.2.130. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE SERVICOS GERAIS           |
| 44 - 3.3.90.14.00.00      | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 4.912,46                                           |
| 04.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO E FAZENDA            |
| 04.002.04.122.0002.2.011. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE RECURSOS HUMANOS          |
| 66 - 3.1.90.11.00.00      | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 23.200,00                                          |
| 04.004.04.122.0002.2.013. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE LICITACOES                |
| 81 - 3.1.90.11.00.00      | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 350,00                                             |
| 04.005.04.123.0002.2.014. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE CONTABILIDADE             |
| 90 - 3.1.90.11.00.00      | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 3.890,00                                           |
| 91 - 3.1.90.13.00.00      | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 300,00                                             |
| 04.006.04.123.0002.2.015. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE FISCALIZACAO E ARRECADACA |
| 100 - 3.1.90.13.00.00     | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 250,00                                             |
| 06.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE VIACAO, OBRAS E SERVICOS PUBLICOS  |
| 06.001.04.122.0002.2.020. | MANUTENCAO DO GABINETE DO DIRETOR                  |
| 121 - 3.1.90.11.00.00     | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 320,00                                             |
| 06.004.26.782.0006.2.023. | MANUTENCAO DOS SERVICOS RODOVIARIOS MUNICIPAL      |
| 147 - 3.1.90.13.00.00     | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 60.500,00                                          |
| 06.005.04.122.0002.2.031. | MANUTENCAO DOS SERVICOS DE ENGENHARIA              |
| 175 - 3.1.90.11.00.00     | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 400,00                                             |
| 176 - 3.1.90.13.00.00     | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 59,15                                              |
| 11.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE SAUDE                              |
| 11.002.10.301.0011.2.073. | MANUTENCAO DAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE DO MUNICI |
| 386 - 3.3.90.14.00.00     | 303 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 10.000,00                                          |
| 12.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE ESPORTES E LAZER                   |



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA

Estado do Paraná  
Praça Nossa Senhora do Rocio, 390 , CNPJ 75.359.760/0001-99

Exercício: 2019



Pág. 2/3

|                                                                                                                      |                                                    |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|
| 12.001.27.812.0022.2.110.                                                                                            | GABINETE DO DIRETOR                                |                   |
| 476 - 3.3.90.39.00.00                                                                                                | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA | 20.000,00         |
| 14.000.00.000.0000.0.000.                                                                                            | DEPARTAMENTO DE ACAO SOCIAL                        |                   |
| 14.001.08.244.0025.2.090.                                                                                            | MANUTENCAO DE DIVISAO DE ACAO SOCIAL               |                   |
| 501 - 3.1.90.11.00.00                                                                                                | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  | 7.500,00          |
| <b>Total Suplementação:</b>                                                                                          |                                                    | <b>134.081,61</b> |
| Art. 2º. O crédito aberto no artigo anterior será coberto com os recursos proveniente de anulação da dotação abaixo: |                                                    |                   |

| Redução                   |                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------|
| 02.000.00.000.0000.0.000. | GABINETE DO PREFEITO                               |
| 02.001.04.122.0002.2.002. | MANUTENCAO DO GABINETE DO PREFEITO                 |
| 2 - 3.1.90.11.00.00       | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 8.500,00                                           |
| 3 - 3.1.90.13.00.00       | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 2.500,00                                           |
| 02.001.05.153.0004.2.007. | APOIO A AGENCIA DO TRABALHADOR                     |
| 13 - 3.3.90.14.00.00      | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 1.166,00                                           |
| 02.002.04.122.0002.2.009. | MANUTENCAO DA ASSESSORIA JURIDICA                  |
| 22 - 3.3.90.14.00.00      | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 2.000,00                                           |
| 03.000.00.000.0000.0.000. | SECRETARIA GERAL DE GOVERNO                        |
| 03.001.04.122.0002.2.130. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE SERVICOS GERAIS           |
| 42 - 3.1.90.11.00.00      | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 20.000,00                                          |
| 43 - 3.1.90.13.00.00      | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 8.000,00                                           |
| 04.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO E FAZENDA            |
| 04.001.04.123.0002.2.135. | MANUTENCAO DO GABINETE DO DIRETOR                  |
| 52 - 3.1.90.11.00.00      | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 8.000,00                                           |
| 04.002.04.122.0002.2.011. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE RECURSOS HUMANOS          |
| 71 - 3.3.90.39.00.00      | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA |
|                           | 3.000,00                                           |
| 04.003.19.126.0002.2.012. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE INFORMATICA               |
| 76 - 3.3.90.14.00.00      | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 1.000,00                                           |
| 79 - 3.3.90.39.00.00      | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA |
|                           | 3.000,00                                           |
| 04.005.04.123.0002.2.014. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE CONTABILIDADE             |
| 92 - 3.3.90.14.00.00      | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 376,78                                             |
| 04.006.04.123.0002.2.015. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE FISCALIZACAO E ARRECADACA |
| 101 - 3.3.90.14.00.00     | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        |
|                           | 2.000,00                                           |
| 104 - 3.3.90.39.00.00     | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA |
|                           | 1.000,00                                           |
| 04.007.04.123.0002.2.017. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE TESOUREARIA               |
| 107 - 3.1.90.11.00.00     | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  |
|                           | 14.400,00                                          |
| 108 - 3.1.90.13.00.00     | 000 OBRIGAÇÕES PATRONAIS                           |
|                           | 3.168,00                                           |
| 112 - 3.3.90.39.00.00     | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA |
|                           | 1.000,00                                           |
| 06.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE VIACAO, OBRAS E SERVICOS PUBLICOS  |
| 06.004.26.782.0006.2.024. | CONSERVACAO DE VIAS URBANAS                        |



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA

Estado do Paraná  
Praça Nossa Senhora do Rocio, 390 , CNPJ 75.359.760/0001-99

Exercício: 2019



Pág. 3/3

|                           |                                                    |                   |
|---------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|
| 160 - 3.3.90.39.00.00     | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA | 1.000,00          |
| 08.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE AGROPECUARIA E MEIO-AMBIENTE       |                   |
| 08.001.04.122.0002.2.120. | GABINETE DO DIRETOR                                |                   |
| 221 - 3.3.90.14.00.00     | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        | 1.000,00          |
| 09.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE EDUCACAO                           |                   |
| 09.003.12.361.0019.2.055. | MANUTENCAO DO TRANSPORTE ESCOLAR                   |                   |
| 305 - 3.1.90.11.00.00     | 000 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL  | 34.601,15         |
| 309 - 3.3.90.14.00.00     | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        | 742,00            |
| 317 - 3.3.90.39.00.00     | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA | 3.300,00          |
| 10.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO CULTURA E TURISMO                     |                   |
| 10.002.13.392.0021.2.061. | MANUTENCAO DA DIVISAO DE CULTURA E TURISMO         |                   |
| 366 - 3.3.90.39.00.00     | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA | 3.000,00          |
| 12.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE ESPORTES E LAZER                   |                   |
| 12.001.27.812.0022.2.110. | GABINETE DO DIRETOR                                |                   |
| 473 - 3.3.90.14.00.00     | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        | 3.300,00          |
| 14.000.00.000.0000.0.000. | DEPARTAMENTO DE ACAO SOCIAL                        |                   |
| 14.001.08.243.0025.2.100. | MANUTENCAO DO FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIA |                   |
| 493 - 3.3.90.39.00.00     | 000 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA | 4.700,00          |
| 14.001.08.243.0025.2.101. | MANUTENCAO DO CONSELHO TUTELAR                     |                   |
| 497 - 3.3.90.14.00.00     | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        | 800,00            |
| 14.002.08.243.0036.6.092. | MANUTENCAO DO CRAS                                 |                   |
| 543 - 3.3.90.14.00.00     | 000 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL                        | 2.527,68          |
| <b>Total Redução:</b>     |                                                    | <b>134.081,61</b> |

Art. 3º. Inclui-se no PPA 2018/2021 Lei Municipal 1955/2017 na LDO Lei Municipal 1989/2018 e LOA Lei Municipal 2000/2018. Este Decreto entrará em vigor a partir de sua publicação. Revogam-se as disposições em contrário.

Edifício da Prefeitura Municipal de ARARUNA, Estado do Paraná, em 06/08/2019.

LEANDRO CESAR DE OLIVEIRA  
PREFEITO







Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 004962549...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 1594410000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 021581129...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 748960000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 047893069...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 10457 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 285663439...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 1816760000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 008785009...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 10001 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 034362129...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 2375740000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 057051979...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 2417920000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 043538249...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 2314010000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.

Notifique-se, nos termos do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98, o(a) portador(a) do CPF/MF nº 882990409...inscrito(a) na operadora sob o código de identificação nº 2350160000 para que compareça à sede da Unimed Guarapuava, CNPJ nº 78.044.815/0001-60, situada na rua Capitão rocha, nº 1263, Centro Guarapuava PR, CEP 85010-270, ou entre em contato por meio do telefone (042) 3621-7585, em horário comercial falar com Daniele, num prazo máximo de 10 dias contados desta publicação.



EXTRATO DE CONTRATO  
Procedimento Licitatório nº 011/2019

DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 006/2019

Contrato Administrativo n.º 010/2019

CONTRATANTE: CÂMARA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE-PR, Pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 95.684.585/0001-12, com sede na Rua Alexandre Kordiak, 87, Centro - Santa Maria do Oeste - PR, neste ato representado por seu presidente, Sr. Marcio Stoski.

CONTRATADO: M. A. DE PAULA MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO - ME, CNPJ: 03.075.523/0001-95 com sede na Rua João Prestes de Carvalho, 144, Centro, cidade de Santa Maria do Oeste - PR; no valor de **R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais)**.

| Item | Qtd | Unid | ESPECIFICAÇÃO                                                           | M.A. DE PAULA   |
|------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1    | 2,5 | M²   | Fechamento de paredes em alvenaria de vedação, com chapisco e reboco.   | 450,00          |
| 2    | 23  | M²   | Demolição e retirada de entulhos do Plenário.                           | 1.600,00        |
| 3    | 1   | UND  | Retirada de 4 (quatro) janelas e 2 (dois) aparelhos de ar condicionado. | 250,00          |
|      |     |      | <b>TOTAL</b>                                                            | <b>2.300,00</b> |

VALOR: R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais).

PRAZO DE CONTATAÇÃO: Imediato

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 01.001.01.031.0101.2001.3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA - 00090-00001 Recursos do Tesouro (Descentralizado).

Santa Maria do Oeste, 13 de julho de 2019.

Marcio Stoski,  
Presidente.



#### TERMO DE CONTRATAÇÃO DIRETA

A Câmara Municipal de Santa Maria do Oeste - PR torna público, nos termos do Art. 24 Inciso II da Lei nº 8.666/93 de 21.06.93, que reconhece a dispensa de licitação que tem por objeto o fechamento de paredes em alvenaria de vedação, com chapisco e reboco, demolição e retirada de entulhos do plenário, retirada de janelas e aparelhos de ar condicionado e retirada de forro de PVC e instalação de forro de polietileno no plenário da Câmara Municipal de Santa Maria do Oeste-Pr.

Empresa: M. A. DE PAULA MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO - ME, CNPJ: 03.075.523/0001-95 com sede na Rua João Prestes de Carvalho, 144, Centro, cidade de Santa Maria do Oeste - PR; no valor de **R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais)**.

| Item | Qtd | Unid | ESPECIFICAÇÃO                                                           | M.A. DE PAULA   |
|------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1    | 2,5 | M²   | Fechamento de paredes em alvenaria de vedação, com chapisco e reboco.   | 450,00          |
| 2    | 23  | M²   | Demolição e retirada de entulhos do Plenário.                           | 1.600,00        |
| 3    | 1   | UND  | Retirada de 4 (quatro) janelas e 2 (dois) aparelhos de ar condicionado. | 250,00          |
|      |     |      | <b>TOTAL</b>                                                            | <b>2.300,00</b> |

Empresa: NICOLA GESSO, CNPJ: 13.362.383/0001-90 com sede na Rua Henrique Michalak, 791, Vila Sulina, cidade de Pitanga-Pr.; no valor de **R\$ 5.678,00 (cinco mil, seiscentos e setenta e oito reais)**.

| Item | Qtd | Unid | ESPECIFICAÇÃO                                                            | NICOLA GESSO    |
|------|-----|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 4    | 167 | M²   | Retirado de forro de PVC e instalação de forro em polietileno expandido. | 5.678,00        |
|      |     |      | <b>TOTAL</b>                                                             | <b>5.678,00</b> |

Santa Maria do Oeste, 12 de julho de 2019.

Ratifico a dispensa conferida nos termos descritos.

Marcio Stoski,  
Presidente da Câmara

Patricia Luks Penteado Pletroboim  
Presidente da Comissão de Licitação



# Impossível deixar de ler.

assine | anuncie 42 3304 3218