

COMPOSIÇÃO DO EDITAL

PREÂMBULO

- 1. DO OBJETO**
- 2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO**
- 3. DO CREDENCIAMENTO E DA REPRESENTAÇÃO**
- 4. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E DOS ESCLARECIMENTOS**
- 5. DO ENVIO DAS PROPOSTAS**
- 6. DA SESSÃO PÚBLICA**
- 7. DA CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS**
- 8. DA FORMULAÇÃO DOS LANCES**
- 9. DO BENEFÍCIO ÀS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE**
- 10. DA NEGOCIAÇÃO**
- 11. DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS**
- 12. DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA**
- 13. DA HABILITAÇÃO**
- 14. DOS RECURSOS**
- 15. DA ADJUDICAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO**
- 16. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**
- 17. DO PAGAMENTO**
- 18. DO CONTRATO E CONDIÇÕES PARA A CONTRATAÇÃO**
- 19. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**
- 20. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**
- 21. DO FORO**
- 22. DAS PARTES INTEGRANTES DO EDITAL:**

ANEXOS

- ANEXO I – Critério de Julgamento e Relação/Descrição dos Produtos
- ANEXO II – Termo de Referência
- ANEXO III – Minuta de Contrato
- ANEXO IV – Minuta da Ata de Registro de Preços

MODELOS

- MODELO 1 – Carta de Correção de Proposta de Preços



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090**PREÂMBULO**

A SUPERINTENDÊNCIA DA CENTRAL DE LICITAÇÃO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS torna público para conhecimento dos interessados, que fará realizar licitação em tela na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, nos termos deste Edital e seus anexos. Este pregão será conduzido pelo(a) Pregoeiro(a) e respectiva equipe de apoio designados pela Portaria/SESAU nº 1.038 de 25/07/2016, expedida pelo Secretário de Estado da Saúde.

Processo: 2015/30550/004090**Tipo de licitação:** Menor Preço**Data da abertura:** 19 de maio de 2017**Hora da abertura:** 15 horas (Horário de Brasília)**Retirada do Edital (portal/SISTEMA):** www.saude.to.gov.br / www.comprasnet.gov.br**Local da sessão:** www.comprasnet.gov.br**Registro de Preços:** (X) SIM () NÃO**SETORES RESPONSÁVEIS PELA SOLICITAÇÃO****Superintendência:** Superintendência de Administração**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA****Fonte de Recursos:** 0250**Ação do PPA / Orçamento:** 4113**Natureza da Despesa:** 33.90.30**Valor Total Estimado:** R\$ 6.022.452,00 (seis milhões, vinte e dois mil, quatrocentos e cinquenta e dois reais)**LEGISLAÇÃO APLICADA****Constituição da República Federativa do Brasil, Artigo 37:** Regula a atuação da Administração Pública;**Lei Federal nº 8.666, de 21/06/1993:** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, sendo aplicadas ainda todas as suas alterações;**Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002:** Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências;**Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006:** Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte e altera outros dispositivos legais, alterada pela Lei Complementar nº 147 de 07 de agosto de 2014;**Lei Federal nº 12.846, de 01/08/2013:** Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências;**Decreto Federal nº 5.450, de 31/05/2005:** Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências;**Decreto Federal nº 5.504, de 05/08/2005:** Estabelece a exigência de utilização do pregão, preferencialmente na forma eletrônica, para entes públicos ou privados, nas contratações de bens e serviços comuns, realizadas em decorrência de transferências voluntárias de recursos públicos da União, decorrentes de convênios ou instrumentos congêneres, ou consórcios públicos;**Decreto Federal nº 6.204, de 05/11/2007:** Regulamenta o tratamento favorecido, diferenciado e simplificado para as Microempresas e empresas de pequeno porte nas contratações públicas de bens, serviços e obras, no âmbito da Administração Pública Federal;**Decreto Federal nº 7.892, de 23/01/2013:** Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;**Decreto Federal nº 8.538, de 06/10/2015:** Regulamenta o tratamento favorecido, diferenciado e simplificado para microempresas, empresas de pequeno porte, agricultores familiares, produtores rurais pessoa física, microempreendedores individuais e sociedades cooperativas de consumo nas contratações públicas de bens, serviços e obras no âmbito da administração pública federal;**Decreto Estadual nº 2.434, de 06/06/2005:** Dispõe sobre o regulamento da modalidade de licitação denominada Pregão, e adota outras providências;**Decreto Estadual nº 4.769, de 02/04/2013:** Regulamenta o tratamento diferenciado, favorecido e simplificado para Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e o Microempreendedor Individual, e adota outras providências;**Decreto Estadual nº 4.954, de 13/12/2013:** Define regras específicas para os órgãos e entidades do Poder Executivo, quanto à responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos ilícitos contra a administração pública, e adota outras providências;**Decreto Estadual nº 5.344, de 30/11/2015:** Dispõe sobre o regulamento do Sistema de Registro de Preços – SRP, e adota outras providências;**Portaria/SESAU nº 11, de 16/01/2015 (DOE nº 4.300, de 20/01/2015):** Estabelece parâmetros, responsabilidades e rotinas sobre os Termos de Referência elaborados pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, e dá outras providências;**Portaria/SESAU nº 108, de 05/03/2015, (DOE nº 4.331, de 06/03/2015):** Institui no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Tocantins, regras específicas para apuração de eventuais descumprimentos de regras editalícias dos certames promovidos pela Superintendência de Compras e Central de Licitação, e adota outras providências.**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS****UASG:** 925958**Pregoeiro(a):** Thiago Borges**Telefone:** (063)3218-1715 / 1722**E-mail:** superintendencia.licitacao@saude.to.gov.br**Endereço:** Av. NS 01, AANO, Praça dos Girassóis, s/nº, Palmas/TO, CEP: 77.015-007**Horário de Atendimento:** Das 12h30min às 18h30min.

1. DO OBJETO

- 1.1. O presente pregão tem por objeto o **REGISTRO DE PREÇOS** para eventual e provável aquisição de **serviços e materiais gráficos**, destinados ao atendimento das diversas demandas dos 19 (dezenove) hospitais, conforme especificações técnicas contidas no Termo de Referência, Anexo II.
- 1.2. Em caso de discordância existente entre as especificações deste objeto descritas no SISTEMA e as especificações constantes do Anexo I deste Edital, prevalecerão as últimas.
- 1.3. As quantidades constantes na especificação do Anexo I são estimativas, podendo a Administração não contratar a totalidade das mesmas.

2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

- 2.1. Poderão participar deste Pregão os interessados previamente credenciados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, e perante o Sistema eletrônico provido pela Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SLTI, por meio do sítio **www.comprasnet.gov.br**, onde para ter acesso ao Sistema eletrônico, os interessados em participar deste Pregão deverão dispor de chave de identificação e senha pessoal, obtidas junto à SLTI.
- 2.2. O uso da senha de acesso pela Licitante é de sua responsabilidade exclusiva, incluindo qualquer transação por ela efetuada diretamente, ou por seu representante, não cabendo ao provedor do SISTEMA ou a SESAU/TO responsabilidade por eventuais danos decorrentes do uso indevido da senha, ainda que por terceiros.
- 2.3. **Não poderão participar deste Pregão:**
 - 2.3.1. Empresa **suspensa** de participar de licitação ou de contratar com a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, durante o prazo da sanção aplicada;
 - 2.3.2. Empresa **impedida** de participar de licitação ou de contratar com a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, durante o prazo da sanção aplicada;
 - 2.3.3. Empresa **declarada** inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação;
 - 2.3.4. Sociedade estrangeira não autorizada a funcionar no País;
 - 2.3.5. Empresa que seu ato de constituição e as respectivas alterações (estatuto, contrato social ou outro) não incluam o objeto deste Pregão;
 - 2.3.6. Empresa que se encontre em processo de dissolução, recuperação judicial, recuperação extrajudicial, falência, concordata, fusão, cisão ou incorporação;
 - 2.3.7. Sociedades integrantes de um mesmo grupo econômico, assim entendidas aquelas que tenham diretores, sócios ou representantes legais comuns, ou que utilizem recursos produtos, tecnológicos ou humanos em comum, exceto se demonstrado que não agem representando interesse econômico em comum;
 - 2.3.8. Consórcio de empresa, qualquer que seja sua forma de constituição.
 - 2.3.9. Ainda não poderão participar do Pregão, aqueles de que trata o artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/1993, ou que seu ramo de atividade (código e descrição da atividade econômica principal e/ou código e descrição das atividades econômicas secundárias) não contemple o objeto deste Pregão.

3. DO CREDENCIAMENTO E DA REPRESENTAÇÃO

- 3.1. As Licitantes interessadas deverão proceder ao credenciamento antes da data marcada para início da sessão pública, via internet.
- 3.2. O credenciamento dar-se-á pela atribuição de chave de identificação e de senha, pessoal e intransferível, para acesso ao SISTEMA Eletrônico, no portal eletrônico **www.comprasnet.gov.br**.
- 3.3. O credenciamento junto ao provedor do SISTEMA implica na responsabilidade legal única e exclusiva da Licitante ou de seu representante legal e na presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes ao Pregão Eletrônico.
- 3.4. A perda da senha ou a quebra de sigilo deverão ser comunicadas ao provedor do SISTEMA para imediato bloqueio de acesso.

SCL/DL



4. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E DOS ESCLARECIMENTOS

4.1. Da impugnação:

4.1.1. Até **2 (dois) dias úteis** antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá impugnar o ato convocatório deste Pregão mediante petição, que deverá ser protocolada no Protocolo Geral desta Secretaria, ou enviada para o e-mail: **superintendencia.licitacao@saude.to.gov.br**.

4.1.2. O(a) Pregoeiro(a), auxiliado pelo setor técnico competente, decidirá sobre a impugnação no prazo de 24 (vinte e quatro) horas. Caso contrário, poderá abrir ou suspender a sessão, na forma da lei, antes do julgamento do mérito, se for o caso.

4.1.3. Acolhida a impugnação contra este Edital, será designada nova data para a realização do certame, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas.

4.2. Do pedido de esclarecimentos:

4.2.1. Até **3 (três) dias úteis** antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá pedir esclarecimento quanto ao ato convocatório deste Pregão mediante petição, que deverá ser protocolada no Protocolo Geral desta Secretaria, ou enviada para o e-mail: **superintendencia.licitacao@saude.to.gov.br**.

4.3. As respostas às impugnações e aos esclarecimentos solicitados serão disponibilizadas no e-mail indicado pela Licitante, podendo ainda, ser disponibilizado no portal eletrônico **www.comprasnet.gov.br** ficando acessível a todas as demais Licitantes para obtenção das informações prestadas pelo(a) Pregoeiro(a).

5. DO ENVIO DAS PROPOSTAS

5.1. A Licitante deverá encaminhar proposta, exclusivamente por meio do SISTEMA eletrônico, até a data e o horário marcados para abertura da sessão, quando então encerrar-se-á, automaticamente, a fase de recebimento de propostas.

5.2. A Licitante deverá consignar, na forma expressa no SISTEMA eletrônico, o valor unitário para cada item da proposta, já considerados e inclusos todos os tributos, fretes, tarifas e demais despesas decorrentes da execução do objeto.

5.3. A declaração falsa relativa ao cumprimento dos requisitos de habilitação, à conformidade da proposta ou ao enquadramento como microempresa ou empresa de pequeno porte sujeitará a Licitante às sanções previstas neste Edital.

5.4. As propostas ficarão disponíveis no SISTEMA eletrônico, entretanto, até a abertura da sessão, a Licitante poderá retirar ou substituir a proposta anteriormente encaminhada.

5.5. A Licitante deverá declarar, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação e que sua proposta está em conformidade com as exigências do Edital.

5.6. A Licitante deverá declarar, em campo próprio do Sistema, sob pena de inabilitação, que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos.

5.7. A Licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte deverá declarar, em campo próprio do Sistema, que atende aos requisitos do art. 3º da LC nº 123/2006, para fazer jus aos benefícios previstos nessa lei.

6. DA SESSÃO PÚBLICA

6.1. A abertura da sessão pública deste Pregão, conduzida pelo(a) Pregoeiro(a), ocorrerá na data e na hora indicadas no preâmbulo deste Edital, no portal eletrônico **www.comprasnet.gov.br**.

6.2. Durante a sessão pública, a comunicação entre o(a) Pregoeiro(a) e as Licitantes ocorrerá exclusivamente mediante troca de mensagens, em campo próprio do SISTEMA eletrônico.

6.3. Cabe a Licitante acompanhar as operações no SISTEMA eletrônico durante a sessão pública do Pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de qualquer mensagem emitida pelo SISTEMA, pelo(a) Pregoeiro(a) ou de sua desconexão.

6.4. A sessão poderá ser reagendada a critério do(a) Pregoeiro(a) sempre que se fizer necessário, devendo a Licitante fazer os acompanhamentos devidos.

SCL/DL



7. DA CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS

7.1. O(a) Pregoeiro(a) verificará as propostas apresentadas, sendo que somente as consideradas classificadas participarão da fase de lances.

7.2. Serão desclassificadas pelo(a) Pregoeiro(a), motivadamente, as propostas:

- a) Que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital;
- b) Que não contenham a descrição do produto ofertado;
- c) Que se identificar no SISTEMA, sendo que somente será considerada como identificação, a descrição do CNPJ ou da Razão Social completa da Licitante.

8. DA FORMULAÇÃO DE LANCES

8.1. Aberta a etapa competitiva, as Licitantes classificadas poderão encaminhar lances sucessivos, exclusivamente por meio do SISTEMA eletrônico, sendo imediatamente informadas do horário e valor consignados no registro de cada lance.

8.2. A Licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último por ela ofertado e registrado no SISTEMA.

8.3. Durante o transcurso da sessão, as Licitantes serão informadas, em tempo real, do valor do menor lance registrado, mantendo-se em sigilo a identificação da ofertante.

8.4. Em caso de empate, prevalecerá o lance recebido e registrado primeiro.

8.5. Os lances apresentados e levados em consideração para efeito de julgamento serão de exclusiva e total responsabilidade da Licitante, não lhe cabendo o direito de pleitear qualquer alteração.

8.6. Durante a fase de lances, o(a) Pregoeiro(a) poderá excluir, justificadamente, lance cujo valor seja manifestamente inexequível.

8.7. Se ocorrer a desconexão do(a) Pregoeiro(a) no decorrer da etapa de lances e o SISTEMA eletrônico permanecer acessível as Licitantes, os lances continuarão sendo recebidos, sem prejuízo dos atos realizados.

8.8. No caso de a desconexão do(a) Pregoeiro(a) persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos, a sessão do Pregão será suspensa automaticamente e terá reinício somente após comunicação expressa as participantes no portal eletrônico **www.comprasnet.gov.br**.

8.9. O encerramento da etapa de lances será decidido pelo(a) Pregoeiro(a), que informará, com antecedência de 01 (um) a 60 (sessenta) minutos, o prazo para início do **tempo de iminência**.

8.10. A etapa de lances da sessão pública será encerrada mediante aviso de fechamento iminente de lances, a critério do(a) Pregoeiro(a), emitido pelo SISTEMA eletrônico às Licitantes, após o que transcorrerá período de tempo de até 30 (trinta) minutos, aleatoriamente determinado pelo SISTEMA eletrônico, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

9. DO BENEFÍCIO ÀS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

9.1. Após a fase de lances, se a proposta mais bem classificada não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte e houver proposta de microempresa ou empresa de pequeno porte que seja igual ou até 5% (cinco por cento) superior à proposta mais bem classificada, proceder-se-á da seguinte forma:

9.1.1. A microempresa ou a empresa de pequeno porte mais bem classificada poderá, no prazo de 5 (cinco) minutos, contados do envio da mensagem automática pelo SISTEMA, apresentar uma última oferta, obrigatoriamente inferior à proposta do primeiro colocado, situação em que, atendidas as exigências habilitatórias e observado o valor estimado para a contratação, será adjudicado em seu favor o objeto deste Pregão;

9.1.2. Não sendo vencedora a microempresa ou a empresa de pequeno porte mais bem classificada, na forma do subitem anterior, o SISTEMA, de forma automática, convocará os Licitantes remanescentes que porventura se enquadrem na situação descrita nesta condição, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito;

9.1.3. No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas ou empresas de pequeno porte que se encontrem no intervalo estabelecido nesta condição, o SISTEMA fará sorteio eletrônico, definindo e convocando automaticamente a vencedora para o encaminhamento da oferta final do desempate.



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

9.1.4. A convocada que não apresentar proposta dentro do prazo de 5 (cinco) minutos, controlados pelo SISTEMA, decairá do direito previsto nos art. 44 e 45 da Lei Complementar nº 123/2006.

9.1.5. Na hipótese de não contratação nos termos previstos nesta condição, o procedimento licitatório prossegue com as demais Licitantes.

10. DA NEGOCIAÇÃO

10.1. O(a) Pregoeiro(a) poderá encaminhar contraproposta diretamente a Licitante que tenha apresentado o lance mais vantajoso, observado o critério de julgamento e o valor estimado para a contratação.

10.2. A negociação será realizada por meio do SISTEMA, podendo ser acompanhada pelas demais Licitantes.

10.3. Será vencedora a empresa que atender ao Edital e ofertar o menor preço.

11. DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

11.1. O(a) Pregoeiro(a) anunciará a Licitante vencedora, imediatamente após o encerramento da etapa de lances da sessão pública ou, quando for o caso, após a negociação e decisão da mesma, acerca da aceitação do lance de menor valor.

11.2. Encerrada a etapa de lances, o(a) Pregoeiro(a) examinará a proposta de preços classificada em primeiro lugar quanto à compatibilidade do preço em relação ao estimado para contratação.

11.3. O item cujo preço total seja superior ao estimado para a contratação, constante no Critério de Julgamento e Relação/Descrição dos Produtos no Anexo I, não será(ão) aceito(s), e portanto, não será(ão) adjudicado(s).

11.4. A classificação das propostas será pelo critério de **MENOR PREÇO POR GRUPO**, observado o **PREÇO DE REFERÊNCIA**, obtidos por meio de pesquisa de mercado.

11.5. Os **PREÇOS DE REFERÊNCIA** serão utilizados na análise dos valores ofertados pela Licitante, para fins de aceitação ou não da proposta comercial.

11.6. Confirmada a aceitabilidade da proposta, o(a) Pregoeiro(a) divulgará o resultado do julgamento do preço, procedendo à verificação da habilitação da Licitante, conforme as disposições deste Edital e seus Anexos.

11.7. Se a proposta de preços não for classificada ou se a Licitante não atender às exigências habilitatórias, o(a) Pregoeiro(a) examinará a proposta de preços subsequente e, assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta de preços que atenda ao Edital, sendo a respectiva Licitante declarada vencedora e a ela adjudicado o objeto do certame.

11.8. Atendidas as especificações do Edital, estando habilitada a Licitante e tendo sido aceito o menor preço apurado, o(a) Pregoeiro(a) declarará a(s) empresa(s) vencedora(s) do(s) respectivo(s) item(ns).

11.9. A indicação do lance vencedor, a classificação dos lances apresentados e demais informações relativas à sessão pública do Pregão Eletrônico constarão de ata divulgada no SISTEMA Eletrônico, sem prejuízo das demais formas de publicidade prevista na legislação pertinente.

12. DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

12.1. A Licitante vencedora deverá adequar sua proposta de preço ao último lance, CONTENDO APENAS DUAS CASAS DECIMAIS APÓS A VÍRGULA, conforme regras matemáticas, e conter ainda:

a) As quantidades; discriminação dos produtos; espécie/tipo e procedência (se for o caso); marca; valor unitário e total da proposta;

b) A indicação e descrição detalhada das características técnicas do(s) produto(s) proposto(s) para o(s) respectivo(s) item(s) que compõe(m) o objeto desta licitação, em conformidade com os requisitos, especificações e condições estipuladas neste Edital, inclusive prazo de entrega, prazo de validade dos produtos e demais especificações que permitam aferir com precisão ao solicitado no Edital;

c) A razão social da proponente; endereço completo; telefone; fax e endereço eletrônico (e-mail), mencionando opcionalmente o banco, número da conta corrente e da agência no qual serão depositados os pagamentos se a Licitante se sagrar vencedora do certame;

d) Prazo de entrega e garantia dos produtos; prazo de validade da proposta, e prazo de pagamento, na forma descrita no item 12.12, donde caso a proposta não conste estas informações, serão considerados os prazos do Edital;



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

e) Caso a Licitante envie a sua proposta de preços, contendo mais de duas casas depois da vírgula, a Comissão Permanente de Licitação fará o arredondamento “para menos” (ex: R\$ 12,578; será arredondado para R\$ 12,57).

12.1.1. Quanto à elaboração da proposta de preços, deve ser observado ainda que:

a) Solicitação de trocas de produto(s) requerido pela vencedora será INDEFERIDA, devendo ser mantido o(s) produto(s) ofertado no Pregão;

12.1.2. As propostas que atenderem aos requisitos do Edital e seus Anexos, caso existam erros, serão corrigidos pelo(a) Pregoeiro(a) na forma seguinte:

a) Discrepância entre valor grafado em algarismos e por extenso: prevalecerá o valor por extenso;

b) Erro de transcrição das quantidades previstas no Edital: será mantido o preço unitário e corrigida a quantidade e o preço total;

c) Erro de multiplicação do preço unitário pela quantidade correspondente: será retificado, mantendo-se o preço unitário e a quantidade e corrigindo-se o preço total;

d) Erro de adição: será retificado, considerando-se as parcelas corretas e retificando-se a soma;

e) Item adjudicado, mas que não consta da proposta enviada quando solicitada pelo(a) Pregoeiro(a): será incluído o item, preservando as informações da proposta digital da empresa cadastrada no SISTEMA, adequando ao último lance ofertado e aceito pelo(a) Pregoeiro(a).

12.2. O valor total da proposta será ajustado pelo(a) Pregoeiro(a) em conformidade com os procedimentos acima;

12.3. A correção poderá ser realizada pelo Pregoeiro(a) por meio de carta de correção - Modelo 1, obedecendo aos critérios acima citados, a qual será encaminhada para a Licitante, que poderá contestar no prazo de até vinte e quatro horas contadas do respectivo envio, donde, caso não o faça, considerar-se-á aceita a correção realizada pelo(a) Pregoeiro(a).

12.4. A Licitante que abandonar o certame ou deixar de enviar a documentação indicada nesta condição será desclassificada e sujeitar-se-á às sanções previstas em Lei, bem como neste Edital.

12.5. O(a) Pregoeiro(a) examinará a proposta mais bem classificada quanto à compatibilidade do preço ofertado com o valor estimado e à compatibilidade da proposta com as especificações técnicas do objeto.

12.6. O(a) Pregoeiro(a) poderá solicitar parecer de técnicos pertencentes ao quadro de pessoal da SESAU/TO ou, ainda, de pessoas físicas ou jurídicas estranhas a ela, para orientar sua decisão.

12.7. Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista neste Edital, inclusive financiamentos subsidiados ou a fundo perdido.

12.8. Não se admitirá proposta que apresente valores simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços de mercado, exceto quando se referirem a produtos e instalações de propriedade da Licitante, para os quais ela renuncie à parcela ou à totalidade de remuneração.

12.9. Para o ICMS relativo ao produto cotado, deverá ser utilizada alíquota interna de origem (art. 155, parágrafo 2º, inciso VII, alínea "b", da Constituição Federal), bem como, para emissão das respectivas Notas Fiscais;

12.10. Nas operações ou prestações internas, relativas à aquisição de mercadorias ou serviços por órgão da Administração Pública Estadual, suas Autarquias e Fundações, a Licitante deverá apresentar sua proposta deduzido o ICMS incidente na operação ou prestação, nos termos do Art. 2º, Inciso LXXX do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto 2.912 de 29 de dezembro de 2006, publicado no D.O.E. nº 2.318, de 02 de janeiro de 2007;

12.11. No(s) preço(s) proposto(s) já deverá(ão) estar inclusas todas as despesas e tributos.

12.12. Independente de transcrição por parte da Licitante, obrigatoriamente as propostas terão:

a) O prazo de **validade da proposta**: no mínimo 120 (cento e vinte) dias corridos, contados da abertura da sessão inaugural;

b) O prazo de **entrega dos produtos**: conforme Termo de Referência, Anexo II;

c) O prazo de **pagamento**: até **30 (trinta) dias corridos**, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada, conforme item 11.2. do Termo de Referência.

13. DA HABILITAÇÃO

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

13.1. A habilitação parcial das Licitantes será verificada por meio do SICAF e da **documentação complementar** exigida no **item 13.3**.

13.2. As **Licitantes** que não atenderem às exigências de habilitação parcial no SICAF deverão apresentar documentos que supram tais exigências, **constantes dos artigos 28 a 31 da Lei Federal nº 8.666/1993**, no que couber.

13.3. Após solicitação do(a) Pregoeiro(a), as Licitantes que tiverem seus preços aceitos **deverão apresentar a seguinte documentação complementar**:

a) Atestado(s) de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando aptidão da empresa quanto ao desempenho da atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto desta licitação;

b) Declaração que a empresa utilizará produto oriundo de um processo produtivo manejado de forma ecologicamente adequada, socialmente justa e economicamente viável, e no cumprimento de todas as leis vigentes;

c) Declaração de que a empresa está apta a executar os serviços descritos neste Edital e seus anexos, bem como apresentar relação dos maquinários em parque gráfico da empresa licitante;

d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;

e) Certidão Negativa de Falência ou Concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;

f) Apresentar comprovação da boa situação financeira da Licitante, aferida com base nos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) E Liquidez Corrente (LC) igual ou maiores que 01 (um), automaticamente pelo SICAF;

g) As empresas que apresentarem resultado inferior a 01 (um) em qualquer dos índices referidos na alínea anterior deverão comprovar o capital mínimo ou valor do patrimônio líquido de 5% do valor estimado da contratação, devendo a comprovação ser feita relativamente à data da apresentação da proposta de preços, na forma da lei, de acordo com os §§ 2º e 3º do artigo 31 da Lei nº. 8.666/93.

13.4. Do envio dos documentos de habilitação e proposta atualizada com o último lance:

13.4.1. As empresas vencedoras serão convocadas para enviar a proposta atualizada com o último lance, **no prazo de 02 (duas) horas, em arquivo único** via sistema que deverá conter: razão social; número do CNPJ; endereço completo; telefone; fax; e-mail; banco; agência; conta-corrente, descrição detalhada do produto; marca; fabricante; procedência; espécie, se for o caso; tipo/modelo, se for o caso; unidade; quantidade; valor unitário; valor total; valor global da proposta; prazo de garantia; prazo de entrega dos produtos; prazo de validade da proposta; prazo de pagamento, além da documentação constante do **item 13**;

13.4.2. Excepcionalmente, com prévia autorização do Pregoeiro(a), a Licitante poderá encaminhar a proposta e os documentos de habilitação, ambos assinados e digitalizados, para o e-mail **superintendencia.licitacao@saude.to.gov.br**, quando comprovada inviabilidade ou dificuldade de envio ou recebimento pelo Sistema Eletrônico, sendo que neste caso em momento posterior será providenciado o uso da funcionalidade "Convocar Anexo", de forma que a documentação seja inserida no Sistema, e assim fique à disposição das demais Licitantes;

13.4.3. Os documentos remetidos nas formas dos subitens acima descritos poderão ser solicitados em original ou por cópia autenticada a qualquer momento, em prazo a ser estabelecido pelo(a) Pregoeiro(a);

13.4.4. Os originais ou cópias autenticadas, caso sejam solicitados, deverão ser encaminhados ao **protocolo geral** da Secretaria de Estado da Saúde, aos cuidados da Superintendência de Compra e Central de Licitação, no endereço descrito no preâmbulo deste Edital;

13.4.5. As empresas que desejarem poderão protocolar diretamente os seus documentos de habilitação e proposta atualizada com o último lance, em original, no **protocolo geral** da Secretaria de Saúde, desde que sejam no **prazo máximo de 02 (duas) horas**, contada da notificação do(a) Pregoeiro(a), ficando neste caso, dispensada a apresentação destes, na forma prevista no item **13.4.1**.

13.5. Será aberto processo administrativo para os fins de aplicação de sanção a empresa que não enviar a documentação exigida no Edital, ou que ficar inabilitada por não cumprir com os termos do Edital, bem como por prestar declaração falsa, já que quando do cadastramento da proposta, DECLARA que cumpre

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

com os requisitos de habilitação do Edital.

13.6. O(a) Pregoeiro(a) não se responsabilizará por documentos extraviados, nem os que chegarem fora do prazo estabelecido, ocasião em que a Licitante será inabilitada, sendo convocadas as Licitantes subsequentes em ordem de classificação, se for o caso.

13.7. Disposições gerais acerca dos documentos de habilitação

a) O(a) Pregoeiro(a) poderá consultar portais eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões para verificar as condições de habilitação das Licitantes.

b) Caso a data de validade de alguma certidão constante do SICAF esteja vencida, a Licitante deverá apresentar a certidão regularizada juntamente com o SICAF.

c) Caso algum dos documentos de habilitação venha a perder a validade no curso da licitação, o(a) Pregoeiro(a) poderá, conforme lhe faculto o § 3º do art. 43 da Lei n.º 8.666/93, efetuar consulta ao órgão responsável pela emissão do documento, para verificação de sua regularidade.

d) Ainda que apresente o SICAF, a Licitante deverá apresentar os demais documentos relacionados no item **13.3** deste Edital.

e) Os documentos exigidos para habilitação poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente, ou por servidor da Administração, ou ainda em publicação feita em veículo de imprensa oficial.

f) Para fins de habilitação, a verificação pelo órgão promotor do certame nos portais eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, caso a Comissão de Licitação julgue conveniente.

g) A Administração não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos, no momento da verificação. Ocorrendo essa indisponibilidade e não sendo apresentados os documentos alcançados pela verificação, a Licitante será inabilitada.

h) O não atendimento a qualquer das condições previstas no item 13 e seus subitens provocará a inabilitação da Licitante vencedora.

i) Sob pena de inabilitação, os documentos encaminhados deverão estar em nome da Licitante, com indicação do número de inscrição no CNPJ.

j) Todos os documentos emitidos em língua estrangeira deverão ser entregues acompanhados da tradução para língua portuguesa, efetuada por tradutor juramentado, e também devidamente consularizados ou registrados no cartório de títulos e documentos.

k) Em se tratando de filial, os documentos de habilitação jurídica e regularidade fiscal deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que, pela própria natureza, são emitidos somente em nome da matriz.

l) A Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte deverá apresentar toda a documentação relativa à comprovação da regularidade fiscal, donde havendo alguma restrição na comprovação de regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que a proponente for declarada vencedora do certame, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

m) A não regularização da documentação, no prazo previsto na alínea anterior, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, e facultará ao(a) Pregoeiro(a) convocar as Licitantes remanescentes, na ordem de classificação.

n) A comprovação da regularidade fiscal deverá ser efetuada mediante a apresentação das competentes certidões negativa de débito, ou positiva com efeito de negativa, vigentes.

o) A não regularização da documentação, no prazo deste item, implicará a decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, e facultará ao(a) Pregoeiro(a) convocar as Licitantes remanescentes, na ordem de classificação.

p) Se a Licitante não atender as exigências de habilitação, o(a) Pregoeiro(a) examinará as documentações subsequentes, na ordem classificatória, que atenda tais exigências.

q) Não serão aceitos documentos com a vigência vencida, ou qualquer tipo de protocolo, exceto se o Edital permitir.

r) Constatado o atendimento às exigências fixadas neste Edital, a Licitante será declarada vencedora.

SCL/DL



s) O atestado de capacidade técnica deverá estar emitido em nome e com CNPJ/MF da matriz e/ou da(s) filial(is) da Licitante.

t) Na fase de habilitação haverá consulta ao Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e ao Cadastro Nacional de Condenadas por Ato de Improbidade Administrativa (CNCIA).

14. DOS RECURSOS

14.1. Declarado a vencedora, o(a) Pregoeiro(a) abrirá prazo de 30 (trinta) minutos, durante o qual qualquer Licitante poderá, de forma imediata e motivada, em campo próprio do SISTEMA, manifestar sua intenção de recurso.

14.2. A falta de manifestação no prazo estabelecido autoriza o(a) Pregoeiro(a) a adjudicar o objeto a Licitante vencedora.

14.3. O(a) Pregoeiro(a) examinará a intenção de recurso, aceitando-a ou, motivadamente, rejeitando-a, em campo próprio do SISTEMA.

14.4. A Licitante que tiver sua intenção de recurso aceita deverá registrar as razões do recurso, em campo próprio do SISTEMA, no prazo de 3 (três) dias, ficando as demais Licitantes, desde logo, intimadas a apresentar contrarrazões, também via SISTEMA, em igual prazo, que começará a correr do término do prazo do recorrente.

14.5. Para justificar sua intenção de recorrer e fundamentar suas razões ou contrarrazões de recurso, a Licitante interessada poderá solicitar vista dos autos a partir do encerramento da fase de lances.

14.6. As intenções de recurso não admitidas e os recursos rejeitados pelo(a) Pregoeiro(a) serão apreciados pela autoridade competente.

14.7. O acolhimento do recurso implicará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

15. DA ADJUDICAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

15.1. O objeto deste Pregão será adjudicado pelo(a) Pregoeiro(a), salvo quando houver recurso, hipótese em que a adjudicação caberá à autoridade competente para homologação.

15.2. O objeto deste Pregão será adjudicado a Licitante vencedora.

15.3. A homologação deste Pregão compete ao Secretário de Estado da Saúde/TO ou, na sua ausência, ao Subsecretário de Estado da Saúde/TO.

16. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

16.1. Da Formalização da Ata de Registro de Preços (DEC. EST. Nº. 5.344/2015):

16.1.1. A SESAU/TO convocará a primeira Licitante classificada e, se for o caso, as demais classificadas que aceitarem fornecer pelo preço da primeira, obedecida à ordem de classificação e aos quantitativos propostos, para assinatura da Ata de Registro de Preços;

16.1.2. Quando convocada a primeira Licitante classificada e, se for o caso, as demais classificadas que aceitarem fornecer pelo preço do primeiro, obedecida à ordem de classificação, deverá comprovar as mesmas condições de habilitação consignadas no edital, as quais deverão ser mantidas pela licitante durante a vigência da Ata de Registro de Preços;

16.1.3. A SESAU/TO convocará formalmente, via telefone e/ou e-mail, a Licitante vencedora para, no prazo de 02 (dois) dias úteis, informando o local, a data e o horário, a assinatura da Ata de Registro de Preços;

16.1.4. O prazo para que a Licitante vencedora compareça, após ser convocada, poderá ser prorrogado, uma única vez, por igual período, desde que ocorra motivo justificado e aceito pela SESAU/TO;

16.1.5. No caso de a Licitante vencedora, após convocada, não comparecer ou se recusar a assinar a Ata de Registro de Preços, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital e seus anexos, o(a) Pregoeiro(a) poderá, mantida a ordem de classificação, negociar com a Licitante seguinte antes de efetuar seu registro;

16.1.6. A SESAU/TO poderá ainda, encaminhar, por e-mail, a Ata de Registro de Preços para que seja assinada por pessoa legalmente autorizada a firmar compromissos em nome da empresa;

16.1.7. Caso a SESAU/TO opte por enviar a Ata na forma do item acima (16.1.6), a Adjudicada deverá prover sua assinatura e devolução, de forma digital (escaneada), através de seu e-mail (da empresa), no prazo máximo de 48 (quarenta e oito horas), ficando, neste caso dispensado o envio da via original.

16.1.8. A devolução da Ata deverá ser, obrigatoriamente, no e-mail do(a) Pregoeiro(a) indicado no



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

Preâmbulo do Edital.

16.1.9. A SESAU/TO, julgando necessário, poderá notificar a adjudicada que providencie a devolução da Ata original devidamente assinada no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, ficando, neste caso dispensado o envio da via original, observado o item 16.1.5.

16.1.10. Em qualquer das situações previstas nos subitens antecedentes que tratam da assinatura da Ata, a Licitante que não os atender, decaíra do direito de registro, ocasião em que a SESAU/TO convocará as Licitantes remanescentes obedecendo à ordem de classificação, sem prejuízo das sanções previstas em Lei;

16.1.11. Publicada na Imprensa Oficial, a Ata de Registro de Preço terá efeito de compromisso de fornecimento;

16.1.12. A existência de preços registrados não obriga a Administração a firmar as contratações que deles poderão advir, facultando-lhe a realização de licitação específica para a aquisição pretendida, sendo assegurado ao fornecedor beneficiário do registro preferência de fornecimento em igualdade de condições.

16.2. Da Vigência da Ata de Registro de Preços (DEC. EST. Nº. 5.344/2015):

16.2.1. A vigência da Ata de Registro de Preços proveniente deste Pregão será de 12 (doze) meses, contados da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

16.3. Da Participação e Adesão ao Registro de Preços (DEC. EST. Nº. 5.344/2015):

16.3.1. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Tocantins (SESAU/TO) é o Órgão Gerenciador responsável pela condução do conjunto de procedimentos do certame para registro de preços e gerenciamento da Ata de Registro de Preços dele decorrente;

16.3.2. Desde que devidamente justificada a vantagem, a Ata de Registro de Preços, durante sua vigência, pode ser utilizada por qualquer órgão ou entidade da Administração Pública que não tenha participado do certame licitatório, mediante anuência da SESAU/TO;

16.3.3. Cabe ao fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não do fornecimento decorrente de adesão, desde que não prejudique as obrigações presentes e futuras resultantes da ata, assumidas com a SESAU/TO e órgãos participantes;

16.3.4. As aquisições ou contratações adicionais referenciadas **no item 16.3.2** não poderão exceder, por órgão ou entidade, a 100% (cem por cento) dos quantitativos dos itens deste Edital e registrados na Ata de Registro de Preços para a SESAU/TO e órgãos participantes;

16.3.5. O total de utilização de cada item não pode exceder ao quádruplo do quantitativo inicialmente registrado, independentemente do número de órgãos não participantes que aderirem;

16.3.6. Após a autorização da SESAU/TO, o órgão não participante deve efetivar a aquisição ou contratação solicitada em até 90 (noventa) dias, observado o prazo de vigência da ata;

16.3.7. Compete ao órgão não participante os atos relativos à cobrança do cumprimento pelo fornecedor das obrigações contratualmente assumidas e a aplicação, observados a ampla defesa e o contraditório, de eventuais penalidades decorrentes do descumprimento de cláusulas contratuais, em relação às suas próprias contratações, informando as ocorrências ao órgão gerenciador;

16.3.8. A concessão de adesão se dará pela ordem de registro e na razão dos respectivos limites de fornecimento registrados na Ata;

16.3.9. Eventuais dúvidas acerca da adesão serão elucidadas conforme o Decreto Estadual nº. 5.344/2015, e subsidiariamente o Decreto Federal nº 7.892/2013.

16.4. Da Administração da Ata de Registro de Preços (DEC. EST. Nº. 5.344/2015):

16.4.1. A SESAU/TO é responsável pelos atos de controle e administração da Ata de Registro de Preços decorrentes desta licitação e indicará, sempre que solicitado pelos órgãos interessados, respeitada a ordem de registro e os quantitativos a serem adquiridos, o fornecedor para o qual será emitido o pedido.

16.4.2. A convocação do fornecedor beneficiário pelo contratante será formalizada e conterá o endereço e o prazo máximo em que deverá comparecer para retirar o respectivo pedido.

16.4.3. O fornecedor beneficiário convocado na forma da condição anterior que não comparecer, não retirar o pedido no prazo estipulado ou não cumprir as obrigações estabelecidas na Ata de Registro de Preços, estará sujeito às sanções previstas neste Edital e seus Anexos.

16.4.4. Quando comprovada a hipótese acima, a SESAU/TO poderá indicar o próximo fornecedor ao qual

SCL/DL



será destinado o pedido, sem prejuízo da abertura de processo administrativo para aplicação de sanções.

16.5. Do Controle e das Alterações de Preços (DEC. EST. Nº. 5.344/2015):

16.5.1. Os preços registrados poderão ser revistos em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve os custos dos serviços ou bens registrados, cabendo a SESAU/TO promover as negociações junto aos fornecedores, observadas as disposições contidas na alínea “d” do inciso II do caput do artigo 65 da Lei Federal 8.666/1993.

16.5.2. Nas hipóteses de alteração de preços registrados em ata, será observado o disposto nos artigos 18 e 19 do Decreto Estadual nº 5.344 de 30 de novembro de 2015.

16.6. Do Cancelamento do Registro de Preços (DEC. EST. Nº. 5.344/2015):

16.6.1. O fornecedor beneficiário terá seu registro de preços cancelado na Ata, por intermédio de processo administrativo específico, assegurado o contraditório e a ampla defesa:

16.6.1.1. A pedido, quando:

- a) comprovar estar impossibilitado de cumprir as exigências da Ata, por ocorrência de casos fortuitos ou de força maior;
- b) o seu preço registrado se tornar, comprovadamente, inexequível em função da elevação dos preços de mercado, dos insumos que compõem o custo das aquisições/contratações, desde que a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento.

16.6.1.2. Por iniciativa da SESAU/TO, quando o fornecedor:

- a) não aceitar reduzir o preço registrado, quando estes tornarem superiores aos praticados no mercado;
- b) perder qualquer condição de habilitação técnica exigida no processo licitatório;
- c) por razões de interesse público, devidamente motivadas e justificadas por decurso do prazo de vigência, ou quando não restarem fornecedores registrados;
- d) não cumprir as obrigações decorrentes da Ata de Registro de Preços;
- e) não comparecer ou se recusar a retirar, no prazo estabelecido, os pedidos decorrentes da Ata de Reg. de Preços;

16.6.1.3. Quando caracterizada qualquer hipótese de inexecução total ou parcial das condições estabelecidas na Ata de Registro de Preços ou nos pedidos dela decorrentes;

16.6.1.4. Em quaisquer hipóteses acima, concluído o processo, a SESAU/TO fará o devido apostilamento na Ata de Registro de Preços e informará ao fornecedor beneficiário e aos demais fornecedores a nova ordem de registro.

17. DO PAGAMENTO

17.1. O prazo previsto para pagamento será de até **30 (trinta) dias corridos**, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada.

17.2. No ato do pagamento será comprovada a manutenção das condições iniciais de habilitação quanto à situação de regularidade fiscal e trabalhista da empresa.

17.3. No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na nota fiscal/fatura, serão os mesmos restituídos à contratada para as correções necessárias, não respondendo o contratante por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.

17.4. Os preços são fixos e irredutíveis, exceto nas hipóteses decorrentes e devidamente comprovadas das situações previstas no art. 65 da Lei nº 8.666/1993.

17.5. No caso de atraso de pagamento, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos pela CONTRATANTE, encargos moratórios à taxa nominal de 6% a.a. (seis por cento ao ano), capitalizados diariamente em regime de juros simples.

17.6. O valor dos encargos será calculado pela fórmula: $EM = I \times N \times VP$, onde: EM = Encargos moratórios devidos; N = Números de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; I = Índice de compensação financeira = 0,00016438; e VP = Valor da prestação em atraso.

17.7. Os pagamentos não serão efetuados através de boletos bancários, sendo a garantia do referido pagamento a própria Nota de Empenho.

18. DO CONTRATO E CONDIÇÕES PARA A CONTRATAÇÃO

18.1. O contrato terá duração de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, podendo ser

SCL/DL



prorrogado a interesse da Administração, conforme prevê o artigo 57, inciso I da Lei 8.666/93.

18.2. Homologado o Pregão, a Licitante será convocada de acordo com a necessidade da Administração para, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, retirar a(s) Nota(s) de Empenho(s) ou assinar o contrato, podendo este prazo ser prorrogado, a critério da Administração, por igual período e por uma vez, desde que ocorra motivo justificado.

18.3. Quando a empresa adjudicatária, após convocada, recusar-se a retirar a “Nota de Empenho”, não apresentar situação fiscal regular, não assinar o contrato, negar ou retardar a entrega do(s) produto(s) objeto deste Pregão, a SESAU/TO convocará formalmente as Licitantes remanescentes na ordem de classificação do certame para contratar com a Administração.

18.4. Cometendo a adjudicatária uma das situações previstas acima, sem motivo justo e não acatado pela SESAU/TO, ficará caracterizado descumprimento total da obrigação assumida, estando a empresa sujeita às penalidades previstas em Lei.

18.5. A sujeição à penalidade prevista no subitem anterior não se aplica às Licitantes remanescentes que se negarem a aceitar a contratação nos mesmos termos propostos a primeira adjudicatária.

19. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

19.1. A Licitante será sancionada com o impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e será descredenciada no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo de multa de até 30% (trinta por cento) do valor contratado e demais cominações legais, nos seguintes casos:

- a) cometer fraude fiscal;
- b) apresentar documento falso;
- c) fizer declaração falsa;
- d) comportar-se de modo inidôneo;
- e) deixar de entregar a documentação exigida no certame;
- f) não manter a proposta;
- g) fraudar ou retardar de qualquer forma a execução do contrato;
- h) não cumprir com a execução do contrato;
- i) descumprir as demais exigências deste Edital e seus Anexos.

19.2. Para os fins deste item, reputar-se-ão inidôneos atos como os descritos nos arts. 90, 92, 93, 94, 95 e 96 da Lei nº 8.666/93;

19.3. Para os fins do item 18.2, a cada dia de atraso será cobrado 1% (um por cento) de multa até o limite de 30% (trinta por cento), ocasião em que será rescindido unilateralmente o contrato, sendo convocadas as Licitantes remanescentes obedecendo à ordem de classificação, para contratar com a Administração, sem prejuízo das demais sanções previstas no artigo 7º da Lei Federal nº. 10.520/2002 e artigos de 81 a 88 da Lei 8666/93;

19.4. A multa, eventualmente imposta à Contratada, será descontada da fatura a que fizer jus, acrescida de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês. Caso a Contratada não tenha nenhum valor a receber do Estado, ser-lhe-á concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua intimação, para efetuar o pagamento da multa. Após esse prazo, não sendo efetuado o pagamento, seus dados serão encaminhados ao órgão competente para que seja inscrita na dívida ativa, podendo, ainda a Administração proceder à cobrança judicial da multa;

19.5. A multa será aplicada, após o julgamento da defesa apresentada pela Contratada no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da data de sua notificação. Decaído este prazo, sem manifestação da Contratada, a Contratante aplicará e executará automaticamente a multa;

19.6. Para julgamento da defesa apresentada pela Contratada ou aplicação da multa, fica facultada a área responsável consultar a Superintendência de Assuntos Jurídicos da SESAU/TO.

19.7. As multas previstas nesta seção não eximem a adjudicatária ou Contratada da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha causar à Administração ou a terceiros.

19.8. Poderá haver ainda, pena de:

a) **Advertência** quando se tratar de infração leve, a juízo da fiscalização, no caso de descumprimento das



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

obrigações e responsabilidades assumidas no contrato, ou ainda, no caso de outras ocorrências que possam acarretar transtornos ao desenvolvimento dos serviços da contratante, desde que não caiba a aplicação de sanção mais grave;

b) Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, pelo prazo não superior a 05 (cinco) anos;

c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a própria Autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior.

19.9. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.

19.10. Todas as sanções poderão, a critério da SESA/TO, tramitar nos autos que correm o procedimento licitatório.

19.11. Da instauração do procedimento administrativo para aplicação da sanção:

a) A empresa que descumprir o Edital será convocada por meio do SICAF (via chat) durante a realização do Pregão para que apresente sua defesa no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da data de notificação do(a) Pregoeiro(a), sendo excluído o dia de início e incluído o último;

b) A SESA/TO não se responsabiliza pela inobservância da convocação pela Licitante realizada por meio do SISTEMA;

c) A critério da SESA/TO, a convocação poderá ser realizada pelo e-mail da Licitante.

d) A empresa, caso deseje, deve apresentar sua defesa através do e-mail do(a) Pregoeiro(a) ou protocolar diretamente na Protocolo Geral da Secretaria de Estado da Saúde;

e) Concluído o prazo estabelecido no item 19.11. "a", os autos seguirão devidamente instruídos para prolação da decisão pela Autoridade Competente;

f) Da decisão caberá recurso, na forma da Lei.

g) Na contagem dos prazos, exclui-se o dia de início e inclui-se o último.

20. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. Ao Secretário da Saúde compete anular este Pregão de ofício, por ilegalidade, ou por provocação de qualquer pessoa, e cancelá-lo ou revogá-lo todo ou em parte, por considerá-lo inoportuno, inconsistente ou inconveniente diante de fato superveniente, mediante ato escrito e fundamentado.

20.2. As Licitantes não terão direito à indenização em decorrência de revogação ou anulação do procedimento licitatório, ressalvado o direito a ampla defesa e o contraditório.

20.3. É facultado ao(a) Pregoeiro(a) ou à autoridade superior, em qualquer fase deste Pregão, promover diligência destinada a esclarecer ou completar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de informação ou de documentos que deveriam ter sido apresentados para fins de classificação e habilitação.

20.4. No julgamento das propostas e na fase de habilitação, o(a) Pregoeiro(a) poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas e dos documentos e a sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de classificação e habilitação.

20.5. Caso os prazos definidos neste Edital não estejam expressamente indicados na proposta, eles serão considerados como aceitos para efeito de julgamento deste Pregão.

20.6. Os documentos eletrônicos produzidos com a utilização de processo de certificação disponibilizada pela ICP-Brasil, nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, serão recebidos e presumidos verdadeiros em relação aos signatários, dispensando-se o envio de documentos originais e cópias autenticadas em papel.

20.7. Aplicam-se às cooperativas enquadradas na situação do art. 34 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, todas as disposições relativas às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte.

20.8. Em caso de divergência entre normas infralegais e as contidas neste Edital, prevalecerão às últimas, exceto em caso de normas editadas pelo Governo do Estado e Federal.

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

- 20.9.** Não serão aceitos documentos com a vigência vencida, exceto se, e nos casos que o Edital permitir;
- 20.10.** A participação neste Pregão implica, automaticamente, na aceitação integral dos termos deste Edital, seus Anexos, leis e normas aplicáveis;
- 20.11.** Este Pregão poderá ter a data de abertura da sessão pública transferida por conveniência da SESAU/TO, sem prejuízo do disposto no § 4º do art. 17 do Decreto Federal nº 5.450/2005.
- 20.12.** Este Edital é instrumento de adesão, donde todos que participem estão automaticamente de acordo com suas condições.
- 20.13.** A Contratada não poderá subcontratar o objeto em parte.
- 20.14.** Não serão aceitos “protocolos de entrega” ou “solicitação de documentos” em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos, salvo nos casos expressamente permitidos.
- 20.15.** Na contagem dos prazos, exclui-se o dia de início inclui-se o último.

21. DO FORO

- 21.1.** Para dirimir as questões relativas ao presente Edital, elege-se como foro competente o da comarca de Palmas - TO, com exclusão de qualquer outro.

Palmas, 03 de maio de 2017.

Kássia Divina Pinheiro Barbosa Koelln
Presidente da Comissão Permanente de Licitação



ANEXO I**Critério de Julgamento e Relação/Descrição dos Produtos****01. Do critério de julgamento (lembretes importantes):**

- a) Será vencedora a Licitante que atender as exigências do Edital e apresentar o **menor preço por lote observado o preço unitário de referência**;
- b) A proposta deverá conter apenas duas casas decimais após a vírgula;
- c) O(s) modelo(s) do(s) produto(s) a ser(em) adquirido(s), consta(m) no Termo de Referência;

02. Da Relação/Descrição dos produtos:

GRUPO 01					
ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QTD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.152	R\$25,63	R\$ 29.525,76
2	ADMISSÃO NA ENFERMARIA TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	624	R\$ 33,81	R\$ 21.097,44
3	ANOTAÇÃO DIÁRIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - SAE/BALANÇO HÍDRICO - TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	4.800	R\$ 33,46	R\$ 160.608,00
4	ATESTADO MÉDICO TAMANHO 15X21cm – 2 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 75 JG	6.000	R\$ 10,81	R\$ 64.860,00
5	ATESTADO MÉDICO TAM. 15X21 – 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES ACABAMENTO COLADO.	BLOCO 100 FOLHAS	12.000	R\$ 10,24	R\$ 122.880,00
6	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTESIA DO PACIENTE CIRURGICO/AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATORIA TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	20.400	R\$ 13,78	R\$ 281.112,00
7	AVISO ALTA ÓBITO TRANSFERÊNCIA TAM. 14X16cm 3 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO 50G (COR BRANCA – AMARELA – AZUL) 4/0 CORES ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 50 JG	15.600	R\$ 14,79	R\$ 230.724,00
8	CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE QUIMIOTERAPIA TAM. 15X21cm 2 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO E COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	15.000	R\$ 15,24	R\$ 228.600,00
9	EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA TAM. 21X30cm 2 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO E COLADO SERRILHADO.	BLOCO 75 JG	3.936	R\$ 18,16	R\$ 71.477,76
10	EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL - TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	7.608	R\$ 16,51	R\$ 125.608,08



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

11	EVOLUÇÃO MÉDICA TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	4.200	R\$ 17,48	R\$ 73.416,00
12	PRESCRIÇÃO DE DIETOTERAPIA LACTARIA TAM. 30X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.340	R\$ 18,68	R\$ 43.711,20
13	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM – TAM. 30X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	4.296	R\$ 18,27	R\$ 78.487,92
14	PRESCRIÇÃO MÉDICA – TAM. 15X21cm 2 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO 50G (COR BRANCA – ROSA) 4/0 CORES ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 75 JG	22.032	R\$ 8,45	R\$ 186.170,40
15	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL – 2 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO 50G (COR BRANCA – AZUL) 4/0 CORES ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 75 JG	5.568	R\$ 9,78	R\$ 54.455,04
16	RECEITUÁRIO MÉDICO MULTIUSO TAM. 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	20.640	R\$ 6,41	R\$ 132.302,40
17	RECEITUÁRIO PARA PEDIDO DE EXAMES TAM. 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	21.804	R\$ 6,29	R\$ 137.147,16
18	RECEITUÁRIO SIMPLES TAMANHO TAM. 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	46.332	R\$ 5,15	R\$ 238.609,80
19	RECEITUÁRIO ORTOPEDIA TAM. 18X28cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.356	R\$ 16,93	R\$ 22.957,08
20	RESUMO DE ALTA TAM . 21X30cm - 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	264	R\$ 44,35	R\$ 11.708,40
21	ROTULO PARA BIOPSIA TAMANHO 16X6cm EM ADESIVO BOPP 4/0 CORES.	UNID	24.180	R\$ 0,31	R\$ 7.495,80
22	ROTULO PARA SORO TAMANHO 09X06cm EM ADESIVO BOPP 4/0 CORES.	UNID	1.067.976	R\$ 0,08	R\$ 85.438,08
VALOR TOTAL DO GRUPO 1					R\$ 2.408.392,32



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

GRUPO 02					
ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QTD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
23	FICHA OBSTÉTRICA TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-240gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.164	R\$ 11,51	R\$ 13.397,64
24	TESTE DO PEZINHO TAMANHO 18X15cm 1 VIA PAPEL AP-240gm, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.464	R\$ 16,73	R\$ 24.492,72
25	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR TAM. 30X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	10.800	R\$ 10,49	R\$ 113.292,00
26	FICHA DE ANESTESIA TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	7.848	R\$ 11,58	R\$ 90.879,84
27	FORMULÁRIO - RECEPÇÃO AVISO MÚLTIPLO DE SAÍDA TAM. 19X12cm 3 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	24.000	R\$ 7,86	R\$ 188.640,00
28	FICHA SANITÁRIA MULTIPROFISSIONAL TAM. 19X21cm 1 VIA PAPEL AP-240gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO COLADO.	BLOCO 100 FOLHAS	56.400	R\$ 6,81	R\$ 384.084,00
29	FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAIS TAM. 15X21cm 2 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO COLADO	BLOCO 75 JG	1.560	R\$ 14,78	R\$ 23.056,80
30	FORMULÁRIO MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO TAM. 20X15cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	4.800	R\$ 25,30	R\$ 121.440,00
31	GASTO DE SALA CENTRO CIRÚRGICO – TAM. 21X30cm 2 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 75 JG	3.360	R\$ 18,34	R\$ 61.622,40
32	GPA - GUIA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – TAMANHO 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	7.116	R\$ 14,73	R\$ 104.818,68
33	IDENTIFICAÇÃO DE LEITO TAM. 18X12cm EM ADESIVO BOPP, 4/0 CORES. (EMBALADOS/CINTADOS 50X1)	EMBALAGEM 50X1	29.640	R\$ 4,29	R\$ 127.155,60
34	LAUDO CIRÚRGICO – O.P.M. – ÓRTESES E PRÓTESES MÉDICO CIRÚRGICO – TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	5.364	R\$ 2,53	R\$ 13.570,92
35	LAUDO MÉDICO / TÉC. P/EMIÇÃO DE APAC TOMOGRAFIA / DENSITOMETRIA TAM. 21X30cm - 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 100 FOLHAS	4.392	R\$ 23,11	R\$ 101.499,12



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

36	LAUDO MÉDICO P/ SOLICITAÇÃO DE: 21x30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	3.360	R\$ 23,24	R\$ 78.086,40
37	LAUDO MÉDICO P/TRATAMENTO FORA DOMICILIO (TFD) TAM. 21X30cm 3 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO (BRANCO E ROSA) 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	10.800	R\$ 11,10	R\$ 119.880,00
38	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR TAM. 21X30cm 3 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	14.964	R\$ 11,25	R\$ 168.345,00
39	LAUDO SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL TAM. 19X28cm 3 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 50 JG	7.128	R\$ 22,78	R\$ 162.375,84
40	MAPA DE DIETA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO TAM. 21X30cm 3 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	7.992	R\$ 11,76	R\$ 93.985,92
41	PEDIDO DE PARECER TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	3.000	R\$ 22,37	R\$ 67.110,00
42	PARTOGRAMA TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-170gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	4.308	R\$ 22,31	R\$ 96.111,48
43	PASSAGEM DE PLANTÃO BLOCO CIRÚRGICO TAM 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.280	R\$ 23,91	R\$ 54.514,80
44	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO - PRONTO SOCORRO TAM. 30X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.608	R\$ 24,94	R\$ 40.103,52
45	REQUISIÇÃO A ESTORNO TAM. 15X21cm 2 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 75 JG	1.560	R\$ 17,46	R\$ 27.237,60
46	REQUISIÇÃO DE ALMOXARIFADO TAM. 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO COLADO.	BLOCO 100 FOLHAS	4.680	R\$ 12,13	R\$ 56.768,40
47	REQUISIÇÃO DE EXAMES DIVERSOS TAM. 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	8.976	R\$ 10,91	R\$ 97.928,16
48	REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	396	R\$ 42,54	R\$ 16.845,84
49	REQUISIÇÃO DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.548	R\$ 23,51	R\$ 36.393,48



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

50	REQUISIÇÃO DE PARECER TAM. 21X30cm 3 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO (BRANCO, AMARELO, AZUL) AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	3.312	R\$ 18,18	R\$ 60.212,16
51	REQUISIÇÃO SALA DE PARTO TAM.20X15cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.868	R\$ 13,41	R\$ 38.459,88
52	REQUISIÇÃO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES HISTOPATOLOGICO (BIOPSIA) TAM. 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.008	R\$ 18,95	R\$ 19.101,60
53	REQUISIÇÃO/SOLICITAÇÃO DE TRANSF. DE SANGUE (CARBONIZADO) TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.568	R\$ 29,95	R\$ 76.911,60
54	SAE - INTERNAÇÃO TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.560	R\$ 25,96	R\$ 40.497,60
55	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	1.500	R\$ 25,02	R\$ 37.530,00
56	SERVIÇO DE ORTOPEDIA TAM. 10X13cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.028	R\$ 10,72	R\$ 21.740,16
57	SERVIÇO SOCIAL ENCAMINHAMENTO TAM. 15X21cm 3 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 50 JG	12.000	R\$ 7,03	R\$ 84.360,00
58	SISTEMA CONTRA REFERENCIA – 21X30cm 2 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO (BRANCO ROSA), 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.ARELA)	BLOCO 75 JG	5.088	R\$ 24,22	R\$ 123.231,36
59	SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE - AVALIAÇÃO PRÉ-PARTO HUMANIZADO TAM. 30X20cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	984	R\$ 32,86	R\$ 32.334,24
60	SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO CCIH E FARMÁCIA TAM. 30X21cm 3 VIAS PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 50 JG	1.716	R\$ 22,83	R\$ 39.176,28
61	SOLICITAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS – TAM 15X21cm - 2 VIAS PAPEL AUTOCOPIATIVO, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO	BLOCO 75 JG	7.896	R\$ 12,70	R\$ 100.279,20
62	SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.040	R\$ 60,84	R\$ 124.113,60



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

63	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE UTI TAM. 21X30cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/0 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.040	R\$ 60,91	R\$ 124.256,40
64	TROCA DE PLANTÃO TAMANHO 15X21cm 1 VIA PAPEL AP-90gr, 4/4 CORES. ACABAMENTO GRAMPEADO COLADO SERRILHADO.	BLOCO 100 FOLHAS	2.808	R\$ 12,43	R\$ 34.903,44
TOTAL DO GRUPO 2					R\$ 3.440.743,68
GRUPO 03					
ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QTD.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
65	CARTÃO DO ACOMPANHANTE TAMANHO 9,5X6cm PAPEL COUCHÊ 300gr, 4/4 CORES.	UNIDADE	31.200	R\$ 0,32	R\$ 9.984,00
66	CARTÃO DE ATENDIMENTO TAMANHO 10X8cm PAPEL COUCHÊ 300gr, 4/4 CORES.	UNIDADE	46.800	R\$ 0,21	R\$ 9.828,00
67	CARTÃO DE VISITA, TAMANHO 9,5X5cm PAPEL COUCHÊ 300G 4/4 CORES, LAMINAÇÃO BOPP FOSCA E VERNIZ LOCALIZADO – (100 UND POR ARTE).	UNIDADE	31.200	R\$ 0,84	R\$ 26.208,00
68	CRACHÁ, TAMANHO 10X15cm PAPEL COUCHÊ 300G 4/0 CORES, COM 2 FUROS E CORDÃO (100 UND POR ARTE).	UNIDADE	132.600	R\$ 0,96	R\$ 127.296,00
TOTAL DO GRUPO 3					R\$ 173.316,00
TOTAL GERAL					R\$ 6.022.452,00



ANEXO II**MEMORANDO Nº 348/15****TERMO DE REFERÊNCIA****01. DO OBJETO**

1.1. Registro de preços para contratação de empresa prestadora de serviços gráficos com criação de arte e diagramação, com vistas à confecção de blocos, fichas e etiquetas, especificados neste Termo de Referência - Anexo I, com vários formatos e gramaturas, incluindo prova de impressão, acabamento, embalagem, empacotamento, etiquetagem e transporte, para atendimento das diversas demandas dos 19 Hospitais da **Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Tocantins/TO**.

02. DA JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO

2.1. Pretende-se com a presente contratação o atendimento as necessidades da **SESAU/TO**, conforme especificações deste Termo de Referência, visando garantir a continuidade dos serviços gráficos.

2.2. A contratação possibilitará a execução do que está proposto nos objetivos, metas, iniciativas e ações do Plano Plurianual (PPA 2015), a saber:

2.3. Faz-se necessária à referida prestação dos serviços tanto para atender as demandas atuais dos 19 Hospitais da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Tocantins/TO. Em sistemas de impressões gráficas, com otimização da relação custo benefício, em função das tiragens, diferentes especificações e prazos descritos neste Termo de Referência.

2.4. A presente contratação justifica-se também, para atender a novas demandas desta Administração, a partir do estabelecimento de seu planejamento estratégico, a fim de evitar os frequentes e descontinuados processos de contratação desse tipo, cujas demandas, por vezes, são eventuais e imprevistas.

2.5. A adoção do Sistema de Registro de Preços, para esta contratação, encontra amparo legal no artigo 4º do Decreto nº 5.450, de 31/05/2005, estabelece que nas licitações para aquisição de bens e serviços comuns, que é o caso, deverão ocorrer na modalidade pregão, sendo **preferencial** a utilização da sua forma eletrônica. Com isso, define-se a modalidade de licitação como Pregão Eletrônico para Registro de Preços.

2.6. No caso em tela, insta salientar que a Diretoria Hospitalar optou pela modalidade licitatória por lote, por entendermos que esta modalidade não implicaria em prejuízo a ampla concorrência uma vez que os lotes foram divididos por produtos complementares.

2.7. Considerando que, os produtos gráficos na modalidade em curso são convenientes ao erário uma vez que, quanto maior a quantidade de produtos solicitados, maior será a possibilidade de abatimento nessa compra, pois a empresa terá aproximadamente os mesmos custos para a concretização do serviço.

03. RELAÇÃO ENTRE A DEMANDA PREVISTA E QUANTIDADE DE SERVIÇO A SEREM REGISTRADOS

3.1. A expectativa de consumo dos serviços gráficos dispostos neste Termo de Referência foi sedimentada com base nas diversas solicitações dos 19 Hospitais da **Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Tocantins/TO**, acrescido com uma margem de segurança de 30% (trinta por cento) dos quantitativos.

04. DAS ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

4.1. A contratação dos serviços gráficos deverá atender no que couber, conforme as necessidades as especificações e quantitativos constantes neste Termo de Referência cujos preços deverão estar registrados na proposta de preços da futura contratada.

4.2. Os formatos dos impressos poderão sofrer alterações, em razão do interesse público, devido a ajustes necessários e peculiares aos respectivos exemplares/publicações ou em razão das demandas surgidas na vigência do registro, prevalecendo o formato mais próximo ao estabelecido no Anexo I do edital, considerando sempre a de menor valor entre os preços que compõem os valores constantes da Planilha de Composição de Preços, para efeito de formação do preço, quando da solicitação dos serviços.

05. DA PROPOSTA

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

5.1. A proposta de preços deverá conter discriminação detalhada dos serviços, contendo, ainda, preço unitário e valor total do item, cujos valores e quantitativos não poderão ser superiores aos valores máximos estimados pela administração.

06. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DOS LICITANTES

6.1. A empresa licitante deverá apresentar declaração de que esta apta a executar os serviços descritos neste termo; bem como apresentar relação dos maquinários em parque gráfico da própria empresa(não sendo admitida a terceirização). A sesau poderá realizar diligência afim de confirmar a veracidade da declaração.

6.2. Atestado(s) de capacidade técnica fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, comprovando sua aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação.

6.2.1 A **SESAU/TO** poderá realizar diligência nos atestados de capacidade técnica apresentados para verificação da autenticidade de seu conteúdo, conforme previsto no Art. 43, § 3º da Lei 8.666/93;

6.2.2 O(s) Atestado(s) de Capacidade Técnica (declaração ou certidão) deverá(ão) constar as informações da entidade emissora, necessárias à realização de possíveis diligências pela Comissão Permanente de Licitação ou Pregoeiro, tais como: Nome do responsável; endereço completo, incluindo telefones, fac-símile e endereço eletrônico;

6.2.3. Não serão aceitos Atestados com objeto genérico (ex: material gráfico), ou seja, deverá constar no respectivo Atestado a nomenclatura **compatível** com cada item do objeto licitado em conformidade com descrição constante do Anexo I deste Termo de Referência;

6.2.4. Considera-se compatível o atestado que comprove que a licitante executou serviços de confecção de blocos, fichas e etiquetas, no quantitativo de no mínimo 40%(quarenta por cento) do estimado a ser contratado;

6.2.5. Em consonância com o item 21 deste Termo de Referência, a critério de homologação o licitante vencedor deverá apresentar pelo menos uma **declaração** que a empresa utiliza produto oriundo de um processo produtivo manejado de forma ecologicamente adequada, socialmente justa e economicamente viável, e no cumprimento de todas as leis vigentes.

07. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

7.1. Nos termos do art. 67, § 1º, da Lei nº 8.666/93, a **SESAU-TO** designará um representante para acompanhar e fiscalizar o fornecimento dos produtos, anotando em registro próprio todas as ocorrências e deficiências relacionadas com o fornecimento e determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados;

7.2. A **SESAU-TO** se reserva o direito de rejeitar, no todo ou em parte, os serviços e/ou produtos que estiverem em desacordo com as especificações contidas no Edital e seus anexos.

7.3. Quaisquer exigências da fiscalização, inerentes ao objeto contratado, deverão ser prontamente atendidas pela Adjudicatária, sem ônus para a **SESAU-TO**;

8. DOS PRAZO PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. Os prazos máximos para apresentação das provas a Secretaria, deverão seguir as determinações abaixo;

8.1.1. 12 (doze) horas, contadas a partir da autorização do demandante, para cartazes, folders, folhetos, blocos, pastas, convites, envelopes, adesivos, livretos, livros, relatórios, publicações diversas e para prova digital, quando a arte final for fornecida pela **SESAU-TO**;

8.1.2. 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir da autorização do demandante, para o material citado no subitem acima, quando a arte final, diagramação, digitação e revisão forem elaboradas pela empresa contratada.

8.2 Os prazos máximos para impressão/acabamento e entrega, após aprovação da arte final, deverão seguir as determinações abaixo:

8.2.1. 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir da aprovação das provas para cartazes, folders, folhetos, blocos, pastas, convites, envelopes, adesivos e para prova digital (presmatch ou cromalim);

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

- 8.2.2.** 02 (dois) dias úteis para publicações de até 50 (cinquenta) páginas e/ou até 100 (cem) exemplares.
- 8.2.3.** 03 (três) dias úteis para publicações de até 80 (oitenta) páginas e/ou até 500 (quinhentos) exemplares.
- 8.2.4.** 05 (cinco) dias úteis para publicações de até 120 (cento e vinte) páginas e/ou até 1000 (hum mil) exemplares ou superior.
- 8.3** Os trabalhos de impressão e acabamento somente deverão ser executados, após a aprovação das provas apresentadas, pelo responsável pelas demandas:

9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 9.1.** Executar o serviço conforme a demanda do **CONTRATANTE**, mediante Ordem de Serviço.
- 9.2.** Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus ao **CONTRATANTE**.
- 9.3.** Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificações exigidas na licitação.
- 9.4.** Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do Contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução ou de materiais empregados.
- 9.5.** Responsabilizar-se pelo fiel cumprimento dos serviços contratados.
- 9.6.** Responsabilizar-se pela entrega do material.
- 9.7.** Executar os serviços no prazo determinado.
- 9.8.** Apresentar os trabalhos executados juntamente com os respectivos fotolitos e provas, 02 (duas) mídias eletrônicas CD's, sendo: 01 (CD) arquivo PDF para visualização; 01 (CD) arquivo final completo com fontes e links.
- 9.8.1.** Os arquivos deverão ser elaborados nos softwares: Page Maker, Indesign, Corel draw, Photoshop, Illustrator, Quark – Express, com tipia (famílias de fontes) indicadas pelo ordenador responsável da publicação. (Versões atualizadas e originais dos componentes acima).

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 10.1.** Proporcionar todas as condições para que a contratada possa cumprir suas obrigações, dentro das normas e condições contratuais.
- 10.2.** Rejeitar no todo ou em parte os serviços entregues em desacordo com as obrigações assumidas pela Contratada.
- 10.3.** Designar servidor(es) para acompanhar e fiscalizar os serviços objeto do contrato a ser firmado decorrente do registro dos preços.
- 10.3.1.** Os serviços de imagens, artes finais, provas e fotolitos, até sua aprovação, serão acompanhados pelo servidor responsável, devendo a Contratada permitir o acesso às suas dependências durante a execução dos serviços, caso haja necessidade de supervisão *in loco*, por parte da **SESAU-TO**.

11. DO PAGAMENTO

- 11.1.** O pagamento será efetuado na medida em que os serviços forem efetivamente prestados, nas quantidades determinadas nas Ordens de Serviço e/ou empenho, mediante apresentação de Nota Fiscal/Fatura que deverá ser apresentada após a realização dos serviços ao servidor designado para tal fim.
- 11.2.** O pagamento será creditado em favor da empresa por meio de ordem bancária contra a entidade bancária indicada em sua proposta, devendo para isto, ficar explicitado o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito, o qual ocorrerá em até 30 (trinta) dias, após a aceitação e atesto pelo Fiscal do Contrato das Notas Fiscais/Faturas.

12. DA ESTIMATIVA DOS CUSTOS

- 12.1.** Os quantitativos apresentados neste Termo de Referência são meramente estimativos, podendo sofrer alterações de acordo com a necessidade e interesse do órgão contratante.
- 12.2.** O órgão contratante não está obrigado a utilizar na totalidade os quantitativos previstos neste Termo de Referência.

13. DO LOCAL DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

SCL/DL



13.1. Nas instalações da empresa contratada.

14. DO ENQUADRAMENTO DA CONTRATADAÇÃO

14.1. O objeto a ser contratado enquadra-se na categoria serviço *comum*, visto que seus padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos no edital, por meio de especificações usuais no mercado. Revela-se, igualmente, em um serviço de natureza *continuada* em razão de que os mesmos apóiam à realização das atividades essenciais da **SESAU-TO**, notadamente quanto ao cumprimento de sua missão institucional.

15. DO REGIME DE EXECUÇÃO

15.1. Os serviços serão solicitados através da emissão de Ordens de Serviços e/ou, onde serão especificados todos os serviços a serem executados e materiais empregados e especificações necessárias com vistas à satisfação do interesse público.

16. DO PERÍODO DE EXECUÇÃO

16.1 A prestação dos serviços registrados em Ata será para o período de 12 (doze) meses, respeitado o respectivo crédito orçamentário no momento da assinatura do CONTRATO, sendo este prorrogável nos termos do artigo 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/1993.

17. DO RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS

17.1. Os serviços serão recebidos por servidor formalmente designado pela Administração para o acompanhamento e fiscalização, da seguinte forma:

17.1.1. Provisoriamente, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes em até 2 (dois) dias;

17.1.2. Definitivamente, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes, após a comprovação da adequação dos serviços aos termos deste instrumento.

18. DO LOCAL DE ENTREGA DOS PRODUTOS

18.1. Os produtos deverão ser entregues de segunda a sexta-feira no horário de 08h às 12h e das 14h às 18h no Almoxarifado Central desta Secretaria de Estado da Saúde, situado à Quadra 1.112 Sul, Avenida NS 10, Lt 04, CEP 77.024-142, Palmas – TO.

19. DAS SANÇÕES

19.1. Com fundamento no artigo 7º da Lei nº 10.520/2002 ficará impedido de licitar e contratar com a União, e será descredenciada no SICAF e no cadastro dos fornecedores da **SESAU-TO**, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, garantida a ampla defesa, sem prejuízo das multas previstas no Edital e das demais cominações legais, o licitante e a adjudicatária que:

I. não assinar o Contrato e a Ata de Registro de Preços, quando convocada no prazo estipulado, dentro da validade de sua proposta;

II. deixar de entregar documentação exigida no Edital;

III. ensejar o retardamento da execução do objeto do Pregão;

IV. não manter a proposta dentro do prazo de validade;

V. apresentar documentação falsa;

VI. comportar-se de modo inidôneo;

VII. cometer fraude fiscal;

VIII. fizer declaração falsa

19.2. Nos casos de inexecução parcial ou total das condições estabelecidas no ato convocatório, bem como, erro ou mora na execução, garantida prévia defesa, o licitante a ser contratado ficará sujeito às seguintes sanções:

I. Advertência por escrito, quando o licitante deixar de atender quaisquer indicações aqui constantes.

II. Multa:



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

- a) **1% (um por cento)** por dia de atraso, no cumprimento das obrigações assumidas, incidente sobre o valor dos serviços não realizados, até a data do efetivo adimplemento, observado o limite de 30% (trinta por cento) do respectivo valor total, correspondente ao período de 30 (trinta) dias.
- b) A multa será aplicada a partir do 2º (segundo) dias útil da inadimplência, contado da data definida para o regular cumprimento da obrigação.
- c) multa de 0,5% (meio por cento) do valor atualizado da garantia de execução do contrato, por dia de atraso, nos casos de atraso na apresentação, atualização, reposição e complementação da garantia contratual, até o limite de 20% (vinte por cento) do valor atualizado da garantia, sob pena de rescisão contratual;
- d) **20% (vinte por cento)** sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, motivado por culpa da contratada, garantida prévia defesa, sem prejuízo de indenização dos prejuízos porventura causados ao Contratante pela não execução parcial ou total do contrato.
- e) Se a multa aplicada for superior ao valor da garantia prestada, além da perda desta, responderá a contratada pela sua diferença, que será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou cobradas judicialmente.
- III. Suspensão temporária, pelo prazo não superior a 05 (cinco) anos, de participação em licitações e impedimento de contratar com a **SESAU-TO**, nesse período;
- IV. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública Estadual, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a **CONTRATADA** ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada;
- 19.3.** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF sem prejuízo das multas previstas no Edital e das demais cominações legais;
- 19.4.** As sanções previstas nos incisos I, III e IV do subitem 20.2, poderão ser aplicadas juntamente com as multas previstas no inciso II;
- 19.5..** As sanções impostas somente poderão ser relevadas em razão de circunstâncias excepcionais, devidamente demonstradas e justificadas por escrito, com fundamento em fatos reais comprováveis, a critério da autoridade competente da **SESAU-TO**, e formuladas no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis a contar da data da intimação do ato pelo Administração

20. DAS AÇÕES DE RESPONSABILIDADE AMBIENTAL

- 20.1.** Dentre as recomendações voltadas para a sustentabilidade ambiental, a Licitante deverá observar, no que couber e conforme o caso, os seguintes critérios elencados na Instrução Normativa nº 11 de 19 de janeiro de 2010 da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:
- 20.2.** Que os bens sejam constituídos, no todo ou em parte, por material reciclado, atóxico, biodegradável, conforme ABNT NBR – 15448-1 e 15448 -2;
- 20.3.** Que sejam observados os requisitos ambientais para a obtenção de certificação do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO como produtos sustentáveis ou de menor impacto ambiental em relação aos seus similares;
- 20.4.** Que os bens devam ser, preferencialmente, acondicionados em embalagem individual adequada, com o menor volume possível, que utilize materiais recicláveis, de forma a garantir a máxima proteção durante o transporte e o armazenamento; e
- 20.5.** Que os bens não contenham substâncias perigosas em concentração acima da recomendada na diretiva RoHS(Restriction of CertainHazardousSubstances), tais como mercúrio (Hg), chumbo (Pb), cromo hexavalente (Cr(VI)), cádmio (Cd), bifenil-polibromados (PBBs), éteres difenil-polibromados (PBDEs).
- 20.6.** Os serviços prestados pela empresa contratada deverão pautar-se sempre no uso racional de recursos e equipamentos, de forma a evitar e prevenir o desperdício de insumos e material consumidos, bem como a geração excessiva de resíduos, a fim de atender às diretrizes de responsabilidade ambiental adotadas pela **SESAU-TO**.

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

21. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

21.1. Descrição dos produtos conforme Anexo I do Edital.



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



GOVERNO DO
TOCANTINS
O Estado da Livre Iniciativa
e da Justiça Social



SECRETARIA DA
SAÚDE
www.saude.to.gov.br

21

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Nome: _____
Sexo: () F () M D.N.: ____/____/____ Idade: _____
Nome do responsável: _____
Procedência: Domicílio () SAMU () PAN () PAS () Domicílio ()
Horário do atendimento: _____ Data: ____/____/____
Queixa principal: _____
Portador de patologia: Qual? _____
Eliminações fisiológicas: Diurese () ausente () presente
Evacuação: () presente () ausente () diarreia nº de vezes: ____ () constipação há quantos dias ____
Emese: () ausente () presente . Nº de vezes: _____

EXAME FÍSICO:

Inspeção	01. () ativo () hipotativo () agitado () choroso () Outros _____
	02. () hidratado () desidratado ____/4+ 03. () corado () hipocorado ____/4+
	04. () Anictério () Ictério ____+/+4 05. Cianose () ausente () central () extremidades
	06. Edema () Ausente () presente ____+/+4 local
	07. Expectoração: () ausente () seca () produtiva aspecto: _____
	08. Padrão respiratório: () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () BAN () TIC () RSC
	09. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Escavado
	10. Lesões: () Ausente () Presente local: _____ Aspecto: _____
	11. Hemorragia () Ausente () Presente local: _____
	12. Perfusão capilar em _____ segundos
Palpação	13. Pulsos: () Cheios () Finos () Rítmicos () Arritmicos
	14. Abdômen: () Flácido () Tenso () Doloroso região _____
Ausculta	15. Cardíaca: () Eucárdico () Bradicárdico () Taquicárdico 16. () Rítmico () Arritmico
	17. Pulmonar: MV () Presentes () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
	18. Ruídos Adventícios () Ausentes () Presentes () Ronco () Estertor () Crepitação
	() Cornagem () Sibilos Local: _____

SINAIS VITAIS:

T ____ °C/ Pulso ____ bpm Sat ____ % Resp ____ mrpm PA: ____ mmHg Dor: _____

MÉDIAS ANTROPOMÉTRICAS:

Peso: ____ Kg Alt: ____ m

CLASSIFICAÇÃO

() VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

Conduta: _____

Assinatura do Enfermeiro/COREN: _____



Quadra 202 Sul Rua NS-B Lote 9 Cep: 77020-452 Palmas-TO.
E-mail: hip.palmas@hotmail.com / expediente.hippi@gmail.com
Tel: (63) 3218-7770 / 3218-7750
Fax: (63) 3218-7744



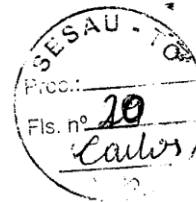


GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
HIP- HOSPITAL INFANTIL DE PALMAS

ADMISSÃO NA ENFERMARIA



**Hospital
Infantil
de Palmas**



Identificação:

Idade: _____

Nome: _____
Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____
Naturalidade: _____ Procedência: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Endereço: _____
Telefone para contato: _____

Queixa principal e duração:

História pregressa da moléstia atual:

Sinais e Sintomas Associados:

Geral: _____
Pele: _____
Cabeça e pescoço: _____
Olhos: _____
Ouvidos: _____
Nariz: _____
Boca e orofaringe: _____
Tórax: _____
Cardiovascular: _____
Gastrointestinal: _____
Genito-urinário: _____
Sistema nervoso: _____
Sistema locomotor: _____

/DL

007



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

SISTEMA NERVOSO
OPINIA/ REGIAO ANAL



História familiar
Constituição familiar:

Antecedentes mórbitos familiares:

História Pessoal

Pré-natal:

Condições do nascimento:

Doenças:

Antecedentes nutricionais:

HISTÓRIA FAMILIAR

CONSTITUIÇÃO FAMILIAR

ANTECEDENTES MÓRBITOS FAMILIARES

ANTECEDENTES NUTRICIONAIS

Crescimento e desenvolvimento

CONDICÕES DE NASCIMENTO

DOENÇAS

Condições ambientais e socio-econômicas

Fatores ambientais e escolaridade:

Exame físico:

Peso: _____ Estatura: _____ P.C: _____ P.T: _____ P.A: _____
Temperatura axilar: _____ F.C: _____ F.R: _____ Sat: _____ PA: _____ mmHg

Geral:

Antecedentes nutricionais

BOONG:

ACV:

AR:

ABDOME:

MEMBROS:

SISTEMA NERVOSO:

GENITALIA/ REGIAO ANAL

Exame físico:

Peso: _____ Estatura: _____



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



Hipóteses diagnósticas:

Handwritten area for diagnostic hypotheses on lined paper.

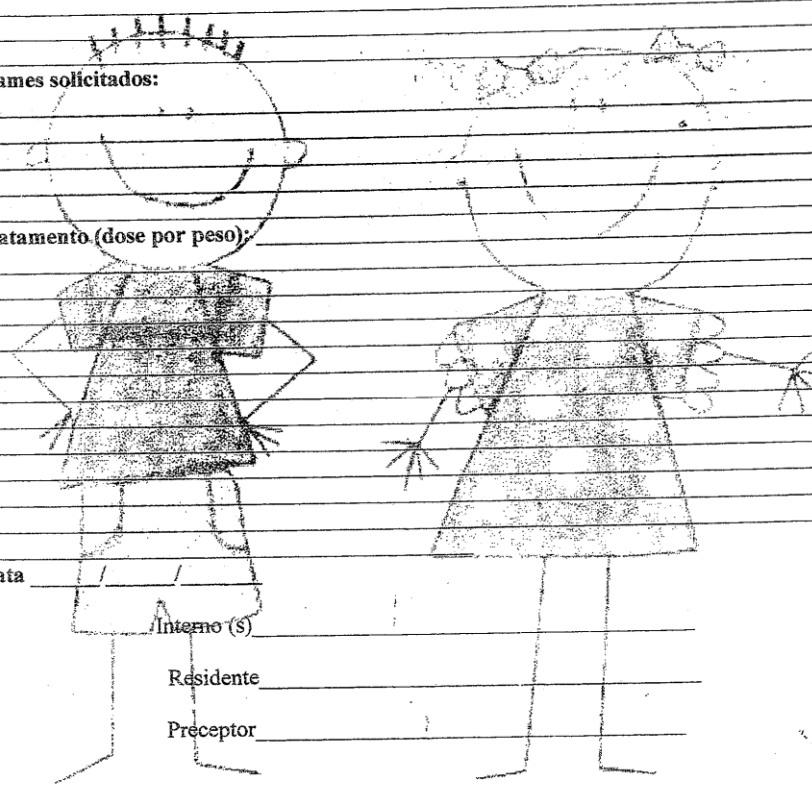
Exames solicitados:

Handwritten area for requested exams on lined paper.

Tratamento (dose por peso):

Handwritten area for treatment (dose by weight) on lined paper.

Data



Interno (S)

Residente

Preceptor





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE PORTO NACIONAL



ANOTAÇÃO DIÁRIA DO TECNICO DE ENFERMAGEM

NOME: _____

IDADE: _____ DIAS DE P.O.: _____ DIAS DE I.H. _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____

[illegible]

Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

[illegible]



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a)

Sr(a) _____

foi atendido(a) _____ Ident. ou Registro

Unidade de Saúde

Hospital - Ambulatorial

No dia ____/____/____, às ____ horas, necessitando de ____

(____) dias de repouso, por motivo de
doença, conforme lei abaixo.

CID _____
Unidade de Saúde

Assinatura do Paciente ou responsável

Local e Data

Assinatura do Médico/Odontólogo
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo Decreto, n° 89.312 de 23/10/84 e resolução CEM - 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

- Art. 7º XVIII da C.F./88

- Para gestantes - Parágrafo 1º art. 392 da CLT. 3º do Decreto nº 75.207/75.





SECRETARIA
DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA DO PACIENTE CIRÚRGICO

Registro: 26

Nome: _____ Leito: _____ Clínica: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Enfermaria: _____

I. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA
Assinalar somente quando necessário.

1) Informações Gerais:

- ☐ 1. Uso de marcapasso
☐ 2. Uso de prótese dentária
☐ 3. Sensibilidade à medicação
☐ 4. Exames pré-operatório: ☐ ECG ☐ TC ☐ Rx do Tórax ☐ ABO Rh ☐ Hemograma
☐ 5. Risco Cirúrgico: ☐ ASA I ☐ ASA II ☐ ASA III
☐ 6. Necessidade de vaga na UTI
☐ 7. Paciente já foi operado antes? Qual? _____
☐ 8. Paciente já teve problemas anestésicos? Qual? _____
☐ 9. Paciente já teve/tem: ☐ Rinite alérgica ☐ Asma ☐ Bronquite ☐ Diabetes
☐ Hipertensão Arterial ☐ Alimentos ☐ Esparadrapo ☐ Medicamentos
☐ 10. Paciente alérgico a: ☐ Iodo ☐ Látex
☐ 11. Paciente faz uso de algum medicamento? _____
☐ 12. Paciente faz uso de drogas? _____
☐ 13. Paciente/ acompanhante ciente do tratamento cirúrgico? ☐ Sim ☐ Não Porque? _____
☐ 14. É portador de doenças crônicas? Qual? _____
☐ 15. Faz uso de bebida alcoólica? _____
☐ 16. Técnica Anestésica: ☐ Local ☐ Raqui ☐ Peridural ☐ Geral
☐ Bloqueio ☐ Sedação

Observações: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____x_____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ ipm PVC: _____ mmH₂O
T: _____ °C DVA: _____
Alteração de dados vitais: ☐ taquicardia ☐ bradicardia ☐ dispnéia ☐ taquipnéia
☐ bradpnéia ☐ hipotensão ☐ hipertensão ☐ hipertermia ☐ hipotermia

Assinatura e Carimbo do(a) Anestesiologista



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

Educação Médica Diária



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA - HMDR



DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			

SCL/DL

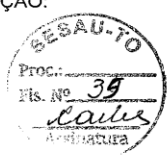


Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA - HMDR



DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO: 
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			
DATA: / /	RN D:	ID:	DV	PRESCRIÇÃO:
		PESO:	g	
		G/P:	g	
	INTERCORRÊNCIAS / PROGRAMAÇÃO:			

Sirleia de Carvalho Toledo
Assistente do Serviço de Saúde
Mat - 682552-5 - SESAU-TO

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
HIP- HOSPITAL INFANTIL DE PALMAS

SETOR ENFERMARIA

18

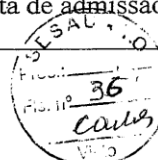


Hospital
Infantil
de Palmas

Paciente: _____
Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Data de admissão: ____/____/____
Nome da mãe: _____

Evolução Médica

Data: _____ Hora: _____ DI _____



Controles:

Peso: _____ Dextro: _____ Dreno: _____
CT: _____ Pulso: _____ FR: _____
Sat.O2: _____ PA: _____
Diurese: _____ Evacuações: _____ Vômitos: _____ Resíduos: _____

Recebe:

HV: _____ Dieta oral: _____ Dieta por sonda: _____
Oxigenoterapia: _____
Antibióticos e outros: _____

Exame Físico: FC: _____ FR: _____ PA: _____ Sat: _____

Geral: _____
BOONG: _____
AR: _____
ACV: _____
Abdome: _____
Membros: _____
Neurológico: _____

Tratamento realizado: _____

Impressão diagnóstica _____

Conduta: _____

Programação _____

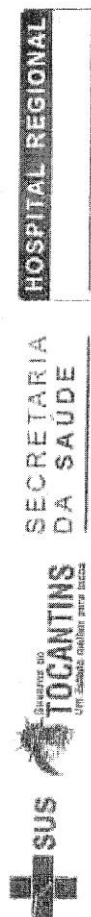
CARIMBO MÉDICO



[illegible]

30 R4060

Sirleia de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat.: 682552-5 SESAD-TU



NOTIFICAÇÃO "TESTE DO PEZINHO"

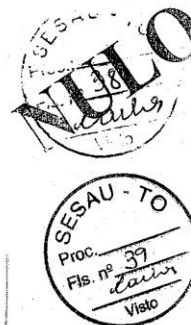
Nome da Mãe: _____
R.N nascido em _____

_____ declara ter sido notificado da obrigatoriedade de realização do Teste do Pezinho (Exame de prevenção da Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito - Teste da Gota de Sangue de Pé do Recém-Nascido) em conformidade com a LEI nº 8.069, de julho de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente e LEI Estadual nº 595 artigo 1º e 2º de 15 de outubro de 1993.

Declaro, ainda que comprometo-me em levar o recém nascido, para a realização do exame acima citado, no prazo de 30 dias, a contar da data da assinatura do presente termo

_____ de _____ de _____

ASSINATURA OU PEGADA





FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME:		IDADE:	SEXO: () F () M	DATA DA INTERNAÇÃO:	FIA:	REGISTRO:																								
SERVIÇO:		LEITO:		PATOLOGIA DE BASE:																										
INFECÇÃO NA ADMISSÃO: () N () S - TOPOGRAFIA																														
IMONODEPRESSÃO: () N () S QUAL?																														
PROCEDIMENTO DE RISCO																														
DATA DA INTERNAÇÃO:																														
ACESSO PERIFÉRICO: ()																														
CVC	() INTRACARTH																													
	() DISSECCÃO																													
VENTILAÇÃO MECÂNICA	() TOT () TNT																													
	() TRAQUEOSTOMIA																													
	() SVD () SVA																													
SONDAS	() IRRIGAÇÃO VESICAL																													
	() SNE () SNG () JEJ																													
	() GASTROSTOMIA																													
DRENOS	QUAL:																													
	QUAL:																													
HIPERTERMIA																														
DIAS DE INTERNAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
OBSERVAÇÕES:																														



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS							
1.		Data:	Classificação: () Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infetada				
2.		Data:	Classificação: () Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infetada				
3.		Data:	Classificação: () Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infetada				
4.		Data:	Classificação: () Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infetada				

ANTIBIÓTICOS																														
DIA DE USO DO ANTIBIÓTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1-																														
2-																														
3-																														
4-																														
5-																														
6-																														
7-																														
8-																														

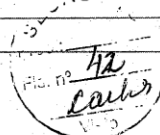
Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Médico

INFECÇÃO HOSPITALAR								
Data	Topografia	Febre	Leucócitos	Secreção	Ratio X	Piora Radiológica	Cultura / Bacterioscopia	Agente Isolado

DATA DA ALTA: / /



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

GOVERNO DO TOCANTINS SECRETARIA DA SAÚDE		HOSPITAL	FICHA DE ANESTESIA	COOPANEST - TO														
DATA: / /		IDADE:																
NOME:																		
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO																		
																		
AGENTES	N2O	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
	20																	
LÍQUIDOS VENOSOS																		
DA	°C	240																
V	38	220																
A																		
PULSO	36	200																
	34	180																
ANES	30	160																
X		140																
OP		120																
		100																
TEMP		80																
A		60																
ASPIR.		40																
A		20																
RESR																		
	ESPONT																	
	ASSIST																	
	CONTRO																	
SÍMBOLOS																		
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES												
A.																		
B.																		
C.																		
D.																		
E.																		
F.																		
G.																		
GLICOSE		LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORA FARÍNGEA NASO/ORATRAQUEAL CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA														
NOCL																		
SANGUE																		
R.J.																		
TOTAL				TEMPO DE ANESTESIA														
OPERAÇÃO																		
						LARINGO - ESPASMO - EXCESSO SECRE DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA - HIPOXIA BUCKING - VÔMITO						HEMORRAGIA - ARRITMIA BRADI - TAQUICARDIA CHOQUE						
ANESTESISTA:				CÓD	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA												



Resumo do Ato Cirúrgico - Ocorrências Principais

OT - 1

43

Carvalho

Visto

Sirleia de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat. 6825525-5 - Palmas-TO

Justificativa do Uso do Sangue

Data: _____

Assinatura do Cirurgião



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

		FORMULÁRIO - RECEPÇÃO AVISO MÚLTIPLO DE SAÍDA					
PACIENTE:						ENFERMARIA:	
UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL						PRONTUÁRIO:	
TIPO DE SAÍDA:	☐ TRANSFERÊNCIA INTERNA	☐ TRANSFERÊNCIA EXTERNA	☐ ALTA MÉDICA	☐ ALTA A PEDIDO	☐ EVASÃO	☐ ÓBITO	
OBSERVAÇÕES:							
ENFERMAGEM ASSINATURA E CARIMBO:				DATA:	HORA:		

1ª via pron 2ª via portaria/ recepção

		FORMULÁRIO - RECEPÇÃO AVISO MÚLTIPLO DE SAÍDA					
PACIENTE:						ENFERMARIA:	
UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL						PRONTUÁRIO:	
TIPO DE SAÍDA:	☐ TRANSFERÊNCIA INTERNA	☐ TRANSFERÊNCIA EXTERNA	☐ ALTA MÉDICA	☐ ALTA A PEDIDO	☐ EVASÃO	☐ ÓBITO	
OBSERVAÇÕES:							
ENFERMAGEM ASSINATURA E CARIMBO:				DATA:	HORA:		

1ª via pron 2ª via portaria/ recepção



[illegible]

Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

[illegible]

Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

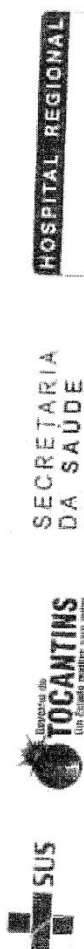
[illegible]

 Formulário de Requisição		Hospital Geral de Palmas			
Setor: _____		Requisitado por: _____ Data: _____			
Código	Unid. Apres. (caixa, amp., frasco, comp)	Quantidade		Descrição do produto	Lote
		Pedida	Entregue		

Farmacêutico Farm.Satélite: _____

Liberado Farm CAF: _____ Atendido por: _____ Recebido por: _____





Formulário para Utilização de Medicação não Padronizada

Paciente _____

Leito _____ Unidade _____ Data: _____

Medicação Solicitada _____ Nome Genérico: _____

Dosagem (mg/ml/concentração) _____ Via de Administração _____

Apresentação _____ Aprazimento: _____

Dias Prováveis para uso _____

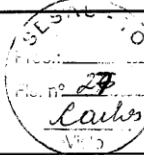
Justificativa para o uso _____

Se for Antibiótico, resultado do Antibiograma _____

Medico _____ Farmacêutico _____ Não há similar
Carimbo/CRM Carimbo/CRF Há similar

Diretor Técnico _____ | DEFERIDO | INDEFERIDO
Carimbo/CRM

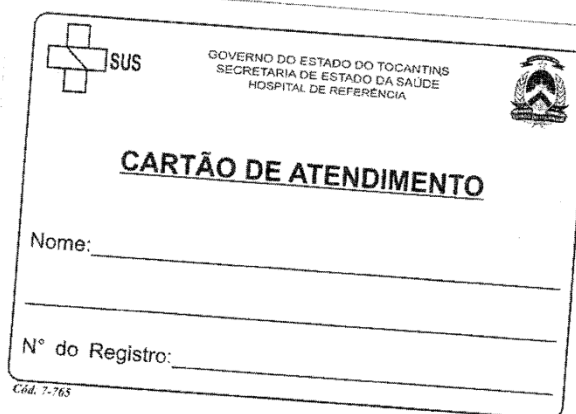
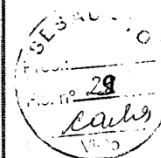
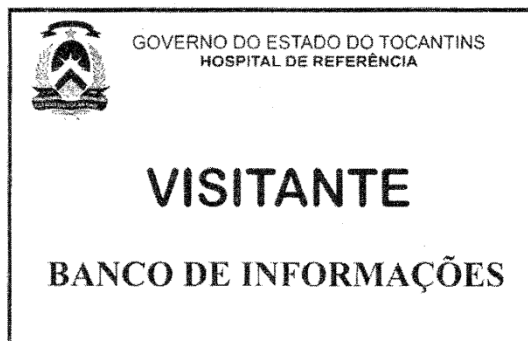


GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA - HMDR Coordenação Neonatologia		RESUMO DE ALTA	
  			
RN de: _____			
DN: ____/____/____		LOCAL (Hospital/Município): _____	
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: ____/____/____ A ____/____/____			
UTI NEONATAL: ____/____/____ A ____/____/____			
UI NEONATAL: ____/____/____ A ____/____/____			
DIAGNÓSTICOS			
1) _____		6) _____	
2) _____		7) _____	
3) _____		8) _____	
4) _____		9) _____	
5) _____		10) _____	
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO			
Parto: _____	Capurro: _____	sem	New Ballard: _____
Data: ____/____/____	Peso: _____	g	() VPP ambu e máscara: _____
Idade: ____/____/____	PC: _____	cm	() VPP C/TOT: _____
Sexo: _____	PT: _____	cm	() MCE: _____
APGAR: ____/____			() Droga: _____
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO NA UTI E UI NEONATAL: _____		EXAMES DE IMAGEM:	
EVOLUÇÃO VENTILATÓRIA:		☐ USGTF ☐ USG ☐ ECO ☐ TC ☐ Cintilog. ☐ RX ☐ Pneumotórax ☐ Derr. Pleural ☐ Atelectasia ☐ RNM ☐ Pneumonia ☐ Pneumatocel ☐ Dist. Alças ☐	
AA: ____/____/____ A ____/____/____ HOOD: ____/____/____ A ____/____/____ CPAP: ____/____/____ A ____/____/____ VM: ____/____/____ A ____/____/____		TESTE DE TRIAGEM:	
EVOLUÇÃO NUTRICIONAL:		☐ ROP ☐ DMOP ☐ ENTERAL: ____/____/____ A ____/____/____ ☐ NPT: ____/____/____ A ____/____/____ ☐ NPP: ____/____/____ A ____/____/____ TOTAL DE DIAS NP: _____ ☐ E. O. A.	
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:		OUTROS EXAMES:	
INTERCORRÊNCIAS / COMPLICAÇÕES:		☐ Nasofibroscopia ☐ EEG ☐ ECG ☐	
☐ Convulsão ☐ Dist. Metab/hidroelet. ☐ Dist. de Coag. ☐ Ins. Renal ☐ Pneumotórax ☐ Hemor. Pulm. ☐ Hemor. Intracr. ☐ Choque Pirogên. ☐ Atelectasia ☐		VACINAS:	
PROCEDIMENTOS / TERAPIAS NÃO CIRÚRGICAS:		ALTAS	
☐ Fototerapia ☐ Exsang.-Transf. ☐ Punção Lombar ☐ Punção Torácica ☐ Punção Transfont. ☐ Drgas VAScativas ☐ Kanakion ☐ Surfactante ☐ Anticonvulsinantes ☐		PESO: _____ EST: _____ PC: _____	
HEMODERIVADOS:		DIETA:	
☐ Conc. de Hemácias ☐ Conc. de Plaquetas ☐ Plasma Fresco ☐ Albumina ☐		EXAMES DE ALTA:	
		MEDICAÇÕES DE ALTA:	
		OBSERVAÇÕES:	
		ORIENTAÇÕES E SEGUIMENTO:	



 GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE PORTO NACIONAL		COLABORE Faça silêncio e não traga crianças; Traga seu carinho, uma revista ou livro; Não sente na cama; Não fume; Cuidado com Infecção Hospital, não circule pelo hospital; Horário de visita: 13:00 às 14:00h; UCI: 11:00 as 12:00h/ 17:00 as 18:00h.
ACOMPANHANTE PACIENTE: _____ ALA: _____ ENFERM. _____ REFEIÇÃO: SIM() NÃO()		

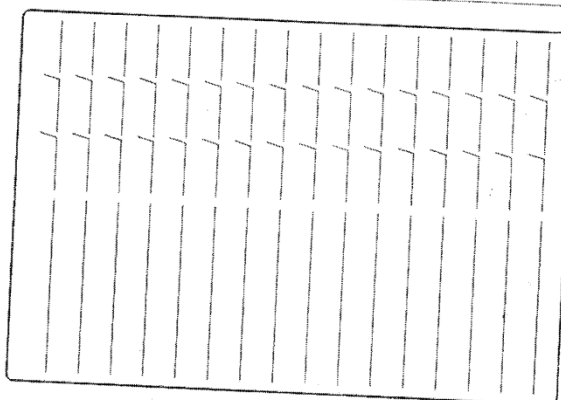






COLABORE

- Faça silêncio e não traga crianças;
- Não sente na cama;
- Não fume;
- Cuidado com Infecção Hospitalar, não circule pelo Hospital.
- Troca de acompanhante: das 07:00 às 08:00 das 13:00 às 14:00 e das 18:00 às 19:00



Sirleia de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat. 682552-5 SESAU-TO





COLABORE

- ▲ Faça silêncio e não traga crianças;
- ▲ Traga seu carinho, uma revista ou livro;
- ▲ Não sente na cama;
- ▲ Não fume;
- ▲ Cuidado com Infecção Hospital, não circule pelo hospital;

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO
DE PORTO NACIONAL



CRACHA 24 HORAS

DATA: ____/____/____
PACIENTE: _____
OBS: _____



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

		HOSPITAL REGIONAL		Controle de Frequência de Quimioterapia	
UNIDADE		Nome: _____		Código CNPJ-MF: _____	
Código SIA/SUS: _____		Mês de referência: _____		Cidade/UF: _____	
Dados do Paciente		Nome: _____		nº do CPF ou CNS: _____	
DATA INÍCIO DO TRATAMENTO AUTORIZADO: _____		DATA DO TÉRMINO DO TRATAMENTO GLOBAL: _____			
DATA INÍCIO DO TRATAMENTO AUTORIZADO					
DIÁRIO ☐ SEMANAL ☐ QUINZENAL ☐ 21 / 21 DIAS ☐ MENSAL ☐					

Declaro que durante o mês _____ de _____, o Paciente identificado acima foi submetido a: _____ Procedimento Principal

_____ X _____ Procedimento Secundário
_____ X _____ Procedimento Secundário

Conforme as assinaturas do paciente / responsável abaixo:

Médico Solicitante

Diretor Técnico da Unidade

_____, TO _____ de _____ de _____

Data _____ Procedimento _____ Ass. do paciente/responsável _____

_____/_____/_____
RG/CPF: _____

		HOSPITAL REGIONAL		Controle de Frequência de Quimioterapia	
UNIDADE		Nome: _____		Código CNPJ-MF: _____	
Código SIA/SUS: _____		Mês de referência: _____		Cidade/UF: _____	
Dados do Paciente		Nome: _____		nº do CPF ou CNS: _____	
DATA INÍCIO DO TRATAMENTO AUTORIZADO: _____		DATA DO TÉRMINO DO TRATAMENTO GLOBAL: _____			
DATA INÍCIO DO TRATAMENTO AUTORIZADO					
DIÁRIO ☐ SEMANAL ☐ QUINZENAL ☐ 21 / 21 DIAS ☐ MENSAL ☐					

Declaro que durante o mês _____ de _____, o Paciente identificado acima foi submetido a: _____ Procedimento Principal

_____ X _____ Procedimento Secundário
_____ X _____ Procedimento Secundário

Conforme as assinaturas do paciente / responsável abaixo:

Médico Solicitante

Diretor Técnico da Unidade

_____, TO _____ de _____ de _____

Data _____ Procedimento _____ Ass. do paciente/responsável _____

_____/_____/_____
RG/CPF: _____



 SUS	 Governo do TOCANTINS Um Estado melhor para todos	SECRETARIA DA SAÚDE	HOSPITAL REGIONAL
FICHA OBSTÉTRICA			
Nome: _____		Idade: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:			
Gestações interrompidas: _____		Abortos: _____ espontâneos: _____	
		provocados: _____	
		partos prematuros: _____	
Partos: normais: _____		cesários: _____ fórceps: _____	
Mortalidade infantil (causas): _____			
GESTÃO ATUAL: DUM: _____ DPP: _____			
PARTO:			
Às _____ hs. Parto: _____		Feto: _____ Sexo: _____	
Peso: _____		Choro: _____ Ciansado: _____	
Reanimado: _____		APGAR: _____	
Urinou: _____		Eliminou mecônio: _____	
PC: _____		PT: _____ PA: _____	
Estatura: _____ cms.			
SECUNDAMENTO:		Placenta: _____	
PERÍNEO:		Rotura _____ Episiorrafia: _____	
OBSERVAÇÕES			
MÉDICO _____			
ENFERMEIRA _____			



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

GOVERNO DO TOCANTINS O Estado de São Paulo Secretaria da Saúde		HOSPITAL		GASTO DE SALA - CENTRO CIRÚRGICO	
Nome do Paciente: _____			Data: ____/____/____		
Cirurgião: _____			Início: ____ Término: ____		
Assistente: _____			Anestesista: _____		
Posto: _____			Leito: _____		
Cirurgia: _____			Anestesia: _____		
CÓDIGO	QUANT.	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT.	DESCRIÇÃO
MATERIAIS			MEDICAMENTOS		
		Agulha desc. 25x7			Adrenalina
		Agulha desc. 25x8			Água bidestilada 10 ml.
		Agulha desc. 40x12			Água bidestilada 20 ml.
		Algodão Ortopédico de: _____ cm.			Ampicilina de: _____ mg.-inj
		Atadura crepe Nº _____ cm.			Atropina de: _____ % ml
		Atadura crepe Nº _____ cm.			Dipirona de: _____ ml
		Atadura gesso de: _____ cm.			Dolasal
		Atadura gesso de: _____ cm.			Dormonide -inj.
		Bolsa de colostomia			Efortil
		Coletor de urina simples			Fentanil
		Coletor de urina S. Fechado			Fenergan
		Dreno Nº _____			Flebocortid de: _____
		Equipo simples p/soro			Forane
		Luva procedimento			Furacin pomada
		Luva Cirúrgica Nº 7.5 (par)			Glicose 25% 10ml
		Luva Cirúrgica Nº 8.0 (par)			Glicose 50% 10ml
		Scalp Nº _____			Halotano
		Sosp Scalp Nº _____			Keflin 1.0 g.
		Seringa desc. 03ml c/ag			Ketalar
		Seringa desc. 05ml c/ag			Lasix
		Seringa desc. 10ml c/ag			Pavulon 2mg/2ml
		Seringa desc. 20ml c/ag			Plasil
		Sonda foley Nº _____ = _____ vias			Prostigmine
		Sonda nasogástrica Nº _____			Quelicin 100 mg
		Sonda retal Nº _____			Revivan
		Sonda Uretral Nº _____			Tracrium- 500
		Sonda Vesical Nº _____			Thionembatal 1.0 g
FIOS CIRÚRGICOS					Valium 5mg-inj.
		Algodão Nº _____			Valium 10mg-inj.
		Catgut cro. C/Ag Nº _____			Voltarem 75mg-inj.
		Catgut cro. C/Ag Nº _____			Xylocaína Gel
		Catgut simpl C/Ag Nº _____			Xylocaína 20 cc
		Catgut simpl C/Ag Nº _____			Neocaína 0,25%
		Nylon /Ag Nº _____			Neocaína 0,5% pesada
					Propofol
					Cloreto de Sódio
		Água Oxigenada			
		Álcool Iodado			SOROS
		Álcool 70%			Fisiológico 500ml
		Esparadrapo			Fisiológico 1000ml
		Fita adesiva			Glicosado 5% 500ml
		Gilete			Manitol
		Lâmina de Bisturi Nº _____			Ringer c/lactado 500ml
		Polividene Tópico			
		Polvidéne Degermante			
		Polifix			
		Tubo Traqueal Nº _____			
CIRCULANTE:		FARMÁCIA:	RECEBIMENTO: ASS. _____		DATA ____/____/____



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

50 Bloco

TAXAS	
☐ ASPIRAÇÃO	☐ CARDIOVERSÃO
☐ ESTERIZAÇÃO	☐ INSTALAÇÃO RESPIRADOR
☐ MONITORIZAÇÃO	☐ UNIDADE ANESTESIA GERAL
☐	☐

BANDEJAS	
☐ ANESTESIA	☐ ASSEPSIA
☐ CATETERISMO VESICAL	☐ PARADA CARDÍACA
☐ PEQ. CIRÚRGICA	☐ CESÁREA
☐	☐

EQUIPAMENTO	
☐ BISTURI ELÉTRICO	☐ DESFRIBILADOR
☐ MONITOR CARDÍACO	☐ RESPIRADOR
☐ INSTRUMENTAL CIR.	☐
☐	☐

OXIGÊNIO	
☐ 03 LTS. MIN.	☐ 06 LTS. MIN.
☐ 09 LTS. MIN.	☐ POR HORA
☐	☐
☐	☐

OUTRAS	
☐ ORTESE E PRÓTESE	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Sirlei de Carvalho Toledo
Assessoria de Serviço de Saúde
Mar 680-552-5525



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

 		HOSPITAL		GASTO DE SALA - CENTRO CIRÚRGICO	
Nome do Paciente: _____		Data: ____/____/____			
Cirurgião: _____		Início: ____:____:____ Término: ____:____:____			
Assistente: _____		Posto: _____		Anestesista: _____	
Cirurgia: _____		Leito: _____		Anestesia: _____	
CÓDIGO	QUANT.	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT.	DESCRIÇÃO
MATERIAIS			MEDICAMENTOS		
		Agulha desc. 25x7			Adrenalina
		Agulha desc. 25x8			Água bidestilada 10 ml.
		Agulha desc. 40x12			Água bidestilada 20 ml.
		Algodão Ortopédico de: ____ cm.			Ampicilina de: ____ mg.-inj.
		Atadura crepe Nº ____ cm.			Atropina de: ____ % ____ ml
		Atadura crepe Nº ____ cm.			Dipirona de: ____ ml
		Atadura gesso de: ____ cm.			Dolasal
		Atadura gesso de: ____ cm.			Dormonide -inj.
		Bolsa de colostomia			Efortil
		Coletor de urina simples			Fentanil
		Coletor de urina S. Fechado			Fenergan
		Dreno Nº ____			Febocortid de: ____
		Equipo simples p/soro			Forane
		Luva procedimento			Furacin pomada
		Luva Cirúrgica Nº 7.5 (par)			Glicose 25% 10ml
		Luva Cirúrgica Nº 8.0 (par)			Glicose 50% 10ml
		Scalp Nº ____			Halotano
		Sosp Scalp Nº ____			Keflin 1.0 g.
		Seringa desc. 03ml c/ag			Ketalar
		Seringa desc. 05ml c/ag			Lasix
		Seringa desc. 10ml c/ag			Pavulon 2mg/2ml
		Seringa desc. 20ml c/ag			Plasil
		Sonda foley Nº ____ = ____ vias			Prostigmine
		Sonda nasogástrica Nº ____			Quelicin 100 mg
		Sonda retal Nº ____			Revivan
		Sonda Uretral Nº ____			Tracrium- 500
		Sonda Vesical Nº ____			Thionembutal 1.0 g
					Valium 5mg-inj.
					Valium 10mg-inj.
					Voltaren 75mg-inj.
					Xylocaina Gel
					Xylocaina 20 cc
					Neocaína 0,25%
					Neocaína 0,5% pesada
					Propofol
					Cloreto de Sódio
FIOS CIRÚRGICOS			SOROS		
		Algodão Nº ____			Fisiológico 500ml
		Catgut cro. C/Ag Nº ____			Fisiológico 1000ml
		Catgut cro. C/Ag Nº ____			Glicosado 5% 500ml
		Catgut simpl C/Ag Nº ____			Manitol
		Catgut simpl C/Ag Nº ____			Ringer c/lactado 500ml
		Nylon ____ /Ag Nº ____			
		Água Oxigenada			
		Álcool Iodado			
		Álcool 70%			
		Esparadrapo			
		Fita adesiva			
		Gilete			
		Lâmina de Bisturi Nº ____			
		Polidêne Tópico			
		Polidêne Degermante			
		Polifix			
		Tubo Traqueal Nº ____			
CIRCULANTE: _____		FARMÁCIA: _____	RECEBIMENTO: _____		DATA: ____/____/____
			ASS.: _____		



TAXAS	
☐ ASPIRAÇÃO	☐ CARDIOVERSÃO
☐ ESTERIZAÇÃO	☐ INSTALAÇÃO RESPIRADOR
☐ MONITORIZAÇÃO	☐ UNIDADE ANESTESIA GERAL
☐	☐

Stamp: SCL, Fico. nº 52, Carilg

BANDEJAS	
☐ ANESTESIA	☐ ASSEPSIA
☐ CATETERISMO VESICAL	☐ PARADA CARDÍACA
☐ PEQ. CIRÚRGICA	☐ CESÁREA
☐	☐

EQUIPAMENTO	
☐ BISTURI ELÉTRICO	☐ DESFRIBILADOR
☐ MONITOR CARDÍACO	☐ RESPIRADOR
☐ INSTRUMENTAL CIR.	☐
☐	☐

OXIGÊNIO	
☐ 03 LTS. MIN.	☐ 06 LTS. MIN.
☐ 09 LTS. MIN.	☐ POR HORA
☐	☐
☐	☐

OUTRAS	
☐ ÓRTESE E PRÓTESE	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Sirleia de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat. 682552-5 SCL/TO

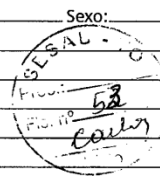




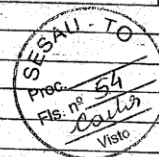
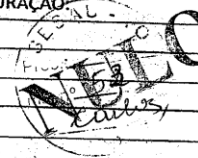
SECRETARIA
DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL

GPA GUIA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL Nº

Data de Atendimento: ____/____/____		Hora do Atendimento: _____
Nome do Paciente: _____		Sexo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Estado Civil: _____	
Naturalidade: _____	CPF: _____	
RG: _____	Cartão SUS: _____	
Endereço: _____	Estado: _____	
Cidade: _____	Nome do Pai: _____	
Nome da Mãe: _____		
Responsável: _____		
Profissão: _____	RG do Responsável: _____	
Ass. do Responsável: _____	Motivo do Atend.: _____	
Relato do Paciente: _____		
Queixa Principal: _____		
HDA: _____		
Exame Físico: _____		
Hipótese Diagnóstica: _____		
Conduta: _____		
_____, TO. ____/____/____		
_____ Médico		



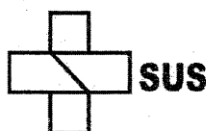
	GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE ARAGUAÍNA LAUDO CIRÚRGICO - O.P.M- ÓRTESES E PRÓTESES MÉDICO-CIRÚRGICAS	
PACIENTE: _____		REGISTRO
CIRURGIÃO: _____	1º AUXILIAR _____	
2º AUXILIAR _____	INSTRUM. _____	
DATA: / /	INÍCIO: Hs	FIM: Hs. DURAÇÃO: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OP. _____		
DIAGNÓSTICO INTRAOP. _____		
CIRURGIA: _____		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO <!-- Circular Stamp 1 -->  <!-- Circular Stamp 2 --> 		
ASSINATURA DO CIRURGIÃO		





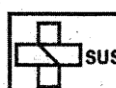
 HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE MIRACEM DO TOCANTINS	 IDENTIFICAÇÃO DE LEITO NOME: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ MÉDICO: _____
--	---





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE REFERÊNCIA



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO/TÉC. P/ EMISSÃO DE APAC TOMOGRAFIA / DENSITOMETRIA	PRONTUÁRIO Nº
Identificação da Unidade				
NOME			CNPJ	
Dados do Paciente				
Nome				
CPS ou CNS		Nome da Mãe ou Responsável		
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)			Telefone	
		UF	CEP	Data de Nascimento
				Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.
CONVÊNIO ☐ Sim ☐ Não		Nome do Convênio		
Dados da Solicitação				
Código do Procedimento		Contraste () Sim () Não Anestesia () Sim () Não		
		Nome do procedimento		
CPF do Médico		Nome do Médico		
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO				
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO			CID 10	
RESUMO DO EXAME FÍSICO				
EXAME (S) REALIZADO (S) - RESULTADO (S)				
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU TÉCNICO				





 Governo do
TOCANTINS
 Um Estado melhor para todos

SECRETARIA
 DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ Mudança de Procedimento	☐ Uso de Prótese, Órtese
☐ Diária de UTI	☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Diária de Acompanhante	☐ Uso de Oxigenadores
☐ Vacina Anti RH	☐ Nutrição Parenteral
☐	☐

Paciente: _____ CNPJ: _____
Nº AIH: _____
Procedimento Anterior: _____ Procedimento: _____
Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF: _____

Justificativa

SESAU - TO
Proc. 57
Fls. nº caixa
Visto

NULO
30
caixa

Data: ____/____/____

Assinatura Médico Solicitante

Auditor

Data: ____/____/____

Assinatura CPF



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

 GOVERNO DO TOCANTINS O Estado da Livre Iniciativa e da Justiça Social Secretaria da Saúde	 SUS Sistema Único de Saúde	HOSPITAL	LAUDO MÉDICO 6 TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO
---	--	----------	---

Nome: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____

Data Nascimento: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: _____

2 - Duração provável: _____ Transporte recomendável: _____

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? _____ Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhamento? _____ Justificar: _____

5 - História da doença atual: _____

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: _____

Código (CID) _____

8 - Exame(s) complementar(es) realizado(s). (Anexar cópias): _____

9 - Tratamento(s) realizado(s): _____

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: _____

LOCAL E DATA _____



 GOVERNO DO TOCANTINS O Estado da Jure Indistina e da Justiça Social Secretaria da Saúde	 SUS Sistema Único de Saúde	HOSPITAL	LAUDO MÉDICO 6 TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO
---	---	-----------------	--

Nome: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____

Data Nascimento: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: _____

2 - Duração provável: _____ Transporte recomendável: _____
Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? _____ Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhamento? _____ Justificar: _____

5 - História da doença atual: _____

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: _____

Código (CID): _____

8 - Exame(s) complementar(es) realizado(s). (Anexar cópias): _____

9 - Tratamento(s) realizado(s): _____

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: _____

LOCAL E DATA



ANEXO I

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASC. ☐ 1 FEM. ☐ 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPF SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



TERMO DE RESPONSABILIDADE INFORMADO

1- Por meio do presente termo e para todos os fins legais, declaro que fui informado de forma clara a respeito das indicações e dos riscos cirúrgicos, anestésicos, ou do tratamento clínico, bem como de procedimentos médicos outros, através de explanação detalhada pelos médicos assistentes.

2- Declaro ainda estar em pleno acordo com a realização do tratamento proposto, bem como com os exames complementares que forem indicados, de "LIVRE e ESPONTÂNEA VONTADE," reconhecendo e aceitando os riscos inerentes à suas práticas; autorizando o corpo clínico a efetuar na pessoa de.....; os atos médicos julgados convenientes e indispensáveis, isentando civil e criminalmente os médicos assistentes, e ao Hospital de Referência caso o paciente venha a falecer ou apresentar sequelas em consequência dos mesmos, ou apresentar intercorrências relacionados aos métodos diagnósticos e/ou terapêuticos utilizados.

3 - Comprometo-me ainda a retirar o paciente, (retirar-me) do Hospital assim que receber a comunicação da alta.

4 - Caso o paciente seja retirado do hospital sem alta médica (à revelia) o Hospital ficará isento de responsabilidade legal.

5 - Se por quaisquer motivos o meu convênio não efetuar os pagamento ou parte dele assumirei o débito devido, quitando-o imediatamente; autorizando a cobrança a critério do Hospital.

6 - Sendo a internação em caráter particular assumirei integralmente à conta médico-hospitalar, respeitando as normas administrativas do hospital.

Sirlene de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat. 68255-1 - SES-MH-TO

Paciente ou Responsável: _____

CPF: _____

Médico Assistente: _____

Testemunha: _____

Endereço: _____



(15)

fls. 1/2



SUS

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - SEXO ☐ Masc. ☐ Fem. 5 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 7 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 8 - RAÇA/COR _____ 8.1 - ETNIA _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	23 - QTDE _____
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	26 - QTDE _____
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	29 - QTDE _____
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	32 - QTDE _____
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	35 - QTDE _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37 - CID10 PRINCIPAL _____ 38 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____




SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____



	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	
5 - Nº DO PRONTUÁRIO		6 - RAÇA/COR	
7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - ETNIA	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
20 - QTDE			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDE			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
26 - QTDE			
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDE			
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
32 - QTDE			
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
35 - QTDE			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL	
38 - CID10 SECUNDÁRIO		39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
43 - DOCUMENTO		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF			
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		55 - CNES	



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	
5 - Nº DO PRONTUÁRIO		6 - RAÇA/COR	
7 - DATA DE NASCIMENTO		8.1 - ETNIA	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
20 - QTDE			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDE			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
26 - QTDE			
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDE			
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
32 - QTDE			
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
35 - QTDE			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL	
38 - CID10 SECUNDÁRIO		39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		55 - CNES	





Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE PALMAS

PEDIDO DE PARECER

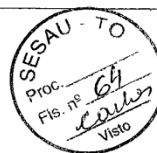
- ☐ **EMERGÊNCIA** (Atendimento imediato em até 30 minutos ou a critério após contato médico a médico)
☐ **URGÊNCIA** (Atendimento em até 1 hora ou a critério após contato médico a médico)
☐ **ROTINA** (Atendimento em até 12 horas ou a critério após contato médico a médico)

PACIENTE _____

CLÍNICA SOLICITANTE _____

PARA CLÍNICA _____

MOTIVO DA CONSULTA:



DATA: ____/____/____

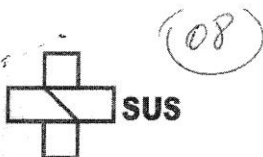
Assinatura do Médico

RESPOSTA DO PARECER:

DATA: ____/____/____

Assinatura do Especialista





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE REFERÊNCIA
MATERNIDADE DE DEDÉ



PARTOGRAMA

Número: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____ Gesta _____ Para _____
Nome: _____ Cesariana _____ Aborto _____
Dum _____ DPP _____ IG _____ GS _____
Plantonista _____ RH _____

HORA REAL

HORA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	HODGE		
D I L A T A Ç Ã O	10																								-4 I	
	09																								-3	
	08																								-2 II	
	07																								-1	
	06																								0 III	
	05																									+1
	04																									+2
	03																									+3
	02																									+4 IV
	01																									
B C F	180																									
	160																									
	140																									
	120																									
	100																									
	80																									
M E M B R A N A S	I																									
	R																									
	AP																									
	AM																									
L.A.	CL																									
	M																									
DU																										
OCITOCINA																										
PA																										
USG																										

Col. 2372

Gráfica FAMA

SCL/DL



08

ABREVIATURAS



Planos de Hodge

- I - Acima púbis
- II - Entre púbis e espinhas ciáticas
- III - Espinhas ciáticas
- IV - Vulva

Membrana

- I - Íntegras
- R - Rôtas
- AP - Amniorrêxe prematura
- AM - Amniotomia

Líq. Amniótica

- CL - Claro
- M - Mecônio

- △ - Dilatação
- - Plano de Hodge ou De Lee

Observações



MUDAR LOGO DO HOSPITAL

HOSPITAL REGIONAL
PASSAGEM DE PLANTÃO BLOCO CIRÚRGICO

HOSPITAL REGIONAL

SECRETARIA
DA SAÚDE

GOVERNO DO
TOCANTINS
Um Estado melhor para todos



Atribuições/Tarefas	Manhã	Tarde	Noite
EXPURGO	Glutaraldeído: _____ a _____	Glutaraldeído: _____ a _____	Glutaraldeído: _____ a _____
	Hipoclorito: _____ a _____	Hipoclorito: _____ a _____	Hipoclorito: _____ a _____
	Enzimático: _____ a _____	Enzimático: _____ a _____	Enzimático: _____ a _____
	Organização: ☐ Sim ☐ Não	Organização: ☐ Sim ☐ Não	Organização: ☐ Sim ☐ Não
	Falha: ☐ Sim ☐ Não	Falha: ☐ Sim ☐ Não	Falha: ☐ Sim ☐ Não
	Limpeza: ☐ Sim ☐ Não	Limpeza: ☐ Sim ☐ Não	Limpeza: ☐ Sim ☐ Não
	Falha: _____	Falha: _____	Falha: _____
	Tem material sujo? ☐ Sim ☐ Não	Tem material sujo? ☐ Sim ☐ Não	Tem material sujo? ☐ Sim ☐ Não
	Quais? _____	Quais? _____	Quais? _____
	Tem soluções? ☐ Sim ☐ Não	Tem soluções? ☐ Sim ☐ Não	Tem soluções? ☐ Sim ☐ Não
Falha: _____	Falha: _____	Falha: _____	
Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não	Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não	Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não	
Falha: _____	Falha: _____	Falha: _____	
Tem circuito de respirador? ☐ Sim ☐ Não	Tem circuito de respirador? ☐ Sim ☐ Não	Tem circuito de respirador? ☐ Sim ☐ Não	
Não, porque? _____	Não, porque? _____	Não, porque? _____	
Organização: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____	Organização: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____	Organização: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____	
Limpeza: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____	Limpeza: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____	Limpeza: ☐ Sim ☐ Não, porque? _____	
Tem roupa dobrada? ☐ Sim ☐ Não	Tem roupa dobrada? ☐ Sim ☐ Não	Tem roupa dobrada? ☐ Sim ☐ Não	
Limpeza: _____	Limpeza: _____	Limpeza: _____	
Já pediu roupa p/ pacotes? ☐ Sim ☐ Não	Já pediu roupa p/ pacotes? ☐ Sim ☐ Não	Já pediu roupa p/ pacotes? ☐ Sim ☐ Não	
Falou e/ quem? _____	Falou e/ quem? _____	Falou e/ quem? _____	
Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não, falta quantas _____	Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não, falta quantas _____	Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não, falta quantas _____	
Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta? _____	Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta? _____	Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta? _____	
Autoclave OK ☐ Sim ☐ Não	Autoclave OK ☐ Sim ☐ Não	Autoclave OK ☐ Sim ☐ Não	
Qual o problema? _____	Qual o problema? _____	Qual o problema? _____	
Tem Autoclave ligado ☐ Sim ☐ Não, quantas em uso? _____	Tem Autoclave ligado ☐ Sim ☐ Não, quantas em uso? _____	Tem Autoclave ligado ☐ Sim ☐ Não, quantas em uso? _____	
Autoclave testada ☐ Sim ☐ Não, qual(is)? _____	Autoclave testada ☐ Sim ☐ Não, qual(is)? _____	Autoclave testada ☐ Sim ☐ Não, qual(is)? _____	
Resultado do teste OK ☐ Sim ☐ Não	Resultado do teste OK ☐ Sim ☐ Não	Resultado do teste OK ☐ Sim ☐ Não	
Todos equipamentos OK ☐ Sim ☐ Não	Todos equipamentos OK ☐ Sim ☐ Não	Todos equipamentos OK ☐ Sim ☐ Não	
Problemas? _____	Problemas? _____	Problemas? _____	





**GOVERNO DO
TOCANTINS**
Um Estado melhor para todos

**SECRETARIA
DA SAÚDE**

HOSPITAL REGIONAL

PASSAGEM DE PLANTÃO BLOCO CIRÚRGICO

	Manhã	Tarde	Noite	
Atribuições/Tarefas	Organização ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Limpeza ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta quais? _____ CX p/ cirurgias agendadas ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não, falta quantas? _____ Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta? _____	Organização ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Limpeza ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta quais? _____ CX p/ cirurgias agendadas ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não, falta quantas? _____ Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta? _____	Organização ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Limpeza ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta quais? _____ CX p/ cirurgias agendadas ☐ Sim ☐ Não, porque? _____ Tem CX preparada? ☐ Sim ☐ Não, falta quantas? _____ Tem Estoque? ☐ Sim ☐ Não, falta? _____	
DISTRIBUIÇÃO				
Observação				



NUTRICIONISTA

20

PREScrição DE ENFERMAGEM

PACIENTE: _____ PESO: _____ DATA: _____ SETOR: _____

LEITO: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Anamnésticos: () Ineficaz () Interrompida

() Ansiedade

() Constipação

() Deambulação prejudicada

() Diarréia

() Dor: () Aguda () Crônica

() Eliminação urinária prejudicada

() Hipotermia () Hipotermia

() Integridade da pele prejudicada

() Padrão Ineficaz de alimentação

() Perfusão Tissue Alterada

() Risco de Aspiração

() Risco de estresse por mudança

() Risco de glicemia instável

() Risco de Infecção

() Risco de sangramento

() Ventilação espontânea prejudicada

() Outros: _____

CONTROLES ESPECÍFICOS

HORA	SINAIS VITAIS				ELIMINAÇÕES		MANUTENÇÃO		VENTILAÇÃO											
	PA	PULSO	SAT	FR	DEXTRO	T ° C	ASS.	DIURESE	EVACUAÇÕES	EMESSES	DRENOS	SONDA	DU	DIURESE	EVACUAÇÕES	EMESSES	DRENOS	SONDA	DU	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				

CONTROLES ESPECÍFICOS

AVP	COLOCADO DIA		TROCAR DIA		SINE		SVD		PICC		AVC		TROCAR DIA		TROCAR DIA		

CONTROLES ESPECÍFICOS

CARIMBO E ASS. TÊC. DIA

CARIMBO E ASS. TÊC. NOITE



[illegible]

- A LETILIDADE LEGÍVEL PODE IMPEDIR A DISTRIBUIÇÃO E É UM RISCO AO P/ENTE

[illegible]

Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

[illegible]

[illegible]

Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

CÓDIGO	MATERIAIS	SOLICITADO	ENTREGUE	CÓDIGO	MATERIAIS	ENTREGUE	SOLICITADO
1449	Sol. Fisiológica 0,9% 250ml			2229	S. Asp/traqueal nº 8		
1451	Sol. Fisiológico 0,9% 5000ml			2230	S. Asp/traqueal nº 10		
1498	Sol. Glicosada 5% 250ml			2231	S. Asp/traqueal nº 12		
1500	Sol. Glicosada 5% 500ml			2232	S. Asp/traqueal nº 14		
1513	Sol. Ringer- Lactato 500ml			2123	Falda Desc. AD/G		
1453	Sol. Glicerinada 12% 500ml			2124	Falda Desc. AD/M		
1442	Sol. Manitol 20% 250ml			2125	Falda Desc. AD/P		
1455	Sol. Glico- Fisiológica 500ml			2126	Falda Desc. /INF/G		
1494	Sol. Glicosada 10% 500ml			2127	Falda Desc. /INF/M		
1093	Bic. de Sódio 8,4% 250ml			2128	Falda Desc. /INF/P		
2107	Equipo Macrogotias			2243	Sonda de Foley nº 20 2 vias		
1044	Diluentes de 10ml			2240	Sonda de Foley nº 14 2 vias		
2221	Seringa de 1ml			2108	Equipo Microgotias		
2224	Seringa de 3ml			2319	S. Uretral nº 08		
2225	Seringa de 5ml			2330	S. Uretral nº 10		
2222	Seringa de 10ml			2331	S. Uretral nº 12		
2223	Seringa de 20ml			2332	S. Uretral nº 14		
2100	Polifx duas vias			2334	S. Uretral nº 18		
2038	Bolsa Coletora Aberta			2325	S. Uretral nº 20		
2040	Bolsa Coletora Fechada			2307	S. Retal nº 12		
2048	Scalps nº 19			2308	S. Retal nº 14		
2050	Scalps nº 21			2309	S. Retal nº 16		
2051	Scalps nº 23			2310	S. Retal nº 18		
2052	Scalps nº 25			2311	S. Retal nº 20		
2054	Scalps nº 27			2280	S. Nasogástrica nº 14		
2286	Coletor de Incont. Urinária			2281	S. Nasogástrica nº 16		
1965	B. de Colostomia Simples			2282	S. Nasogástrica nº 18		
1964	B. de Colostomia com Karaia			2283	S. Nasogástrica nº 20		
2009	Cateiter de 02 nº 06			2284	S. Nasogástrica nº 22		
2010	Cateiter de 02 nº 08						
2011	Cateiter de 02 nº 10						
2241	Sonda de Foley nº 16 2 vias						
2242	Sonda de Foley nº 18 2 vias						
2104	Equipo micro com Bureta						
2114	Equipo p/ Transf. de Sangue						
1436	Diluentes de 1.000ml						

Silvia de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat: 6825524-3 RESOLUTO

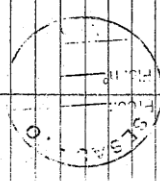


Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

NOME: RN de		PRONTUÁRIO		DATA:	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA	
SETOR:	LEITO:	Médico:	Peso Diário:	Ganho de peso:	Perda de peso:	EVOLUÇÃO MÉDICA
PRESCRIÇÃO MÉDICA			APRAZAMENTO			
1. ALCON			Parto: ☐ Normal ☐ Cesáreo ☐ Forceps			DN: / / Peso Nascimento: / / RNT ☐ AIG ☐ RNPT ☐ GIG ☐ Pós T ☐ PIG ☐ MAE: RN: TS = TS = HIV = CD = VDRL = VDRL = Diagnóstico:
2. SMLD			HORÁRIO: / / SEXO: 9			
3. Acompanhamento da Fonoaudiologia			Teste do pezinho:			
4. Examinar mãe ao Banco de Leite			Teste de orelhinha:			
5. Cuidados de Rolina			Teste corcêzinho:			
6. Dextro ao dia, Comunicar ao médico se < ou igual a 45			Teste da língua:			
7. DU ao dia, Comunicar ao médico se > ou igual a 1020.			Teste da orelhinha:			
8. Fototerapia contínua + Proteção Ocular						
9. Fase Rápida = SF 0,9%, Fazer 1 ml EV, em h,						
10. S. Glicosado % ml						
AD ml						
NaCl 20% ml						
KCl 15% ml						
Fazer ml EV / h						
11. Pen Cristalina 5.000.000 + SF 0,9% 10ml						
Fazer ml EV / h						
12. Ampicilina 500mg + 5ml SF 0,9%						
Fazer ml EV / h						
13. Gentamicina (40mg/ml) retirar 1 ml + 4 ml SF 0,9%						
Fazer ml EV / h em 30 min						
Exame Físico: ☐ BOA SUÇÃO			Exames complementares:			
COLOSTRO PRESENTE ☐ FEZES ☐						
URINA ☐						
ICTÉRICO ☐						
ZONA ☐						
EUPNEICO, sem R. A.						
RR, J sem Sopros						
ABDOMEN FLÁCIDO, sem VCM						
ORTOLANI NEGATIVO						
CLAVÍCULAS INTEGRAS						
PERÍNEO						
Observações:						
Condição:						



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

TOR:		LEITO:	Médico:	Peso Diário:	Ganho de peso:	Perda de peso:	 HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA							APRAZAMENTO			
ALCON 30ML D							Qtd Solicitada: UD: ENTREGUE: CÓDIGO:			
Acompanhamento da Fonoaudiologia Encaminhar mãe ao Banco de Leite Cuidados de Rotina Dextro: ao dia, Comunicar ao médico se < ou igual a 45 2U: ao dia, Comunicar ao médico se > ou igual a 1020.							F.S. nº 78 Carlos			
Fototerapia contínua + Proteção Ocular										
Sase Rápida = SF 0.9%, Fazer ml EV, em h										
S. Glicosado % ml AD ml NaCl 20% ml KCl 15% ml GluCa 10% ml Fazer ml EV / h										
Pen Crisatina 5.000.000 + SF 0.9% 10ml Fazer ml EV / h										
Ampicilina 500mg + 5ml SF 0.9% Fazer ml EV / h										
Gentamicina (40mg/ml) Retirar 1ml + 4ml SF 0.9% Fazer ml EV / h em 30 minutos.										
segunda via para FARMÁCIA										

SCL/DL

HOSPITAL REGIONAL
DE PORTO NACIONAL

SECRETARIA
DA SAÚDE



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pedido de Exames

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____

SOLICITO

- | | |
|--|--|
| ☐ HEMOGRAMA | ☐ CPK - CKMB |
| ☐ GLICEMIA DE JEJUM | ☐ TROPONINA I |
| ☐ GLICEMIA CAPILAR | ☐ AMILASE |
| ☐ HEMOGLOBINA GLICOSILADA | ☐ LIPASE |
| ☐ HT. + Hb + GS & RH | ☐ TGO |
| ☐ URÉIA | ☐ TGP |
| ☐ CREATININA | ☐ BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES |
| ☐ ÁCIDO ÚRICO | ☐ PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES |
| ☐ SÓDIO | ☐ COAGULOGRAMA |
| ☐ POTÁSSIO | ☐ TAP |
| ☐ MAGNÉSIO | ☐ PCR |
| ☐ CÁLCIO | ☐ PROVA DO LAÇO |
| ☐ EAS URINA | ☐ OUTROS: _____ |
| ☐ VDRL | |
| ☐ OUTROS: _____ | |

HD: _____

HOSPITAL REGIONAL
DE PORTO NACIONAL

SECRETARIA
DA SAÚDE



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pedido de Exames

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____

SOLICITO

- | | |
|--|--|
| ☐ HEMOGRAMA | ☐ CPK - CKMB |
| ☐ GLICEMIA DE JEJUM | ☐ TROPONINA I |
| ☐ GLICEMIA CAPILAR | ☐ AMILASE |
| ☐ HEMOGLOBINA GLICOSILADA | ☐ LIPASE |
| ☐ HT. + Hb + GS & RH | ☐ TGO |
| ☐ URÉIA | ☐ TGP |
| ☐ CREATININA | ☐ BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES |
| ☐ ÁCIDO ÚRICO | ☐ PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES |
| ☐ SÓDIO | ☐ COAGULOGRAMA |
| ☐ POTÁSSIO | ☐ TAP |
| ☐ MAGNÉSIO | ☐ PCR |
| ☐ CÁLCIO | ☐ PROVA DO LAÇO |
| ☐ EAS URINA | ☐ OUTROS: _____ |
| ☐ VDRL | |
| ☐ OUTROS: _____ | |

HD: _____



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

 GOVERNO DO TOCANTINS O Estado de Tocantins e da Justiça Social SECRETARIA DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde	HOSPITAL	
		☐ RECEITUÁRIO ☐ PEDIDO DE EXAMES ☐ REFERÊNCIA INTERNA ☐ RESULTADO DE EXAMES	NOME: _____ DATA: ____/____/____ CARIMBO CRM: _____

 GOVERNO DO TOCANTINS O Estado de Tocantins e da Justiça Social SECRETARIA DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde	HOSPITAL	
		☐ RECEITUÁRIO ☐ PEDIDO DE EXAMES ☐ REFERÊNCIA INTERNA ☐ RESULTADO DE EXAMES	NOME: _____ DATA: ____/____/____ CARIMBO CRM: _____



[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE REFERÊNCIA

RECEITUÁRIO ORTOPEDIA

RECEITUÁRIO ORTOPÉDICA	
	1º RETORNO ____/____/____
	2º RETORNO ____/____/____
	3º RETORNO ____/____/____
	DIAGNÓSTICO _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
ORIENTAÇÕES AO PACIENTE CUIDADOS COM GESSO 1. Não destruir o Gesso sem autorização médica; 2. Não molhar o gesso e não introduzir objetos no interior para coçar; 3. Não pisar no-gesso sem autorização médica; 4. Usar muletas; 5. Manter a perna elevada; 6. Usar tipóia, mantendo a mão elevada; 5. Mover os dedos continuamente.	RETORNAR IMEDIATAMENTE EM CASO DE: 1. Piora acentuada de dor; 2. Edema / Inchaço da mão / Pé; 3. Dormências / Diminuição de sensibilidade; 4. Alteração da cor dos dedos (pálidez ou cinose / arroxeados); 5. Presença de secreções ou odor desagradável.



[illegible]

Requisitado por:	Aprovado por:	Form./Almox.:	Recebido por:
------------------	---------------	---------------	---------------

[illegible]

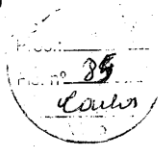
Requisitado por:	Aprovado por:	Form./Aimox.:	Recebido por:
------------------	---------------	---------------	---------------



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

 Governo do TOCANTINS O Estado da União Brasileira e da Justiça Social Secretaria da Saúde	 SUS	HOSPITAL 	SOLICITAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS
---	---	--	--

☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ ENDOSCOPIA ☐ OUTROS
☐ TOMOGRAFIA ☐ ELETRO



I -	PACIENTE	Nome do Paciente: _____ Ident.: _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () Masc. () Fem. Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ Ponto de Ref.: _____ Possui Algum Convênio de Saúde? () Sim () Não Qual? _____
------------	-----------------	---

II -	SOLICITAÇÃO	Exames Anteriores: 02. () E.C.G. 10. () Líquor 13. () Ultrassonografia 05. () RX Simples 11. () Hemograma () Outros _____ 07. () Endoscopia 12. () RX Contrastado () Nenhum Hipótese Diagnóstica: _____ CID: _____ Região anatômica ou órgão a ser pesquisado + código exame no SIA / SUS ou AMB _____ Urgência: () Sim () Não Unidade Solicitante: _____ Código Unidade: _____ Data: ____/____/____ Ass. e Carimbo com CRM: _____
-------------	--------------------	--

III -	AUTORIZAÇÃO	Procedimento autorização: _____ Cód. Procd.: _____ Motivo de não autorização: _____ _____ Unidade autorizadora: _____ Data: ____/____/____ Ass. e Carimbo: _____
--------------	--------------------	--

IV -	REALIZAÇÃO	Agendamento na Unidade: _____ Município: _____ Data do Exame: ____/____/____ Horas: ____:____ Responsável Técnico da Unidade Prestadora: _____ Cód. Procedimento: _____ Resultado: () Normal () Alterado Data: ____/____/____ Ass. e Carimbo CRM: _____ Assinatura do Paciente: _____
-------------	-------------------	--





ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA VIVA-MULHER



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO- COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde
Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo da Mulher
Nome Completo da Mãe
Apelido da Mulher
Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)
Data de Nascimento Idade Cartão SUS
Dados Residenciais
Logradouro
Número Complemento
Bairro UF
Município
CEP DDD Telefone
Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE ENCAMINHAMENTO

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas: ☐ Possivelmente não neoplásicas
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
Glandulares: ☐ Possivelmente não neoplásicas
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
De origem indefinida ☐ Possivelmente não neoplásicas
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATÍPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

☐ Adenocarcinoma "in situ"
Adenocarcinoma Invasor: ☐ Cervical
☐ Endometrial
☐ Sem outras especificações
☐ Outros diagnósticos citopatológicos. Quais?

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA DO COLO DO ÚTERO

1. COLPOSCOPIA

☐ NORMAL
☐ ANORMAL ☐ Sugestiva de NIC
☐ Sugestiva de Invasão
☐ INSATISFATÓRIA

2. PROCEDIMENTO

☐ Biópsia a frio
☐ Curetagem endocervical
☐ CAF ☐ Exérese alargada da zona de transformação
☐ Retirada de canal
☐ Biópsia

Informações adicionais para o patologista

Data do exame

Médico responsável

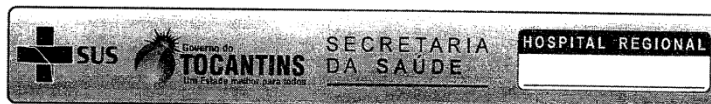
ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recebido em: / /
RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
Tipo de procedimento cirúrgico	
☐ Biópsia ☐ Conização ☐ Histerectomia Simples ☐ Pan-histerectomia ☐ Outros _____	
MACROSCOPIA	
Tipo de material recebido: ☐ Biópsia, número de fragmentos _____ ☐ Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ x _____ cm distância da margem mais próxima _____ localização do tumor: ☐ Ectocérvice ☐ Endocérvice ☐ Junção escamo-colunar	
MICROSCOPIA	
Lesões de caráter benigno	
☐ Metaplasia Escamosa ☐ Cervicite crônica inespecífica ☐ Pólipo Endocervical ☐ Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV)	
Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico	
☐ NIC I (displasia leve) ☐ NIC II (displasia moderada) ☐ NIC III (displasia acentuada / carcinoma <i>in situ</i>) ☐ Carcinoma epidermóide microinvasivo ☐ Carcinoma epidermóide invasivo ☐ Carcinoma epidermóide, impossível avaliar presença de nível de invasão ☐ Carcinoma verrucoso ☐ Carcinoma epidermóide não-ceratinizante ☐ Adenocarcinoma <i>in situ</i> ☐ Adenocarcinoma mucinoso ☐ Adenocarcinoma viloglandular ☐ Outros neoplasias malignas _____	
Grau de diferenciação	
☐ Não se aplica ☐ Bem diferenciado (Grau I) ☐ Moderadamente diferenciado (Grau II) ☐ Pouco diferenciado (Grau III) ☐ Indiferenciado (Grau IV)	
Dados em relação à extensão do tumor:	
Infiltração	
Profundidade da Invasão: _____ mm	
Vascular	☐ Sim ☐ Não
Peri-neural	☐ Sim ☐ Não
Parametrial	☐ Sim ☐ Não
Corpo uterino	☐ Sim ☐ Não
Vagina	☐ Sim ☐ Não
Linfonodos regionais: _____ examinados e _____ comprometidos	
Margens cirúrgicas	
☐ Livres ☐ Comprometidas ☐ Impossível de serem avaliadas	
Diagnóstico Descritivo _____	
Controle de representação histológica	
☐ Material insatisfatório por _____ ☐ Fragmentos ☐ Blocos	
Data da liberação do resultado: / /	
Médico responsável pelo resultado	CRM _____ CNPF (CPF) _____





**REQUISIÇÃO DE EXAME
HISTOPATOLÓGICO (BIÓPSIA)**



Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Referência: _____

Material: _____

Local Retirado: _____

Exame: _____

Indicação Clínica: _____

Dados Clínicos: _____

Modelo: SESTO/DCH - Cód. 66-903

Carimbo e Assinatura

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



HOSPITAL

REQUISIÇÃO DE PARECER

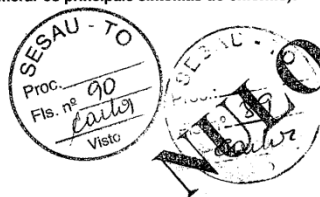
16

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

DA CLÍNICA: _____ ENFERMARIA ☐

A CLÍNICA: _____ LEITO ☐

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).



Data: _____ Autorização _____ Ass. do Médico Consultante _____

PARECER:

Data: _____ Ass. do Médico Especialista _____



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

Plano de saúde em conformidade com o Edital nº 090/2016 - Processo nº 2015/30550/004090

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

					
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME: _____					
DATA DE NASCIMENTO: / /		IDADE: _____		SEXO: () M () F PESO: _____	
NOME DA MÃE: _____					
LOCAL					
HOSPITAL: _____					
() PRONTO SOCORRO		() CENTRO CIRÚRGICO		() UTI	
() OUTROS		LEITO / APTO: _____		Nº PRONTUÁRIO: _____	
INTERNAÇÃO:		() SUS - Nº DO CARTÃO:			
		() CONVÊNIO (NOME E Nº REGISTRO):			
		() PARTICULAR:			
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO					
DIAGNÓSTICO: _____			INDICAÇÃO CLÍNICA: _____		
CIRURGIA PROPOSTA: _____			DATA: / /		
EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS					
HEMOGLOBINA: g/dl		HT: %		PLAQUETAS: mm³	
DISTÚRPIO DE COAGULAÇÃO: () NÃO () SIM SE SIM, QUAL: _____					
TP: _____		TTPA: _____		FIBRINOGENIO: mg%	
HISTÓRICO TRANSFUSIONAL					
TRANSFUSÕES PRÉVIAS: () NESTE HOSPITAL () OUTRO HOSPITAL () NENHUMA					
DATA DA ÚLTIMA TRANSFUSÃO: / /					
HISTÓRIA GESTACIONAL: () SIM () NÃO		GESTAÇÕES: _____		PARTOS: _____	
MEDICAMENTOS: () METILDOPA () PENICILINA () OUTROS: _____					
Solicitou consentimento de transfusão ao paciente ou responsável? () SIM () NÃO					
HEMOCOMPONENTE	UN / ML	TIPOS DE ATENDIMENTO			AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO SEM TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS
		Reserva	Rotina	Urgência	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)					Autorizo a transfusão de sangue sem testes pré-transfusionais pela indicação se classificar como emergência ou risco de morte, cliente dos risco de reações hemolíticas advindas deste procedimento.
CH FENOTIPADO					
CH DESLEUCOCITADO (FILTRADO)					
CH FENOTIPADO E DESLEUCOCITADO					
PLASMA FRESCO CONGELADO					
CRIOPRECIPITADO					
CONCENTRADO DE PLAQUETAS					
OUTROS(S):					
NOME DO MÉDICO: _____		ASSINATURA DO MÉDICO: _____			
DATA: / /		(carimbo ou CRM)			
AMOSTRA COLETADA POR: _____		AMOSTRA COLETADA POR: _____			
DATA: / / HORÁRIO: _____		DATA: / / HORÁRIO: _____			

SCL/DL

Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

  	
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE: ____ SEXO: () M () F PESO: ____
NOME DA MÃE: _____	
LOCAL	
HOSPITAL: _____	
() PRONTO SOCORRO	() CENTRO CIRÚRGICO () UTI () INTERNAÇÃO
() OUTROS	LEITO / APTO: ____ Nº PRONTUÁRIO: ____
INTERNAÇÃO:	() SUS - Nº DO CARTÃO: () CONVÊNIO (NOME E Nº REGISTRO): () PARTICULAR:
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO	
DIAGNÓSTICO: _____	INDICAÇÃO CLÍNICA: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____	DATA: ____/____/____
EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS	
HEMOGLOBINA: ____ g/dl	HT: ____ % PLAQUETAS: ____ mm³
DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO: () NÃO () SIM SE SIM, QUAL: _____	
TP: ____	TTPA: ____ FIBRINOGENIO: ____ mg%
HISTÓRICO TRANSFUSIONAL	
TRANSFUSÕES PRÉVIAS: () NESTE HOSPITAL () OUTRO HOSPITAL () NENHUMA	
DATA DA ÚLTIMA TRANSFUSÃO: ____/____/____	
HISTÓRIA GESTACIONAL: () SIM () NÃO	GESTAÇÕES: ____ PARTOS: ____ ABORTOS: ____
MEDICAMENTOS: () METILDOPA () PENICILINA () OUTROS: _____	
Solicitou consentimento de transfusão ao paciente ou responsável? () SIM () NÃO	
HEMOCOMPONENTE	UN / ML
	TIPOS DE ATENDIMENTO
	Reserva Rotina Urgência
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	
CH FENOTIPADO	
CH DESLEUCOCITADO (FILTRADO)	
CH FENOTIPADO E DESLEUCOCITADO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	
CRIOPRECIPITADO	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	
OUTROS(S):	
AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO SEM TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS Autorizo a transfusão de sangue sem testes pré-transfusionais pela indicação se classificar como emergência ou risco de morte, ciente dos riscos de reações hemolíticas advindas deste procedimento.	
MÉDICO SOLICITANTE Assinatura/CRM ou carimbo	
NOME DO MÉDICO: _____	ASSINATURA DO MÉDICO: _____
DATA: ____/____/____	(carimbo ou CRM)
AMOSTRA COLETADA POR: _____	AMOSTRA COLETADA POR: _____
DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____	DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____



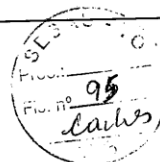


Governo do
TOCANTINS
O Estado da Livre Iniciativa
e da Justiça Social
Secretaria da Saúde



HOSPITAL

SISTEMA DE CONTRA-REFERÊNCIA



Do Hospital _____ para _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Município: _____ U.F.: _____

RESUMO DE ALTA

Diagnóstico: _____ CID: _____

Medicação e Tratamento Estabelecidos: _____

Evolução do Tratamento: _____

Recomendações: _____

_____, TO, ____/____/____ Médico



			SECRETARIA DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL
RÓTULO E BIÓPSIA			
Paciente: _____			
Posto: _____	Leito: _____	RG: _____	
End.: _____			
Material: _____			
Médico: _____			
Responsável: _____			
Data: ____/____/____			



21



HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____

HOSPITAL
S. Medicação

RÓTULO DE SORO

Nome: _____
Posto: _____
Data: ____/____/____
Leito: _____
Início: ____/____/____ h
Término: ____/____/____ h

Nº de Gotas/Min: _____
Nº de Microgotas/Min: _____

S.G. 5% _____ ml
S.F. 0.9% _____ ml
Glicose 50% _____ ml
Na CL 20% _____ ampola(s)
KCL 10% _____ ampola(s)
Vitamina E _____ ampola(s)
Complexo B _____ ampola(s)

Assinatura _____



ANEXO I

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASC. ☐ 1 FEM. ☐ 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPF SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



100 Bloco

TERMO DE RESPONSABILIDADE INFORMADO

1- Por meio do presente termo e para todos os fins legais, declaro que fui informado de forma clara a respeito das indicações e dos riscos cirúrgicos, anestésicos, ou do tratamento clínico, bem como de procedimentos médicos outros, através de explanação detalhada pelos médicos assistentes.

2- Declaro ainda estar em pleno acordo com a realização do tratamento proposto, bem como com os exames complementares que forem indicados, de "LIVRE e ESPONTÂNEA VONTADE," reconhecendo e aceitando os riscos inerentes à suas práticas; autorizando o corpo clínico a efetuar na pessoa de.....; os atos médicos julgados convenientes e indispensáveis, isentando civil e criminalmente os médicos assistentes, e ao Hospital de Referência caso o paciente venha a falecer ou apresentar sequelas em consequência dos mesmos, ou apresentar intercorrências relacionados aos métodos diagnósticos e/ou terapêuticos utilizados.

3 - Comprometo-me ainda a retirar o paciente, (retirar-me) do Hospital assim que receber a comunicação da alta.

4- Caso o paciente seja retirado do hospital sem alta médica (à revelia) o Hospital ficará isento de responsabilidade legal.

5 - Se por quaisquer motivos o meu convênio não efetuar o pagamento ou parte dele assumirei o débito devido, quitando-o imediatamente; autorizando a cobrança a critério do Hospital.

6 - Sendo a internação em caráter particular assumirei integralmente à conta médico-hospitalar, respeitando as normas administrativas do hospital.

Sirleia de Carvalho Toledo
Assistente de Serviço de Saúde
Mat. 202455-1 SESAU-TO

Paciente ou Responsável: _____

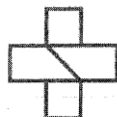
CPF: _____

Médico Assistente: _____

Testemunha: _____

Endereço: _____

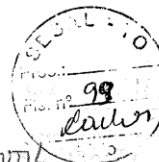




SUS

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE REFERÊNCIA

L. MATERNO INFANTIL
TIA DEDÉ



SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: _____ Registro: _____
Leito: _____ Convênio: _____ Data da Internação: _____
Idade: _____ Data da Alta: _____
Médico: _____ Data do óbito: _____

INFECÇÃO NA ADMISSÃO () Sim () Não () Provável
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

Procedimentos usados	Infecção		Procedimentos usados	Infecção	
	Antes	Depois		Antes	Depois
() Dispositivo arterial/venoso			() Nutrição parenteral		
() Cateter vesical			() Punção lombar		
() Citoscopia			() Traqueostomia		
() Entubação endotraqueal			() assist. Vet. Mecânica		
()			()		

Infecção: () Comunitária () Proveniente de outro Hospital () Hospital
Caso: () Clínico () Cirúrgico () Obstétrico () Neonatológico () Pediátrico

Isolamento: () Estrito () Respiratório () Protetor
Precauções () Entéricas () Ferida e Pele () Sangue e Fluidos () Secreções Respiratórias

Realidade Cultura () Sim () Não

Material Anabolizador/Resultado/Germe/Sensível

Urina: _____ Data: ____/____/____
Sangue: _____ Data: ____/____/____
Fezes: _____ Data: ____/____/____
Liquor: _____ Data: ____/____/____
Secreção de: _____ Data: ____/____/____
Outro: _____ Data: ____/____/____

Topografia da Infecção:
() Cutânea Cirúrgica () Cutânea não Cirúrgica () Gastrointestinal () Ginecológica
() Hematogênica () Intra-abdominal () Obstétrica () Oftalmológica () SNC
() Ósteo-auricular () Ponta de cateter () Pulmonar () Urinária
() Outra: _____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO
Cirurgias: () Sim () Não Qual: _____
Data ____/____/____ Sala: _____
() Eletiva () Urgência () Emergência
Tipo (vide classificação no verso)
() Limpa () Potencialmente contaminada () Contaminada () Infectada

Cód. 97

Gráfica Primavera - 63 3215.4393



PREENCHIMENTO PELO MÉDICO/ENF.

Antibiótico: () Profilática () Terapêutica () Não usou

Paciente Imunodeprimido: () Sim () Não

Diagnóstico:

Medidas Terapêuticas:	Início	Término	Duração

Alta: () Curado da infecção. () Com Antibioticoterapia.

Óbito: () Relacionado à infecção comunitária. () Relacionado à infecção proveniente de outro hospital.

() Relacionado à infecção Hospitalar. () Por outra causa.

Classificação das Cirurgias por Potencial de Contaminação

1. Operações Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência do processo infeccioso local ou de falhas técnicas grosseiras. Ex. Herniorrafia. Procedimento cirúrgico ortopédico eletivo. Enxerto cutâneo.

2. Operações Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação na ausência do processo infeccioso local ou de falhas técnicas grosseiras. Ex. Histerectomia abdominal; vias biliares e Gastroduodenal, feridas traumáticas limpas até 10 Horas após o traumatismo.

3. Operações Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizador por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas Técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Ex. Appendicectomia sem supuração, Cirurgia de Cólon, Ferida traumática Após 10 horas de traumatismo cirurgias da Orofaringe.

4. Operações Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em quaisquer dos tecidos ou órgão anteriormente mencionados, em presença de processo infeccioso (supuração local). Ex. Cirurgia Abdominal em presença de pús e conteúdo de cólon.





 **SECRETARIA DA SAÚDE** **HOSPITAL REGIONAL**

SERVIÇO DE ORTOPEDIA

IMOBILIZAÇÕES GESSADAS

☐ Velpeau	☐ Velpeau Verão
☐ Oito	☐ Gessada ☐ Malha
☐ Pinça Confeiteira	
☐ Gesso Pedente	
☐ Auxílio-Palmar	☐ Calha
☐ Tubo de M. Superior	☐ Calha
☐ Luva Gessada	☐ Calha
☐ Tala de Alumínio	☐ QD
☐ Tipo/A	☐ Fixa ☐ Simples
☐ Spica	
☐ Calção Gessada	
☐ PTB (Sarmiento)	
☐ Ducroquet	
☐ Bota Gessada	☐ Com ☐ Sem ☐ Calha
☐ Imobil. Com Esparadrapo PD	
☐ Colar de Schanz	☐ Colete Gessado
☐ Imobil. A. Watson Jones	
☐ Bota Antiarrotatória	
☐ Outros	



 Governo do TOCANTINS O Estado da Livre Iniciativa e da Justiça Social Secretaria da Saúde	 SUS Sistema Único de Saúde	HOSPITAL
---	--	-----------------

**SERVIÇO SOCIAL
ENCAMINHAMENTO**



Nº _____

Data _____

Do: _____

Para: _____

Sr (): _____

Solicitamos de V. Srª., a gentileza de atender o Sr. (a) _____

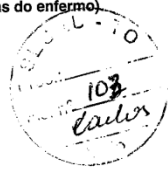
Atendimento Solicitado _____

OBS.: _____

Atenciosamente _____

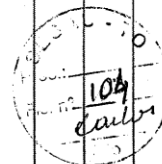
_____ / _____ / _____
Data



 Governo do TOCANTINS O Estado da Liberdade e da Justiça Social Secretaria da Saúde	 SUS Sistema Único de Saúde	HOSPITAL	REQUISIÇÃO DE PARECER
NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____ DA CLÍNICA: _____ ENFERMARIA ☐ A CLÍNICA: _____ LEITO ☐ MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo) 			
_____/_____/_____ Data:		_____ Autorização	_____ Ass. do Médico Consultante
PARECER: 			
_____/_____/_____ Data:		_____ Ass. do Médico Especialista	



1- Nome do Paciente				2- Registro do SAME			
3- Data da Internação		4- Leito/Unidade de Internação		5- Sexo	6- Idade	7- Peso	
8- Antimicrobiano	9- Dose	Via	Intervalo	10- Indicação Profilático	11- Infecção Comunitário	12- Duração Prevista do T ^o Dias	Hospitalar
13- Resultado Microbiológico				14- Justificativa (Diagnóstico Clínico e/ou Microbiológico)			
☐ SIM ☐ NÃO QUAL?:							
15- Médico (Nome Legível e assinatura)				16- CRM-TO		17- Data	
16- Espaço Reservado ao CCIH							
19- Parecer:				20- Data			
21- Médico CCIH (Nome legível e assinatura):				22- CRM-TO			
23- Espaço reservado à Farmácia							
24- Hora de recebimento do pedido		25- Fundonário		26- Data			
27- Observações:							
28- Farmacêutico				29- CRM-TO			
CARBONADO							





Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA (UTI)

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Peso: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Localização do Paciente: _____

Leito/Box: _____

Telefone: _____

DADOS CLÍNICOS:

Indicação de UTI: ☐ Adulto

☐ UTI Pediátrica

☐ UTI neonatal

Diagnóstico principal inicial: _____

CID: _____ CÓD PROCEDIMENTO _____

Principais sinais e sintomas clínicos que justificam a internação: _____

Quadro Neurológico: Escala de Glasgow: _____ Pupilas: _____ acesso venoso: ausente() scalp:() abocath:()

Quadro Respiratório:

FR: _____ Cianose: _____ Uso de suporte ventilatório (tipo): _____ FiO₂ (%): _____

Gasometria: pH: _____ paO₂ _____ paCO₂ _____ HCO₃ _____ BE _____ Sat (%) _____

Quadro Hemodinâmico:

PA: _____ FC: _____ Perfusão periférica: _____ Uso de drogas vasoativas (tipo e dose): _____

Quadro Renal: Diurese: _____ (ml/kg/h ou ml/h).

Exames Complementares: Ur: _____ Cr: _____ Na: _____ K: _____ Glicemia: _____ Ca: _____ Mg: _____ Amilase: _____ TGO: _____

TGP: _____ Bb direta: _____ Bb ind: _____ Gama GT: _____ CK: _____ CKMB: _____ Hb: _____ Ht: _____ Leucócitos: _____

Plaquetas: _____ PCR: _____ TP/RNI: _____ TTPA/R: _____ Urina: _____ ECG: _____

Exames de imagem? Qual(is)?/Resultados: _____

OBSTETRICAL Idade gestacional: _____ semanas - Gravidez anterior: _____ Aborto: _____

Tipo de parto prévio: _____ Sangramento: _____

ORTOPEDIA

Região afetada: _____ Contusão: () Entorse: () Fratura: () Data do acontecimento: _____ Nº de fratura _____

Prescrição sucinta (medicamentos, doses, tempo de uso: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome: _____

Telefone p/ Contato: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo

PROFISSIONAL REGULADOR:

Nome: _____

CRM: _____

☐ Deferido

☐ Indeferido

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e Carimbo



11



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE EM UTI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Estabelecimento de Saúde: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Peso: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Localização do Paciente: _____

Leito/Box: _____

Telefone: _____

DADOS CLÍNICOS: (informações de preenchimento obrigatório)

Diagnóstico principal inicial: _____

CID: _____ Cód. Procedimento: _____

Principais sinais e sintomas clínicos que justificam a internação: _____

Quadro Neurológico:

Nível de consciência: _____

Pupilas: _____

Quadro Respiratório:

FR: _____

Cianose: _____

Uso de suporte ventilatório (tipo): _____

FiO₂ (%): _____

Gasometria: pH: ____ paO₂ ____ paCO₂ ____ HCO₃ ____ BE ____ Sat (%) ____

Quadro Hemodinâmico:

PA: _____

FC: _____

Perfusão periférica: _____

Uso de drogas vasoativas (tipo e dose): _____

Quadro Renal:

Diurese: _____ (ml/kg/h ou ml/h).

Exames Complementares:

Cr: _____

Na: _____

K: _____

Glicemia: _____

Ca: _____

Mg: _____

Amilase: _____

TGO: _____

TGP: _____

Bb direta: _____

Bb ind: ____ Gama GT: ____ CK: ____ CKMB: ____ Hb: ____ Ht: ____ Leucócitos: ____ Plaquetas: ____ PCR: ____

TP/RNI: ____/____

TPA/R: ____/____

Urina: _____

ECG: _____

Exames de imagem? Qual(is)?/Resultados: _____

Prescrição sucinta: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome: _____

Telefone p/ Contato: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura e Carimbo

PROFISSIONAL REGULADOR:

Nome: _____

CRM: _____

☐ Deferido

☐ Indeferido

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura e Carimbo



 GOVERNO DO TOCANTINS O Estado da União e do Brasil SUS Secretaria da Saúde	HOSPITAL	TROCA DE PLANTÃO	
Eu _____ peço autorização para efetuar troca de plantão com o(a) funcionário(a): _____ no dia ____/____/____ horário: ____ para ____ o dia ____/____/____ horário: ____			
Grato(a)			
		_____ Funcionário Requerente	
		_____ Funcionário de Acordo	
		_____ Coordenação	
		Data: ____/____/____	

 GOVERNO DO TOCANTINS O Estado da União e do Brasil SUS Secretaria da Saúde	HOSPITAL	TROCA DE PLANTÃO	
Eu _____ peço autorização para efetuar troca de plantão com o(a) funcionário(a): _____ no dia ____/____/____ horário: ____ para ____ o dia ____/____/____ horário: ____			
Grato(a)			
		_____ Funcionário Requerente	
		_____ Funcionário de Acordo	
		_____ Coordenação	
		Data: ____/____/____	



ANEXO III**MINUTA DO CONTRATO**

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM NA FORMA E NAS CONDIÇÕES SEGUINTE, DE UM LADO COMO CONTRATANTE, O ESTADO DO TOCANTINS, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E DE OUTRO COMO CONTRATADA, A EMPRESA

O **ESTADO DO TOCANTINS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede e foro nesta Capital, através da Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob nº 25.053.117/0001-64, pelo Excelentíssimo Senhor Secretário da Saúde, **Marcos Esner Musafir**, brasileiro, residente e domiciliado nesta capital, nomeado Secretário da Saúde, pelo Ato Governamental de nº. 96 – NM. publicado no Diário Oficial do Estado nº. 4.548, de 27 de janeiro de 2016, doravante denominada CONTRATANTE, e a empresa pessoa jurídica de direito privado, com sede e foro, na inscrita no CNPJ sob nº, Inscrição Estadual sob nº, doravante denominada CONTRATADA, representada por seu titular, o(a) Sr.(a), brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº - SSP-....., CPF nº, resolvem celebrar o presente CONTRATO, elaborado de acordo com a minuta aprovada pela **SUPERINTENDÊNCIA DE ASSUNTOS JURÍDICOS** e pela **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, observadas as disposições da Lei nº 8.666/93 e subsidiariamente a Lei nº 10.520/02, Decreto Federal nº 5.450/05, Decreto Federal nº 7.892/13, Decreto Estadual nº 5.344/15 e suas alterações, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto aquisição de **serviços e materiais gráficos**, destinados ao atendimento das diversas demandas das 19 (dezenove) Unidades Hospitalares, no prazo e nas condições a seguir ajustadas, decorrentes do Pregão Eletrônico nº XXX/2016, com motivação e finalidade descritas no Termo de Referência do órgão requisitante.

PARÁGRAFO ÚNICO – DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

A aquisição deste Contrato as quantidades e observações constantes do Objeto da Licitação do Pregão Eletrônico nº xxx/2016, conforme Processo nº 2015/30550/004090 parte integrante deste Contrato, com motivação e finalidade descritas no Termo de Referência do órgão requisitante.

Item	Qtd	Und	Especificações	Preço Unitário	Preço Global
VALOR TOTAL					

(AS ESPECIFICAÇÕES DETALHADAS DO OBJETO CONTRATADO SERÃO INSERIDAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DO CONTRATO, COM BASE NA PROPOSTA DA EMPRESA VENCEDORA)

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA E DO PRAZO DE ENTREGA**2.1. Da forma:**

2.1.1. Os produtos devem ser entregues obedecendo rigorosamente às cláusulas do Edital e seus anexos.

2.1.2. Os produtos devem ser entregues acondicionados, sempre que possível, em embalagens lacradas individualmente, identificados, e em perfeitas condições de armazenagem.

SCL/DL



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

2.1.3. Os produtos devem ser de alta qualidade, excelente acabamento, sem falhas ou quaisquer outras avarias.

2.2. Do prazo de entrega dos produtos:

2.2.1. O(s) produto(s) deverá(o) ser(em) entregue(s) no prazo estabelecido no Termo de Referência.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DE ENTREGA DOS PRODUTOS E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Do local de entrega dos produtos:

3.1.1. O(s) produto(s) deverá(ão) ser(em) entregue(s) de segunda a sexta-feira no horário de 08h às 12h e das 14h às 18h no Almoxarifado Central desta Secretaria de Estado da Saúde, situado à Quadra 1.112 Sul, Avenida NS 10, Lt 04, CEP 77.024-142, Palmas - TO.

3.2. Do local de execução dos serviços:

3.2.1. Os serviços deverão ser executados nas instalações da Contratada.

CLÁUSULA QUARTA – DA LICITAÇÃO

A aquisição, consubstanciada no presente contrato, foram objeto de licitação, sob a modalidade Pregão, na forma eletrônica, conforme Edital constante de folhas /....., do Processo nº 2015/30550/004090, a que se vincula este contrato, além de submeter-se, também aos preceitos de direito público, aplicando-se-lhes, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE obriga-se:

- a) Proporcionar todas as condições para que a contratada possa cumprir suas obrigações, dentro das normas e condições contratuais;
- b) Rejeitar no todo ou em parte os serviços entregues em desacordo com as obrigações assumidas pela Contratada;
- c) Designar servidor(es) para acompanhar e fiscalizar os serviços objeto do contrato a ser firmado decorrente do registro dos preços;
- d) Designar servidor para acompanhar os serviços de imagens, artes finais, provas e fotolitos, até sua aprovação, devendo a Contratada permitir o acesso às suas dependências durante a execução dos serviços, caso haja necessidade de supervisão *in loco*.

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A CONTRATADA obriga-se a:

- a) Executar o serviço conforme a demanda do Contratante, mediante Ordem de Serviço;
- b) Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus ao Contratante;
- c) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificações exigidas na licitação;
- d) Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do Contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução ou de materiais empregados;
- e) Responsabilizar-se pelo fiel cumprimento dos serviços contratados;
- f) Responsabilizar-se pela entrega do material;
- g) Executar os serviços no prazo determinado;
- h) Apresentar os trabalhos executados juntamente com os respectivos fotolitos e provas, 02 (duas) mídias eletrônicas CD's, sendo: 01 (CD) arquivo PDF para visualização; 01 (CD) arquivo final completo com fontes e links;
- i) Elaborar arquivos nos softwares: Page Maker, Indesign, Corel draw, Photoshop, Illustrator, Quark – Express, com tipia (famílias de fontes) indicadas pelo ordenador responsável da publicação. (Versões atualizadas e originais dos componentes acima).

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PREÇO

O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pela aquisição do(s) produto(s) o valor total de R\$ (.....).

SCL/DL



CLÁUSULA OITAVA – DO PAGAMENTO

- 8.1.** O prazo previsto para pagamento será de até 30 (trinta) dias corridos, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada.
- 8.2.** No ato do pagamento será comprovada a manutenção das condições iniciais de habilitação quanto à situação de regularidade fiscal e trabalhista da empresa.
- 8.3.** No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na nota fiscal/fatura, serão os mesmos restituídos à contratada para as correções necessárias, não respondendo o contratante por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.
- 8.4.** Os preços são fixos e irrevogáveis, exceto nas hipóteses decorrentes e devidamente comprovadas das situações previstas no art. 65 da Lei nº 8.666/1993.
- 8.5.** No caso de atraso de pagamento, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos pela CONTRATANTE, encargos moratórios à taxa nominal de 6% a.a. (seis por cento ao ano), capitalizados diariamente em regime de juros simples.
- 8.6.** O valor dos encargos será calculado pela fórmula: $EM = I \times N \times VP$, onde: EM = Encargos moratórios devidos; N = Números de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; I = Índice de compensação financeira = 0,00016438; e VP = Valor da prestação em atraso.
- 8.7.** Os pagamentos não serão efetuados através de boletos bancários, sendo a garantia do referido pagamento a própria Nota de Empenho..

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa resultante deste contrato correrá à conta de dotação orçamentária consignada no programa elemento de despesa

CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO

- 10.1** Nos termos do art. 67, § 1º, da Lei nº 8.666/93, o Contratante designará um representante para acompanhar e fiscalizar o fornecimento dos produtos, anotando em registro próprio todas as ocorrências e deficiências relacionadas com o fornecimento e determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.
- 10.2** O Contratante se reserva o direito de rejeitar, no todo ou em parte, os serviços e/ou produtos que estiverem em desacordo com as especificações contidas no Edital e seus anexos.
- 10.3** Quaisquer exigências da fiscalização, inerentes ao objeto contratado, deverão ser prontamente atendidas pela Adjudicatária, sem ônus para o Contratante.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – RESCISÃO CONTRATUAL.

O presente Contrato poderá ser rescindido na forma e na ocorrência de qualquer das hipóteses dos Artigos 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES

- 12.1.** Quem, convocado dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e será descredenciada no SICAF, ou nos sistemas de cadastramento de fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º da Lei 10.520/02, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo do disposto nos arts. 86 e 87 da Lei 8.666/93, das multas previstas em Edital, do contrato e das demais cominações legais.
- 12.2.** A multa será aplicada à razão de 1% (um por cento) sobre o valor total do contrato, por dia de atraso.
- 12.3.** O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a 30% (trinta por cento) do valor do contrato.
- 12.4.** As sanções acima descritas poderão ser aplicadas cumulativamente, ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa à CONTRATADA, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

12.5. Nenhuma parte será responsável perante a outra pelos atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito.

12.6. O procedimento para aplicação das sanções será de responsabilidade do órgão requisitante, sem prejuízo do direito ao contraditório e da ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O contrato terá duração de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado a interesse da Administração, conforme prevê o artigo 57, inciso I da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATANTE, no prazo de até 20 (vinte) dias após assinatura deste Contrato, providenciará a sua publicação, por extrato, no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO CONTROLE

O presente contrato será submetido à fiscalização da entidade de controle externo competente, de conformidade com a fonte de recursos que subvencionam a presente aquisição.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA ALTERAÇÃO

O presente contrato poderá ser alterado nas formas e condições previstas no artigo 65 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FISCAL DO CONTRATO

O fiscal do contrato bem como o seu respectivo suplente, referente ao presente contrato, serão indicados pelo gestor da pasta através de portaria assinada e publicada no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO

Fica eleito o foro da Capital do Estado do Tocantins - Vara da Fazenda Pública, com renúncia expressa a outros, por mais privilegiados que forem para dirimir quaisquer questões fundadas neste Contrato.

E por estarem de acordo, lavrou-se o presente termo, em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais foram lidas e assinadas pelas partes **CONTRATANTES**, na presença das testemunhas abaixo.

Palmas, aos de de 2017.

.....
PELO CONTRATANTE

.....
PELA CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

SCL/DL



ANEXO IV**MINUTA DA ATA PARA REGISTRO DE PREÇOS****PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 000/2017**

Considerando que o julgamento da licitação é MENOR PREÇO POR ITEM e com base no Decreto Estadual nº 5.344/2015 e Decreto Federal nº 7.892/2013 fica **HOMOLOGADA** e **ADJUDICADA** a Ata de Registro de Preços, do PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS nº 000/2017 da Secretaria da Saúde/TO, aos preços das empresas abaixo relacionadas e classificadas no certame e demais discriminações, constantes em suas Propostas de Preços, anexada aos autos:

Empresas:

ITEM	QTD	UNID	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
VALOR TOTAL						

01. CONDIÇÕES GERAIS**1.1. Prazo de validade**

a) A validade da Ata de Registro de Preços será de 12 (doze) meses, contados da publicação da respectiva ata, conforme o inciso III do §3º do art. 15 da Lei Federal 8.666/1993.

1.2. Do local e prazo de entrega

O local e prazo de entrega será na conformidade do Termo de Referência, anexo do Edital.

1.3. Condições para Contratação:

- a) O Proponente vencedor e registrado, quando convocado, terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para retirar a Nota de empenho, e/ou assinar o Termo Contratual, podendo este prazo ser prorrogado a critério da Administração, por igual período e em uma vez, desde que ocorra motivo justificado;
- b) O contrato terá duração de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado a interesse da Administração, conforme prevê o artigo 57, inciso I da Lei 8.666/93;
- c) As aquisições ou contratações adicionais, não poderão exceder, por órgão ou entidade, a 100% (cem por cento) dos quantitativos dos itens do instrumento convocatório e registrados na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e órgãos participantes;
- d) O total de utilização de cada item não pode exceder ao quádruplo do quantitativo inicialmente registrado, independentemente do número de órgãos não participantes que aderirem;
- e) Desde que devidamente justificada a vantagem, a ata de registro de preços, durante sua vigência, pode ser utilizada por qualquer órgão ou entidade da Administração Pública que não tenha participado do certame licitatório, mediante anuência do órgão gerenciador, conforme Decreto Estadual nº. 5.344/2015.

1.4. Condições de Pagamentos:

O pagamento será efetuado até 30 dias, após a entrega do objeto, com certidão expedida pelo Setor de Compras do ÓRGÃO REQUISITANTE de que o(s) produto(s) foi(ram) entregues conforme consta no Edital.

SCL/DL



1.5. Das Assinaturas:

Assinam a presente Ata de Registro de Preços, **a(s) empresa(s) abaixo discriminada(s)**, através de seus representantes credenciados no certame, juntamente com o Secretário de Estado da Saúde.

Palmas - TO, de de 2017.

Gestor:

Empresas:



Edital do Pregão Eletrônico nº 090/2016 - Processo: 2015/30550/004090

MODELO

MODELO 1 Carta de Correção de Proposta de Preços					
CARTA DE CORREÇÃO DE PROPOSTA DE PREÇOS					
Pregão Eletrônico nº.: Processo: Empresa: Nota: carta elaborada com base no item 13.3, do Edital.					
Item	Unidade	Descrição resumida	Marca	Vlr Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Total					
_____ Pregoeiro					

