



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

http://raulbrandao.jur.adv.br

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

## **LIMPA FOSSA CONFIANÇA**

**V.M.PEREIRA – ME**

CNPJ/MF: 09.144.719/0001-70

C.A. E: 95.759.

Avenida B Quadra 04 Lote 37 Bairro: Jardim Mossoró Cuiabá – MT

Fone: (65) 3661-3530 / (65) 3661-0700 Gerson Cel.: (65) 9605-0101

Atendimento 24hs



Prefeitura Municipal  
de Primavera do Leste

Protocolo

**10774/2016-50**

Data: 27/06/2016 - Hora: 08:43

A:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE  
A/C COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

**REF: Pregão Presencial 060/2016 – com data de abertura prevista para 06/07/2016**

A empresa LIMPA FOSSA CONFIANÇA – V.M.PEREIRA - ME, instalada na Avenida B Quadra 04 Lote 37 Bairro: Jardim Mossoró Cuiabá – MT por seu procurador que ao final assina, vem à presença de Vossa Excelência, com fulcro no § 2º do art. 41 da Lei nº 8.666/93, a fim de combinado com o competente Edital de Licitação apresentar:

### **IMPUGNAÇÃO**

Em face dos termos do Edital do Pregão Presencial supracitado, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos.

B



advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

## I - DOS FATOS

A requerente tendo interesse em participar na licitação supramencionada, adquiriu o respectivo Edital.

Ao adquirir verificou que o presente edital contém exigências ilegais e que deverão ser sanadas, sob pena de nulidade do certame, além de outras que deverão ser inseridas por necessidade de averiguação de enquadramento.

Neste sentido, claramente se encontra violado o princípio basilar da ampla competitividade, requisito essencial das compras públicas, bem como isonomia e a razoabilidade.

## DOS ITENS ATACADOS

### 11.7. Relativos à Qualificação Técnica

- c) **Registro ou inscrição** da empresa na entidade profissional competente;
- d) **Responsável técnico**;

## 22. OBRIGAÇÕES DA VENCEDORA DO CERTAME LICITATÓRIO

j) comunicar à Contratante, **no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega**, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

Combinado com o item 4 do termo de referência

## 4. REALIZAÇÃO DO SERVIÇO:

**4.1** A empresa vencedora deverá realizar o serviço imediatamente (**em até uma hora**), após o recebimento da solicitação vinda das Secretarias requisitante:



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

## DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AUSENTES

Ausência de requerimento de balanço patrimonial para  
confrontação de enquadramento de micro e pequena empresa conforme a lei 123/2006

## DO DIREITO

Excelência, em breve análise a nossa carta magna, invocamos  
inicialmente as garantias constitucionais do artigo 5º

**"Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem  
distinção de qualquer natureza, garantindo-se  
aos brasileiros e aos estrangeiros residentes  
no País a inviolabilidade do direito à vida, à  
liberdade, à igualdade, à segurança e à  
propriedade, nos termos seguintes:**

**XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho,  
ofício ou profissão, atendidas as qualificações  
profissionais que a lei estabelecer; " (grifos  
nossos)**

Desta feita, assevera-se ainda que o artigo 3º da Lei 8.666/93  
estabelece que a licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da  
isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração e será processada  
e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da  
impressoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade  
administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo da  
isonomia e da razoabilidade e dos que lhe são correlatos, conforme citado no Capítulo I das  
Disposições Gerais, Seção I, art. 3º da presente Lei.

§ 1º. É vedado aos agentes públicos:

I - admitir, prever, incluir ou tolerar, nos atos  
de convocação, cláusulas ou condições que  
comprometam, restrinja ou frustrem o seu



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

**caráter competitivo** e estabeleçam preferências ou distinções em razão da naturalidade, da sede ou domicílio dos licitantes ou de qualquer outra circunstância impertinente ou irrelevante para o específico objeto do contrato;

Desta forma, não é permitido disfarçar a restrição à competitividade mediante exigências ilegais, pois não existe tal previsão na legislação da licitação.

No tocante ao item 11.4, vejamos:

#### **11.7. Relativos à Qualificação Técnica**

- c) **Registro ou inscrição** da empresa na entidade profissional competente;
- d) **Responsável técnico**;

Ao teor do artigo 30 da lei 8.666, encontramos:

Art. 30. A documentação relativa à qualificação técnica limitar-se-á a:

- I - registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- II - comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, e indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;
- III - comprovação, fornecida pelo órgão licitante, de que recebeu os documentos, e, quando exigido, de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação;
- IV - prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso.

é:

Desta forma, ressalta salientar que a atividade objeto da licitação



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

“Registro de Preços para futura e eventual Contratação de empresa especializada em serviços de Limpeza de Fossa, Limpeza de Caixa de Gordura e Desentupimento de Esgoto Sanitário para suprir as necessidades das diversas Secretarias Municipais, em conformidade com as especificações contidas neste Edital e seus Anexos.”

Portanto, em sede de qualificação técnica, para tal atividade, não existe **Registro ou inscrição** da empresa na entidade profissional competente, até porque não há sequer um conselho competente para a atividade licitada, por ausência de legislação que enseje tal necessidade.

No mesmo sentido, quanto ao **Responsável** técnico, já que conforme documento acostado, para a obtenção do Alvará Sanitário, e exigido no item B do item 11.7, já é necessário o cadastro do mesmo, suprimindo tal necessidade de apresentação.

Ainda quanto ao Responsável Técnico, o **edital é omissos as formas de comprovação do responsável técnico, se seria por contrato, por mera declaração, ou qualquer outra forma, devendo ser retirada tal exigência, já que desnecessária face ao que é exigido para a obtenção do alvará sanitário.**

Desta feita, tal exigência é ilegal, e certamente frustrará o certame com a sua exigência.

Já no tocante aos itens 22 combinado com o item 4 do termo de referência, assim encontramos:

## **22. OBRIGAÇÕES DA VENCEDORA DO CERTAME LICITATÓRIO**

j) comunicar à Contratante, **no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega,** os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

## **4. REALIZAÇÃO DO SERVIÇO:**



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

**4.1** A empresa vencedora deverá realizar o serviço imediatamente (**em até uma hora**), após o recebimento da solicitação vinda das Secretarias requisitante:

Portanto, incompatíveis entre si, já que a solicitação de serviço se dá em uma hora, mas na impossibilidade de prestação de serviço por qualquer motivo, necessária a sua informação em 24 horas, o que não se é possível aplicar.

Desta forma, apresenta além de ilegalidade, restrição ao princípio da razoabilidade e da isonomia, caracterizando restrição a competitividade.

Em resumo, só, e somente só, poderiam participar da licitação empresas instaladas na comarca de Primavera do Leste, e seria impossível a recusa da prestação de serviço por qualquer motivo que fosse, o que é uma afronta direta aos princípios de legalidade, isonomia, economicidade, e outros basilares das aquisições públicas.

Desta forma, a restrição é ilegal, e não é razoável prazo de atendimento tão enxuto, devendo ser alterado o prazo de atendimento para no mínimo 48(quarenta e oito) horas.

#### DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AUSENTES

Excelência, cediço que a certidão simplificada da junta comercial para a comprovação do porte de empresa é ineficaz.

A Junta comercial do Estado do Mato Grosso, ao registrar os balanços patrimoniais, não efetua a atualização do porte das empresas, ou de ser devido enquadramento.



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

Desta forma, a comprovação do faturamento inferior ao montante de R\$ 3.600.000,00 (Três Milhões e Seiscentos Mil Reais) por ano, só se pode fazer através do demonstrativo de movimentação, ou seja, o balanço patrimonial anual.

Portanto, é necessária a inclusão na qualificação econômica do balanço patrimonial para confrontação de enquadramento de micro e pequena empresa conforme a lei 123/2006 que assim preconiza em seu artigo 3º:

Art. 3º Para os efeitos desta Lei Complementar, consideram-se microempresas ou empresas de pequeno porte, a sociedade empresária, a sociedade simples, a empresa individual de responsabilidade limitada e o empresário a que se refere o art. 966 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente registrados no Registro de Empresas Mercantis ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, conforme o caso, desde que:

I - no caso da microempresa, aufera, em cada ano-calendário, receita bruta igual ou inferior a R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais); e

II - no caso da empresa de pequeno porte, aufera, em cada ano-calendário, receita bruta superior a R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais) e igual ou inferior a R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais).

## II- DOS PEDIDOS

Face aos motivos de fato e direito alegados, pedimos:

- 1 - Receber, acatar e processar tempestivamente esta impugnação
- 2 - Modificar o item 11.4 do presente edital, por violação dos princípios de competitividade, e por expressa violação do artigo 30 da lei 8.666/93, removendo o registro da empresa em conselho de classe e o responsável técnico por ser redundante com o alvará sanitário, conforme documentação acostada.
- 3 - Incluir a apresentação do balanço patrimonial do ano calendário anterior, para auferir efetivamente o enquadramento das micro e pequenas empresas.
- 4 - Republicar ao bem da administração pública o edital, abrindo



**Raul Brandão**

**Advogado - OAB-MT 19.145/0**

65-8111-5421 - rauladvogado@msn.com

<http://raulbrandao.jur.adv.br>

advocacia bancária, consumidor, cível, criminal, previdenciário, trabalhista, tributário

se novo prazo para eventuais impugnações e esclarecimentos, alterando-se a data de abertura do certame nos moldes da lei 8.666/93, caso seja necessário.

Nestes termos, pedimos deferimento.

Cuiabá - MT, 24 de junho de 2016.

Dr Raul Claudio Brandão

OAB/MT 19.145

## Formulário de Solicitação da Vigilância Sanitária

|                                                                                                            |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| <b>1- uso da vigilância sanitária</b>                                                                      |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <b>2-IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>                                                                       |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> Pessoa Física                                                                     | <b>CNPJ/CPF</b>                                                                                                                | <b>Inscrição Estadual</b>                               | <b>CM</b>                                 | <b>CNES</b>           |
| <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica                                                                   |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <b>Razão Social</b>                                                                                        |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <b>Nome Fantasia</b>                                                                                       |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <b>Endereço</b>                                                                                            |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <b>Bairro</b>                                                                                              |                                                                                                                                |                                                         | <b>Telefone (s):</b>                      |                       |
| <b>Ponto de Referência</b>                                                                                 |                                                                                                                                |                                                         | <b>E-Mail:</b>                            |                       |
| <b>Proprietário/Responsável Legal</b>                                                                      |                                                                                                                                |                                                         | <b>CPF:</b>                               |                       |
| <b>Responsável Técnico</b>                                                                                 |                                                                                                                                |                                                         | <b>CPF:</b>                               | <b>Nº do Conselho</b> |
| <b>3-ASSUNTO DA SOLICITAÇÃO</b>                                                                            |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> Alvará Sanitário Inicial                                                          | <input type="checkbox"/> Licença sanitária para veículos                                                                       | <input type="checkbox"/> Renovação do Alvará Sanitário  |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> Análise de Projeto Arquitetônico                                                  | <input type="checkbox"/> Segunda via documento                                                                                 | <input type="checkbox"/> Venda ou uso de Retinóicos     |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento<br>licença/Desativação                                               | <input type="checkbox"/> Defesa ou Recurso em processo administrativo auto de Infração nº _____<br>data do auto ____/____/____ |                                                         |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> Defesa e/ou impugnação de <b>INDEFERIMENTO</b> em Processo sob protocolo nº _____ |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <b>Obs.: Anexar parecer do INDEFERIMENTO</b>                                                               |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> Alteração de<br>dados                                                             | <input type="checkbox"/> Razão Social/Nome Fantasia                                                                            | <input type="checkbox"/> Alteração de Endereço          | <input type="checkbox"/> Baixa de R. T    |                       |
|                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Responsabilidade Legal                                                                                | <input type="checkbox"/> Ampliação/Redução de Atividade | <input type="checkbox"/> Assunção de R.T. |                       |
|                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Incorporação/ Fusão/ Sucessão/Cisão                                                                   |                                                         |                                           |                       |
| <input type="checkbox"/> outro: _____                                                                      |                                                                                                                                |                                                         |                                           |                       |

### 20 - Assinaturas

Assinatura Responsável Legal

Assinatura Responsável Técnico

### 21 - Atividade para Licenciamento CNAE FISCAL:

|                     |  |
|---------------------|--|
| ____:____:____-____ |  |
| ____:____:____-____ |  |
| ____:____:____-____ |  |
| ____:____:____-____ |  |
| ____:____:____-____ |  |
| ____:____:____-____ |  |

**22 – PRODUTOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratar<br><input type="checkbox"/> Armazenar<br><input type="checkbox"/> Transportar<br><input type="checkbox"/> Distribuir<br><input type="checkbox"/> Comercializar<br><input type="checkbox"/> Dispensar<br><input type="checkbox"/> Produzir<br><input type="checkbox"/> Manipular<br><input type="checkbox"/> Fracionar<br><input type="checkbox"/> Importar<br><input type="checkbox"/> Exportar<br><input type="checkbox"/> Embalar<br><input type="checkbox"/> Reembalar | <b>Alimentos</b>    | <input type="checkbox"/> Suplementos Alimentares <input type="checkbox"/> Dispensado de Registro <input type="checkbox"/> Água potável (SAA/SAC/SAI)<br><input type="checkbox"/> Água mineral <input type="checkbox"/> Alimentos Prontos <input type="checkbox"/> Alimentos Autorizados pela ANVISA/MS<br><input type="checkbox"/> Óleo Vegetal <input type="checkbox"/> Aditivo para Alimento <input type="checkbox"/> Embalagem para Alimento                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Medicamentos</b> | <input type="checkbox"/> Grupo I – Manipulação de Medicamentos a partir de insumos/ matérias primas, inclusive de origem vegetal;<br><input type="checkbox"/> Grupo II – Manipulação de substâncias de baixo índice terapêutico<br><input type="checkbox"/> Grupo III – Manipulação de Antibióticos, Hormônios, Citostáticos, substâncias sujeitas a controle especial;<br><input type="checkbox"/> Grupo V – Manipulação de medicamentos Homeopáticos<br><input type="checkbox"/> Retinóicos<br><input type="checkbox"/> Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.<br><input type="checkbox"/> Medicamentos não Sujeitos a controle especial. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Outros</b>       | <input type="checkbox"/> Agrotóxicos <input type="checkbox"/> Produtos Veterinários <input type="checkbox"/> Produtos para a Saúde <input type="checkbox"/> Cosméticos <input type="checkbox"/> Saneantes<br><input type="checkbox"/> Produtos para higiene pessoal <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Perfumaria <input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                                                                                                                                                                                                                |

**23 SERVIÇOS FARMACEUTICOS**

|                                            |                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prestação de Serviços Farmacêuticos</b> | <input type="checkbox"/> Perfuração do Lóbulo Auricular <input type="checkbox"/> Administração de Injetáveis <input type="checkbox"/> Entrega Domiciliar |
|                                            | <input type="checkbox"/> Atenção Farmacêutica Domiciliar <input type="checkbox"/> Administração de medicamento por Inalação                              |
|                                            | <input type="checkbox"/> Aferição dos parâmetros Fisiológicos /Bioquímicos. QUAIS: _____                                                                 |

**24 SERVIÇOS DE SAÚDE**

|                                       |                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                         |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Misoprostol</b>                    | <input type="checkbox"/> Uso de Misoprostol                                                                                                     |                                                    |                                                                                         |
| <b>Transporte Paciente</b>            | Transporte de Paciente/Ambulância – <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |                                                    |                                                                                         |
| <b>Laboratório</b>                    | <input type="checkbox"/> Análise Citológica                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Análise Patológica        | <input type="checkbox"/> Análise Clínica <input type="checkbox"/> Posto de coleta       |
| <b>Nutrição</b>                       | <input type="checkbox"/> UAN                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nutrição Enteral          | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral <input type="checkbox"/> Lactário          |
| <b>Urgência/Emergência</b>            | <input type="checkbox"/> UTI adulto                                                                                                             | <input type="checkbox"/> UTI Infantil              | <input type="checkbox"/> UTI Neonatal                                                   |
|                                       | <input type="checkbox"/> Unidade intermediária                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Unidade Intermediária Neo | <input type="checkbox"/> Unidade Isolamento                                             |
| <b>Clinica Médica</b>                 | <input type="checkbox"/> AIDS                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Cardiologia               | <input type="checkbox"/> Clínica Geral <input type="checkbox"/> Crônicos                |
|                                       | <input type="checkbox"/> Dermatologia                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Geriatria                 | <input type="checkbox"/> Hansenologia <input type="checkbox"/> Hematologia              |
|                                       | <input type="checkbox"/> Neonatologia                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Neurologia                | <input type="checkbox"/> Obstetrícia <input type="checkbox"/> Oncologia                 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Oncologia                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Pediatria                 | <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Reabilitação                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Tisiologia                | <input type="checkbox"/> Nefrologia/Urologia <input type="checkbox"/> Leito/Dia         |
| <b>Leitos Cirurgicos</b>              | <input type="checkbox"/> Buco Maxilo Facial                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Cardiologia               | <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral <input type="checkbox"/> Ginecologia            |
|                                       | <input type="checkbox"/> Endocrinologia                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia         | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia <input type="checkbox"/> Obstetrícia             |
|                                       | <input type="checkbox"/> Oftalmologia                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Oncologia                 | <input type="checkbox"/> Ortopedia/Traumatologia <input type="checkbox"/> Plástica      |
|                                       | <input type="checkbox"/> Nefrologia/Urologia                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia      | <input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Leito/dia                    |
| <b>Atividade ambulatorial</b>         | <input type="checkbox"/> Fisioterapia                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Nutrição                  | <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia                                                 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Psicologia                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Médico s procedimento     | <input type="checkbox"/> Médico com procedimento                                        |
|                                       | <input type="checkbox"/> Acupuntura                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Odontológico              | <input type="checkbox"/> Odontológico c procedimento cirúrgico                          |
| <b>Hemoterapia</b>                    | <input type="checkbox"/> AT                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Banco de Sangue           | <input type="checkbox"/> UCT                                                            |
| <b>Terapia Renal</b>                  | <input type="checkbox"/> Substitutiva                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Diálise                   | <input type="checkbox"/> Hemodiálise                                                    |
| <b>Serviço de Apoio e Diagnóstico</b> | <input type="checkbox"/> Endoscopia                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Ressonancia Magnetica     | <input type="checkbox"/> Ultrassonografia                                               |
|                                       |                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Litotripsia               | <input type="checkbox"/> Hemodinâmica                                                   |
| <b>Outros</b>                         | <input type="checkbox"/> HomeCare                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Banco de leite Humano     | <input type="checkbox"/> Banco de Tecidos e órgãos <input type="checkbox"/> Hiperbarica |
| <b>Radiodiagnostico</b>               | <input type="checkbox"/> Medico                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Odontologico              | <input type="checkbox"/> Veterinario                                                    |

**25 - Serviços de Interesse a Saúde**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                      |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavanderia hospitalar                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Lavanderia Domestica   | <input type="checkbox"/> Limpeza hospitalar          | <input type="checkbox"/> Controle de pragas    |
| <input type="checkbox"/> Limpeza de Ar – Condicionado                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Limpeza Caixa D'agua   | <input type="checkbox"/> Limpa Fossa                 | <input type="checkbox"/> Laboratorio analítico |
| <input type="checkbox"/> Atividades Somato-conservação                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Tatuagem e Piercing    | <input type="checkbox"/> Processamento Esterilização | <input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho  |
| <input type="checkbox"/> Inst. Longa Permanência para Idoso                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Albergue/Casa de apoio | <input type="checkbox"/> Atividades Veterinárias     | <input type="checkbox"/> Salão de beleza       |
| <input type="checkbox"/> Inst. Trat. Pessoas Depen. Quimica                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Clinica Estética       | <input type="checkbox"/> SAC/ caminhão pipa          | <input type="checkbox"/> SAA                   |
| Coleta, transporte, tratamento e destino final de resíduos                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                      |                                                |
| <input type="checkbox"/> Grupo A (Potencialmente Infectantes) <input type="checkbox"/> Grupo B (Químicos) <input type="checkbox"/> Grupo C (Rejeitos Radioativos) <input type="checkbox"/> Grupo D (Resíduos comuns) <input type="checkbox"/> Grupo E (Perfurocortantes) <input type="checkbox"/> Industrial |                                                 |                                                      |                                                |