



**Estado do Pará**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



Trabalho e desenvolvimento social

| <b>PEDIDO DE BENS E SERVIÇOS – PBS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>PREFEITURA MUNICIPAL<br/>DE ALTAMIRA - PARÁ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO<br><input type="checkbox"/> AQUISIÇÃO DE EQUIP. E MATERIAL PERMANENTE<br><input checked="" type="checkbox"/> EXECUÇÃO DE SERVIÇOS E/OU OBRAS |                                                                                                                                                        |     |
| <b>Nº. 021/2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                        | <b>DATA: 03/09/2018</b>                                                                                                                                |     |
| <b>DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |     |
| UNIDADE REQUISITANTE: Secretária Municipal de Saúde<br>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:<br>- 10 302 0024 2.099 – <i>Manutenção das Ações de Média e Alta Complexidade;</i><br>- 10 302 0024 2.100 – <i>Procedimentos Cirúrgicos na População;</i><br>- 10 302 0024 2.101 – <i>Assistência de Mac aos Portadores de Deficiência;</i><br>- 10 302 0024 2.106 – <i>Manutenção do Hospital Geral de Altamira São Rafael;</i> |                                                                                                                                                                                                        | FONTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Próprios<br><input checked="" type="checkbox"/> Programas<br><input type="checkbox"/> Convênios |     |
| NATUREZA DE DESPESA:<br>- 3.3.90.39.00 – <i>Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |     |
| <b>LOTE – 01 – SERVIÇOS MEDICOS CIRURGICOS E AMBULATORIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |     |
| <b>1.1 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |     |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                           | QUANT                                                                                                                                                  | UND |
| 04.01.02.008-8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO                                                                                                                                                                        | 10                                                                                                                                                     | UND |
| 04.06.02.056-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)                                                                                                                                                            | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.06.02.057-4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)                                                                                                                                                           | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.07.03.002-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | COLECISTECTOMIA                                                                                                                                                                                        | 400                                                                                                                                                    | UND |
| 04.07.04.006-4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA                                                                                                                                                                              | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.07.04.008-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIOPLASTIA INCISIONAL                                                                                                                                                                               | 20                                                                                                                                                     | UND |
| 04.07.04.009-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)                                                                                                                                                                     | 150                                                                                                                                                    | UND |
| 04.07.04.010-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)                                                                                                                                                           | 100                                                                                                                                                    | UND |
| 04.07.04.012-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                                                                                                                                                                                | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.09.04.007-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO                                                                                                                                                                          | 10                                                                                                                                                     | UND |
| 04.09.04.021-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE                                                                                                                                                                      | 30                                                                                                                                                     | UND |
| 04.09.04.023-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE                                                                                                                                                                     | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.09.04.024-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | VASECTOMIA                                                                                                                                                                                             | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.09.05.008-3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | POSTECTOMIA                                                                                                                                                                                            | 50                                                                                                                                                     | UND |
| 04.01.02.004-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR )                                                                                                                                                | 300                                                                                                                                                    | UND |
| 04.01.02.006-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXERESE DE CISTO BRANQUIAL                                                                                                                                                                             | 5                                                                                                                                                      | UND |
| 04.01.02.009-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO                                                                                                                                                                           | 5                                                                                                                                                      | UND |
| 04.07.04.011-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE                                                                                                                                                                              | 10                                                                                                                                                     | UND |
| 04.07.04.022-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS                                                                                                                                                                            | 5                                                                                                                                                      | UND |
| 04.01.02.003-7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL                                                                                                                                                                            | 3                                                                                                                                                      | UND |
| 04.01.02.004-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS                                                                                                                                                           | 34                                                                                                                                                     | UND |
| 04.01.02.005-3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA                                                                                                                                                          | 12                                                                                                                                                     | UND |
| 04.01.02.010-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE                                                                                                                                                           | 7                                                                                                                                                      | UND |
| 04.03.02.005-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO                                                                                                                                                                     | 3                                                                                                                                                      | UND |
| 04.04.01.046-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL                                                                                                                                                                     | 2                                                                                                                                                      | UND |



**Estado do Pará**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



Trabalho e desenvolvimento social

|                |                                               |     |     |
|----------------|-----------------------------------------------|-----|-----|
| 04.06.02.049-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES     | 2   | UND |
| 04.06.02.053-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES     | 2   | UND |
| 04.06.02.054-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES     | 10  | UND |
| 04.07.01.019-0 | GASTRORRAFIA                                  | 26  | UND |
| 04.07.01.021-1 | GASTROSTOMIA                                  | 2   | UND |
| 04.07.02.003-9 | APENDICECTOMIA                                | 337 | UND |
| 04.07.02.006-3 | COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)           | 4   | UND |
| 04.07.02.009-8 | COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL                  | 5   | UND |
| 04.07.02.010-1 | COLOSTOMIA                                    | 5   | UND |
| 04.07.02.013-6 | DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL                | 6   | UND |
| 04.07.02.015-2 | DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL   | 2   | UND |
| 04.07.02.017-9 | ENTERECTOMIA                                  | 7   | UND |
| 04.07.02.018-7 | ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)          | 4   | UND |
| 04.07.02.020-9 | ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA /     | 27  | UND |
| 04.07.02.024-1 | FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER          | 4   | UND |
| 04.07.02.027-6 | FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL             | 4   | UND |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA                              | 8   | UND |
| 04.07.03.012-3 | ESPLENECTOMIA                                 | 15  | UND |
| 04.07.03.014-0 | HEPATORRAFIA                                  | 7   | UND |
| 04.07.04.001-3 | DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO                  | 4   | UND |
| 04.07.04.002-1 | DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO               | 3   | UND |
| 04.07.04.003-0 | DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-          | 5   | UND |
| 04.07.04.016-1 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA                       | 75  | UND |
| 04.07.04.018-8 | LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS           | 10  | UND |
| 04.07.04.024-2 | RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA | 17  | UND |
| 04.07.04.025-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PERITONITE            | 6   | UND |
| 04.08.06.045-0 | TENOMIORRAFIA                                 | 26  | UND |
| 04.08.06.046-8 | TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO                    | 2   | UND |
| 04.08.06.047-6 | TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO        | 20  | UND |
| 04.09.01.009-0 | CISTOSTOMIA                                   | 16  | UND |
| 04.09.04.007-0 | EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO                 | 7   | UND |
| 04.09.04.013-4 | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL                       | 2   | UND |
| 04.09.04.016-9 | ORQUIECTOMIA UNILATERAL                       | 7   | UND |
| 04.09.04.021-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE             | 8   | UND |
| 04.09.04.022-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO / | 2   | UND |
| 04.09.04.023-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE            | 13  | UND |
| 04.09.05.011-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PRIAPISMO             | 4   | UND |
| 04.09.06.003-8 | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO                | 65  | UND |
| 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL                           | 139 | UND |
| 04.09.06.019-4 | MIOMECTOMIA                                   | 5   | UND |
| 04.09.06.021-6 | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA                  | 41  | UND |
| 04.09.06.023-2 | SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL                | 36  | UND |
| 04.09.07.005-0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR      | 60  | UND |
| 04.09.07.014-9 | EXERESE DE CISTO VAGINAL                      | 10  | UND |
| 04.09.07.015-7 | EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE      | 35  | UND |
| 04.10.01.001-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA                  | 5   | UND |



**Estado do Pará**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



Trabalho e desenvolvimento social

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |       |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 04.12.04.016-6                                  | TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 122   | UND   |
| 04.12.04.017-4                                  | TORACOTOMIA EXPLORADORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2     | UND   |
| 04.13.04.015-1                                  | TRANSFERENCIA INTERMEDIARIA DE RETALHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2     | UND   |
| 04.13.04.017-8                                  | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 14    | UND   |
| 04.13.04.024-0                                  | TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 5     | UND   |
| 04.15.04.002-7                                  | DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 65    | UND   |
| 0415.04.003-5                                   | DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 124   | UND   |
| <b>1.2 - RELAÇÃO MÍNIMA DE MÉDICOS</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | QUANT | UND   |
| - Médicos Cirurgiões                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 06    | UND   |
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |       |
| <b>1.3 - DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS MEDICOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | QUANT | UND   |
| <b>1.3.1</b><br>03.01.01.007-2                  | <b>Consulta Medica em Atenção Especializada - Ambulatório cirúrgico:</b> deverá acontecer 4 (quatro) vezes por semana (segunda-feira a quinta-feira) no período vespertino, com início às 16 horas, com quantitativo de 20 pacientes por dia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4.000 | UND   |
| <b>1.3.2</b>                                    | <b>Cirurgias eletivas:</b> os procedimento eletivos deverão acontecer após atendimento em ambulatório previamente regulado pelo núcleo de regulação do município, onde fica previamente estipulado um quantitativo de ate 8 (oito) cirurgias dia, podendo ocorrer alteração para mais ou para menos conforme oferta de sala cirúrgica, contudo deve ser respeitado o quantitativo total de procedimento firmado no contrato para o período de sua vigência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2.890 | UND   |
| <b>1.3.3</b>                                    | <b>- Atendimento cirúrgico em Urgência e Emergência:</b> O profissional deverá prestar assistência em caráter de sobreaviso 24 horas por dia, 7 dias por semana, devendo se apresentar para avaliação solicitada com prazo máximo de 1 hora, salvo na ocasião em que o mesmo já esteja em transito operatório de outro usuário dentro da instituição. A programação cirúrgica imediata ou tardia caso necessite, deve ser prontamente informada ao médico plantonista ou diarista se assim for, fica sobre responsabilidade do cirurgião ainda o preenchimento do termo cirúrgico disponível na instituição, como formalização na necessidade de preparo de sala cirúrgica, bem como solicitação do anestesista. Ainda deverá fazer o preenchimento correto da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou sua atualização quando solicitado pelo órgão regulador. | 12    | meses |
| <b>1.3.4</b>                                    | <b>-Atenção Horizontal aos Pacientes Internados (Atenção de Rotina):</b> O profissional deverá realizar a avaliação diária dos pacientes internados no período matutino, executar pequenos procedimentos necessários conforme a evolução do quadro (p. ex, retirada de dreno,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |       |



**Estado do Pará**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



Trabalho e desenvolvimento social

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | debridamento), preparar a prescrição médica (até as 13 horas), registrar todas as condutas e quadro clínico em prontuário, assegurar que o paciente está recebendo os cuidados necessários (p. ex. realização de exames, tratamento fisioterápico). Cuidar da alta hospitalar nos períodos adequados (até as 13hs) e demais encaminhamentos, integrando-se à equipe como um todo. Obs. a obrigatoriedade de atenção horizontal aqui descrita diz respeito também aqueles pacientes dos ambientes do Pronto-Socorro (PS) e outros que, apesar de não serem estruturas clássicas de internação, terminam recebendo pacientes por período superior às 24 horas iniciais de observação, após o que se esperaria que recebessem orientação de alta ou que fossem formalmente internados. Assim, o ambiente do PS termina também incluído nas necessidades de atenção horizontal. | 12                                                  | meses |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Dimensionamento:</b> Deverá ter 01 (um) profissional dia no atendimento a urgência e emergência, prestando também atendimento aos pacientes internados e realizando ambulatório cirúrgico e procedimentos cirúrgicos eletivos conforme cronograma de cirurgias eletivas.<br>A CONTRATADA tem autonomia para disponibilizar outro profissional vinculado ao serviço caso haja aumento da demanda, pensando assim em otimizar o tempo de serviço e garantir a excelência do serviço prestado, contudo a responsabilidade do custeio desse profissional adicional é de inteira responsabilidade da mesma.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |
| <p><b>JUSTIFICATIVA:</b> Faz-se necessário a aquisição de Serviços Médicos Cirúrgicos e Ambulatorial, pois a assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada. A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos, oferecendo os serviços de saúde adequados. A necessidade premente de complementar a oferta de serviços assistenciais, com objetivo de reduzir a demanda reprimida observada, é mandatória e influencia diretamente a ampliação do acesso universal aos serviços assistenciais que devem ser disponibilizados pelo SUS. Considerando a necessidade de implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência aos casos de Cirurgias Geral. Portanto, se faz necessária a realização do processo licitatório de Serviços Médicos Cirúrgicos e Ambulatorial para que possamos atender os seguintes serviços: Ambulatório Cirúrgico, Cirurgias eletivas, Atendimento Cirúrgico em Urgência e Emergência e Atenção Horizontal aos Pacientes Internados (Atenção de Rotina).</p> <p>Neste sentido solicito providências com vistas à realização de processo licitatório para a contratação dos serviços constantes neste PBS.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |       |
| ASSINATURA DO REQUISITANTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | APROVADO:                                           |       |
| <b>RENATO MENGONI JUNIOR</b><br>Chefe Divisão de Administração e Finanças                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>KÁTIA LOPES</b><br>Secretaria Municipal de Saúde |       |



**Estado do Pará**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



Trabalho e desenvolvimento social