



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Fundação Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

À Diretoria Administrativa Financeira da Fundação Saúde

A/c: Setor de Aquisição e Pesquisa

Assunto: Elaboração de TR

Seguindo orientação da Gerência Administrativa, fora incluído na TR a descrição do código SIGA referente ao serviço.

OBJETIVO:

Contratação de empresa especializada de diagramação, formatação e confecção/execução de serviços gráficos diversos, conforme modelos padronizados por área técnica em anexo.

PRODUTOS ESPERADOS:

A Contratada deverá proceder à confecção dos serviços gráficos conforme demanda, validação e aprovação da Coordenação do SAMU, que seguirão o seguinte padrão na sua produção gráfica.

ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS GRÁFICOS QUE DEVERÃO SER PRESTADOS PELA CONTRATADA:

SERVICOS GRAFICOS EM GERAL,DESCRIÇÃO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVICOS GRAFICOS EM GERAL,

Unidade: N/D

Código do Item: 0451.035.0005 (ID - 77282)

IMPRESSO	NOME	QUANTIDADE	UNIDADE	OBSERVAÇÃO
ANEXO 1	Anexo RAS	8500 folhas/mês	BLOCO	02 VIAS : Impressos do tipo bloco, em papel carbonado, tamanho ofício(21,59cm x 34,29), contendo 100 folhas cada, duas vias(01 via carbona 56g branca e 02 via 56 g azul ou verde), numerados.
ANEXO 2	CHECKLIST MOTOLÂNCIA CLINICA	480 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4, frente e verso
ANEXO 3	CHECKLIST MOTOLÂNCIA TRAUMA TEC ENF	480 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4, frente e verso
ANEXO 4	CHECKLIST USA	500 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 5	CHECKLIST USB	1.450 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 6	CONTROLE DE EMPRÉSTIMO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	50 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 7	CONTROLE DE ENVIO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO	500 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 8	CONTROLE DE RESÍDUOS	500 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 9	NOTIFICAÇÃO DE PERDAS	50 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 10	REL DE REPOSIÇÃO OU TROCA DE MAT	50 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4

ANEXO 11	SOLICITAÇÃO DE TROCA DE PLANTÃO	300 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 12	CHECKLIST DIARIO CONDUTOR	31 Folhas / MÊS	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4 *Sugerimos aquisição para o período de 03 meses, de forma que aguardamos a empresa IT4D ativar a forma eletrônica.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:

Os formulários serão encaminhados pelo SAMU nos formatos WORD, EXCEL e/ou JPEG/BITMAP, devendo a contratada formatá-los e fechá-los de acordo com os padrões de configuração e impressão e devolvê-los nas novas configurações

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 5.1. Apresentar provas gráficas do produto para aprovação, tantas vezes quantas forem necessárias, na Coordenação Geral do SAMU, e após a execução dos serviços entregar o fotolito.
- 5.2. Entregar o material no local indicado pela Coordenação Geral do SAMU, nas datas previamente marcadas, quantidades e especificações solicitadas.
- 5.3. Refazer, sem custo para o CONTRATANTE, todo e qualquer procedimento, se verificada incorreção e constatado que o erro é da responsabilidade da CONTRATADA;
- 5.4. Utilizar de forma privativa e confidencial, os documentos fornecidos pelo CONTRATANTE para a execução do Contrato.

PRAZO E LOCAL DE ENTREGA DOS SERVIÇOS

Os prazos máximos para apresentação das provas e entregas dos serviços, deverão seguir as determinações abaixo:

Os trabalhos de impressão e acabamento somente deverão ser executados, após a aprovação das provas apresentadas, pelo responsável das demandas.

Locais para entrega: Almoxarifado Central do SAMU

R. Carlos Seidl, 785 - Caju, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20031-000 – Anexo II

Rio de Janeiro, 29 de dezembro de 2020



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Peixoto de Souza Pinto, Coordenador Administrativo**, em 29/12/2020, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **12010927** e o código CRC **171D093A**.

Referência: Processo nº SEI-080007/008010/2020

SEI nº 12010927

AV PE LEONEL FRANCA, Nº 248 - 2º andar - Bairro Gávea, Rio de Janeiro/RJ, CEP 22451-000
Telefone: 23345010 - fs.rj.gov.br

01 - DADOS DO ATENDIMENTO		02 - VÍTIMA E LOCAL DE OCORRÊNCIA	
USA ___ USB ___ M ___ / ___	DATA: ___/___/___	NOME DA VÍTIMA: _____	IDADE: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nº OCORRÊNCIA: _____		ENDEREÇO: _____	DATA NASCIMENTO: _____
MÉDICO REGULADOR: _____	BASE: _____	BAIRRO: _____	CIDADE: _____

03 - HORARIOS DO ATENDIMENTO							
ACIONAMENTO: _____	SAÍDA BASE/ AC DESLOC: _____	CHEGADA LOCAL: _____	SAÍDA LOCAL: _____	DESTINO DA VÍTIMA: <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> LIBERADO NO LOCAL	CHEG. DESTINO: _____	SAÍDA DO DESTINO: _____	CHEGADA BASE: _____
INTERCORRÊNCIAS: _____							

04.A - TIPO DE OCORRÊNCIAS CLÍNICAS				04.B - TIPO DE OCORRÊNCIAS TRAUMÁTICAS:			
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/>	RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/>	COLISÃO <input type="checkbox"/>	QUEIMADURA <input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/>	ENDÓCRINO / METABÓLICO <input type="checkbox"/>	PAF / PAB <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____
CARDIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/>	AGRESSÃO FÍSICA <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____	GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____	AUTO AGRESSÃO / TENT. SUICÍDIO <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____

05 - INFORMAÇÃO DO ACIDENTE OU DA CENA			
TIPO DE VEÍCULO	TIPO DE ACIDENTE	POSIÇÃO DA VÍTIMA	POSIÇÃO NO VEÍCULO
1 AUTO <input type="checkbox"/> 2 MOTO <input type="checkbox"/> 3 BICICLETA <input type="checkbox"/> 4 ÔNIBUS <input type="checkbox"/> 5 CAMINHÃO <input type="checkbox"/> 6 OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> AUTO X AUTO <input type="checkbox"/> MOTO X ANTEPARO <input type="checkbox"/> AUTO X ANTEPARO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> AUTO X MOTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> EM PÉ <input type="checkbox"/> DECÚBITO _____ <input type="checkbox"/> ENCARCERADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> BANCO DIANT <input type="checkbox"/> BANCO TRAS. <input type="checkbox"/> GARUPA <input type="checkbox"/> OUTROS _____ AIR BAG <input type="checkbox"/> CINTO <input type="checkbox"/> CAPACETE <input type="checkbox"/>
ACIONADO EM APOIO AO CBMERJ <input type="checkbox"/> VTR: _____	POLICIAMENTO NO LOCAL <input type="checkbox"/> TR _____	RESPONSÁVEL _____	RG: _____ NÚMERO DE VÍTIMAS _____

06 - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	

07 - ESCALA DE GLASGOW			08 - SINAIS VITAIS / ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR - HORA:	
ABERTURA OCULAR	RESP. VERBAL	RESP. MOTORA		
4 <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA 3 <input type="checkbox"/> AO SOM 2 <input type="checkbox"/> A PRESSÃO 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> NÃO TESTÁVEL - NT	5 <input type="checkbox"/> ORIENTADO 4 <input type="checkbox"/> CONFUSO 3 <input type="checkbox"/> PALAVRAS 2 <input type="checkbox"/> SONS 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> NÃO TESTÁVEL - NT	6 <input type="checkbox"/> OBEDECE COMANDOS 5 <input type="checkbox"/> LOCALIZA 4 <input type="checkbox"/> FLEXÃO NORMAL 3 <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL 2 <input type="checkbox"/> EXTENSÃO 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE	Dor leve = 1 a 3 / 10 Dor moderada = 4 a 7 / 10 Dor intensa = 8 a 10 / 10 PA: ___ X ___ mmHg / FC: ___ bpm / FR: ___ rpm / SPO2: ___ % / TAX: ___ °C / HGT: ___ mg/dl	
PONTUAÇÃO TOTAL: _____			08A - REAVALIAÇÃO PA: ___ X ___ mmHg / FC: ___ bpm / FR: ___ rpm / SPO2: ___ % / TAX: ___ °C / HGT: ___ mg/dl ESCORE REAVALIAÇÃO DOR: ___ Hora: _____	

09 - PUPILAS	
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> REAGENTE <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE - PTS AVALIAÇÃO PUPILAR _____	

10 - EXAME FÍSICO											
ECTOSCOPIA: _____ NEUROLÓGICO: _____ CARDIOVASCULAR: _____ RESPIRATÓRIO: _____ ABDOME: _____ PELVE: _____ MEMBROS SUPERIORES: _____ MEMBROS INFERIORES: _____ INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>LESÕES</th> </tr> <tr> <td>1. ABRASÃO</td> </tr> <tr> <td>2. FERIDA CONTUSA</td> </tr> <tr> <td>3. FERIDA CORTO CONTUSA</td> </tr> <tr> <td>4. FERIDA PENETRANTE</td> </tr> <tr> <td>5. DOR</td> </tr> <tr> <td>6. EDEMA</td> </tr> <tr> <td>7. CONTUSÃO</td> </tr> <tr> <td>8. LACERAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>9. ESCORIAÇÃO</td> </tr> </table>	LESÕES	1. ABRASÃO	2. FERIDA CONTUSA	3. FERIDA CORTO CONTUSA	4. FERIDA PENETRANTE	5. DOR	6. EDEMA	7. CONTUSÃO	8. LACERAÇÃO	9. ESCORIAÇÃO
LESÕES											
1. ABRASÃO											
2. FERIDA CONTUSA											
3. FERIDA CORTO CONTUSA											
4. FERIDA PENETRANTE											
5. DOR											
6. EDEMA											
7. CONTUSÃO											
8. LACERAÇÃO											
9. ESCORIAÇÃO											

11 - HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:			
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ALERGIAS: _____	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇAS INFETO-CONTAGIOSAS: _____	<input type="checkbox"/> DPOC / ASMA <input type="checkbox"/> DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS <input type="checkbox"/> SINDROME DEMENCIAL <input type="checkbox"/> ACIDENTE VASCULAR <input type="checkbox"/> OUTROS _____	

12 - PROCEDIMENTO EFETUADO						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO PÉLVICA <input type="checkbox"/> CONTENÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> CÂNULA ORO FARÍNGEA <input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO ORO TRAQEAL <input type="checkbox"/> DESCOMPRESSÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> REPOSIÇÃO VOLÊMICA <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO CATETER NASAL <input type="checkbox"/> CRICOTIREOIDOSTOMIA <input type="checkbox"/> PUNÇÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO MEMBRO _____	<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO MÁSCARA FACIAL <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ASSISTIDA / "AMBU" <input type="checkbox"/> PUNÇÃO INTRA ÓSSEA <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____		

13 - RESTRIÇÃO SELETIVA DE COLUNA:	
NA CENA / NO LOCAL	NO TRANSPORTE HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> EM LINHA ___° <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> SCOOP <input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> MACA À VÁCUO <input type="checkbox"/> LATERALIZADA <input type="checkbox"/> AUTO EXTRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> MACA À VÁCUO <input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> HEAD BLOCK NA MACA <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> SEM RESTRIÇÃO

14 - REGISTRO / CONDUTA MÉDICA:	

15 - REGISTRO / CONDUTA DE ENFERMAGEM:	

DATA: _____

LOCAL: _____

BASE/VTR: _____

 TURNO: DIURNO NOTURNO

Legenda/Status	OK	MATERIAL/MEDICAMENTO COMPLETO	FT	MATERIAL/MEDICAMENTO INCOMPLETO	DN	MATERIAL/MEDICAMENTO DANIFICADO
----------------	----	-------------------------------	----	---------------------------------	----	---------------------------------

MÉDICO						
MOCHILA AZUL - VIAS AÉREAS ADULTO						
CÂNULAS ENDOTRAQUEAIS COM BALÃO Nº 6.0	8.0	8.5	7.0	8.5	9.0	02 UNID.S DE CADA
CÂNULAS ENDOTRAQUEAIS COM BALÃO Nº 7.5	8.0					04 UNID.S DE CADA
CÂNULAS OROFARÍNGEAS - (GUEDEL) Nº 3	4	5				02 UNID.S DE CADA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 5	7	8				02 UNID.S DE CADA
CATETER TIPO ÓCULOS TAMANHO ADULTO	02 UNID.S	OK	FT	DN		
FIOS GUIA PARA INTUBAÇÃO ESTÉRIL TAMANHO ADULTO	02 UNID.S	OK	FT	DN		
LANTERNA CLÍNICA	01 UNID.	OK	FT	DN		
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0	7.5	8.0	8.5			01 UNID. DE CADA
MÁSCARA DE ALTO FLUXO COM RESERVATÓRIO TAMANHO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN		
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 3.0	4.0	5.0				01 UNID. DE CADA
PILHAS AAA PARA LANTERNA (DENTRO DA LANTERNA E RESERVAS)	04 UNID.S	OK	FT	DN		
REANIMADOR TAMANHO ADULTO COMPLETO E ESTERILIZADO	01 UNID.	OK	FT	DN		
SERINGA 10ML	01 UNID.	OK	FT	DN		
LIDOCAÍNA 10% SPRAY	01 UNID.	OK	FT	DN		
KIT LARINGOSCOPIA						
CABO DE LARINGOSCÓPIO TAMANHO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN		
CADARÇOS PARA FIXAÇÃO DE CÂNULA ENDOTRAQUEAL	03 UNID.S	OK	FT	DN		
LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO TIPO CURVA Nº 2	3	4	5			01 UNID. DE CADA
LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO TIPO RETA Nº 2	01 UNID.S	OK	FT	DN		
PILHA TIPO C2 PARA CABO DE LARINGOSCÓPIO (DENTRO DOS CABOS E RESERVAS)	06 UNID.S	OK	FT	DN		
PIÇA TIPO MAGUL TAMANHO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN		
SERINGA 10ML	02 UNID.S	OK	FT	DN		
KIT LARINGOSCOPIA						
CABO DE LARINGOSCÓPIO TAMANHO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN		
CADARÇOS PARA FIXAÇÃO DE CÂNULA ENDOTRAQUEAL	03 UNID.S	OK	FT	DN		
LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO TIPO CURVA Nº 2	3	4	5			01 UNID. DE CADA
LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO TIPO RETA Nº 2	01 UNID.	OK	FT	DN		
PILHA TIPO C2 PARA CABO DE LARINGOSCÓPIO (DENTRO DOS CABOS E RESERVAS)	06 UNID.S	OK	FT	DN		
PIÇA TIPO MAGUL TAMANHO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN		
SERINGA 10ML	02 UNID.S	OK	FT	DN		
KIT PEQUENA CIRURGIA (02 KIT'S)						
KIT SUTURA	01 UNID.S	OK	FT	DN		
KIT CURATIVO	01 UNID.S	OK	FT	DN		
PIÇA KELLY 14CM	01 UNID.S	OK	FT	DN		
PIÇA KELLY 16CM	01 UNID.S	OK	FT	DN		
FIO DE SUTURA NYLON 2.0 / 3.0 COM AGULHA	01 UNID.S CADA	OK	FT	DN		
BISTURI DESCARTÁVEL Nº 15	22					01 UNID.S CADA
CAMPO ESTÉRIL 1,10 X 1,10 CM	01 UNID.S	OK	FT	DN		
CAMPO FENESTRADO 0,45 X 0,45 CM E FURO DE 10 CM	01 UNID.S	OK	FT	DN		
CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 100ML	01 UNID.S	OK	FT	DN		
CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% 100ML	01 ALMOTOLIA	OK	FT	DN		
AVENTAL DESCARTÁVEL	01 UNID.S	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO HOSPITALAR BRANCO 30 LITROS	01 UNID.S	OK	FT	DN		
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0	7.5	8.0	8.5			01 UNID.S CADA
SOCORRISTA						
MOCHILA LARANJA - TRAUMA						
ATADURA DE CREPE Nº06, 10, 20 cm	04 UNID.S	OK	FT	DN		
CINTO DE IMOBILIZAÇÃO (KIT)	01 UNID. CADA	OK	FT	DN		
COMPRESSA MANTA DE ALGODÃO (CHUMAÇO) 10X50CM	04 UNID.S	OK	FT	DN		
ESPARADRAPO 10cm x 4,5m	01 ROLO	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5cm x 7,5cm - Pct 10 UNID.	05 UNID.S	OK	FT	DN		
LUVAS DE PROCEDIMETOS P, M E G	20 PARES CADA	OK	FT	DN		
MANTA TÉRMICA (ALUMINIZADA)	04 UNID.S	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO HOSPITALAR	02 UNID.S	OK	FT	DN		
TESOURA PONTA ROMBA (RESGATE)	01 UNID.	OK	FT	DN		
MÉDICO						
MOCHILA VERDE - PEDIÁTRICA						
AGULHA INTRAÓSSEA PEDIÁTRICA 18G	01 UNID.	OK	FT	DN		
BOUQUE - INTRODUTOR DE TUBO TRAQUEAL 08FR, NEONATAL	01 UNID.	OK	FT	DN		
BOUQUE - INTRODUTOR DE TUBO TRAQUEAL 10FR, PEDIÁTRICO	01 UNID.	OK	FT	DN		
CÂNULA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0	2.5	3.0	3.5			02 UNID.S DE CADA
CÂNULA OROFARÍNGEA (GUEDEL) Nº 0	1	2				02 UNID.S DE CADA
CATETER TIPO ÓCULOS TAMANHO INFANTIL	02 UNID.S	OK	FT	DN		
SACO COLETOR DESCARTÁVEL DE SECREÇÃO 2000 ML	02 UNID.S DE CADA	OK	FT	DN		
ELETRODO INFANTIL	1 PCT 50 UNID.S	OK	FT	DN		
ESFIGMOMANÔMETRO INFANTIL E NEONATAL (NYLON E VELCRO)	01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN		
ESTETOSCÓPIO INFANTIL E NEONATAL	01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN		
FIO GUIA PARA INTUBAÇÃO TAMANHO INFANTIL E NEONATAL	02 UNID.S	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM. - PACOTE COM 10 UNID.S	05 UNID.S	OK	FT	DN		
LANTERNA CLÍNICA	01 UNID.	OK	FT	DN		
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0	7.5	8.0	8.5			02 UNID.S DE CADA
MÁSCARA DE ALTO FLUXO COM RESERVATÓRIO TAMANHO INFANTIL	02 UNID.S	OK	FT	DN		
MÁSCARAS LARÍNGEAS Nº 1.0	1.5	2.0	2.5			01 UNID. DE CADA
PILHA AAA PARA LANTERNA (DENTRO DA LANTERNA E RESERVAS)	4 UNID.S	OK	FT	DN		
REANIMADOR TAMANHOS INFANTIL E NEONATAL ESTERILIZADOS	01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN		
SONDAS NASOGÁSTRICAS Nº 4.0	6.0	10.0				01 UNID. CADA
KIT LARINGOSCOPIA						
CABO DE LARINGOSCÓPIO TAMANHO PEDIÁTRICO	01 UNID.	OK	FT	DN		
LÂMINA CURVA Nº 1	01 UNID.	OK	FT	DN		
LÂMINAS DE RETA Nº 00	1	2				01 UNID. CADA
PILHA AAA (2 PARA CABO E 2 RESERVAS)	04 UNID.S	OK	FT	DN		
PIÇA TIPO MAGUL TAMANHO INFANTIL	01 UNID.	OK	FT	DN		
SERINGA 10 ML	02 UNID.S	OK	FT	DN		
MÉDICO						
MOCHILA AMARELA - AMPOLÁRIO/MEDICAMENTOS						

ENFERMEIRO						
MOCHILA AZUL MARINHO - PROCEDIMENTOS						
KIT CURATIVO						
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM PACOTE COM 10 UNID.S	05 UNID.S	OK	FT	DN		
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0	7.5	8.0	8.5			02 UNID.S CADA
MICROPOROS 5.0 X 4.5 CM	01 UNID.	OK	FT	DN		
ESPARADRAPO 10 CM X 4,5M	01 ROLO	OK	FT	DN		
ÁLCOOL 70%	01 ALMOTOLIA 100 M	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO HOSPITALAR BRANCO 30 LITROS	02 UNID.S	OK	FT	DN		
KIT PEQUENA CIRURGIA (02 KIT'S)						
KIT SUTURA	01 UNID.	OK	FT	DN		
KIT CURATIVO	01 UNID.	OK	FT	DN		
PIÇA KELLY 14CM	01 UNID.	OK	FT	DN		
PIÇA KELLY 16CM	01 UNID.	OK	FT	DN		
FIO DE SUTURA NYLON 2.0 / 3.0 COM AGULHA	01 UNID. CADA	OK	FT	DN		
BISTURI DESCARTÁVEL Nº 15	22					01 UNID. CADA
CAMPO ESTÉRIL 1,10 X 1,10 CM	01 UNID.	OK	FT	DN		
CAMPO FENESTRADO 0,45 X 0,45 CM E FURO DE 10 CM	01 UNID.	OK	FT	DN		
CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 100ML	01 UNID.	OK	FT	DN		
CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% 100ML	01 ALMOTOLIA	OK	FT	DN		
AVENTAL DESCARTÁVEL	01 UNID.	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO HOSPITALAR BRANCO 30 LITROS	01 UNID.	OK	FT	DN		
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0	7.5	8.0	8.5			01 UNID.S CADA
KIT SONDADEG NASOGÁSTRICA (02 KIT'S)						
CADARÇO E ESPARADRAPO 10 X4,5 CM	01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN		
SACO COLETOR DESCARTÁVEL DE SECREÇÃO 2000 ML	01 UNID.	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM. - PACOTE COM 10 UNID.S	02 UNID.S	OK	FT	DN		
LIDOCAÍNA GELÉIA - BISHAGA	01 UNID.	OK	FT	DN		
SERINGA 20ML	01 UNID.	OK	FT	DN		
SONDA NASOGÁSTRICA Nº 12	14	16	18	20		01 UNID.S CADA
KIT DRENAGEM DE TÓRAX						
DRENO DE TÓRAX Nº 22	28	32				01 UNID. DE CADA
FRASCO COLETOR DRENAGEM 1000ML	01 UNID.	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM. - PACOTE COM 10 UNID.S	05 UNID.S CADA	OK	FT	DN		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	01 UNID.	OK	FT	DN		
KIT ACESSO VENOSO CENTRAL						
CATETER DUPL. LÚMEN AFR. E 7FR	01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM. - PACOTE COM 10 UNID.S	05 UNID.S	OK	FT	DN		
KIT PARTO (02 KIT'S)						
AVENTAL DESCARTÁVEL	02 UNID.S	OK	FT	DN		
BISTURI LÂMINA Nº 15	22					01 UNID. DE CADA
CAMPO ESTÉRIL 1,10 X 1,10 CM	01 UNID.	OK	FT	DN		
CLAMP UMBILICAL	02 UNID.S	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM PACOTE COM 10 UNID.S	04 UNID.S	OK	FT	DN		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	02 UNID.S	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO VERMELHO 30 LITROS	01 UNID.	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO HOSPITALAR BRANCO 30 LITROS	01 UNID.	OK	FT	DN		
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0	7.5	8.0	8.5			01 DE CADA
ENFERMEIRO						
MOCHILA VERMELHA - PUNÇÃO E SINAIS VITAIS						
AGULHA 25 X 0,7 MM	10 UNID.S DE CADA	OK	FT	DN		
AGULHA 40 X 1,2 MM	10 UNID.S DE CADA	OK	FT	DN		
AGULHA INTRAÓSSEA ADULTO 15G	02 UNID.S	OK	FT	DN		
AGULHA INTRAÓSSEA ADULTO 15G	01 ALMOTOLIA 100 M	OK	FT	DN		
ATADURA DE CREPE 10 CM	02 UNID.S	OK	FT	DN		
BOUQUE - INTRODUTOR DE TUBO TRAQUEAL 15FR, ADULTO	02 UNID.S	OK	FT	DN		
CATETER VENOSO PERIFÉRICO Nº 14	16	22	24			06 UNID.S DE CADA
CATETER VENOSO PERIFÉRICO Nº 18	20					10 UNID.S DE CADA
COLETOR PERFURO CORTANTE PLÁSTICO 0,5 L	01 UNID.	OK	FT	DN		
DISPOSITIVO ENDOVENOSO SCALP Nº 21	23					10 UNID.S DE CADA
DISPOSITIVO ENDOVENOSO SCALP Nº 25	27					04 UNID.S DE CADA
EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO COMUM	02 UNID.S	OK	FT	DN		
EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO FOTOSSENSÍVEL	02 UNID.S	OK	FT	DN		
EQUIPO DIAS VIAS (POLIFIX)	04 UNID.S	OK	FT	DN		
EQUIPO MACROGOTAS	08 UNID.S	OK	FT	DN		
EQUIPO MICROGOTAS	01 UNID.	OK	FT	DN		
ESPARADRAPO 10 CM X 4,5M	01 ROLO	OK	FT	DN		
GARROTE	01 UNID.	OK	FT	DN		
GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5 CM. - PACOTE COM 10 UNID.S	05 UNID.S	OK	FT	DN		
LUVAS DE PROCEDIMENTO G, M, P	05 PARES DE CADA	OK	FT	DN		
MICROPOROS 5 CM X 4,5 M	01 ROLO	OK	FT	DN		
RECIPIENTE DE ALGODÃO	01 UNID.	OK	FT	DN		
SACO DE LIXO HOSPITALAR BRANCO 30 LITROS	02 UNID.S	OK	FT	DN		
SERINGA 1ML	5ML	10ML	20ML			5 UNID.S CADA
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 10ML	06 UNID.S	OK	FT	DN		
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ML	02 UNID.S	OK	FT	DN		
KIT SINAIS VITAIS / MONITORIZAÇÃO						
ESTETOSCÓPIO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN		
ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO E OBESO (NYLON E VELCRO)	01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN		
GLUCOSÍMETRO (COM BATERIA)	01 UNID.	OK	FT	DN		
BATERIA RESERVA / GLUCOSÍMETRO	01 UNID.	OK	FT	DN		
LÂNCETAS	50 UNID.S	OK	FT	DN		
TERMÔMETRO CLÍNICO DIGITAL	01 UNID.	OK	FT	DN		
TIRAS REAGENTES	50 FITAS INDIVIDUAIS	OK	FT	DN		
OXÍMETRO DE PULSO (COM BATERIA, BASE, CABO)	01 UNID.	OK	FT	DN		
ABAIXADOR DE LÍNGUA	04 UNID.S	OK	FT	DN		
APARELHO DE TRICOTOMIA	02 UN					

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	10 UNID.S	OK	FT	DN
ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML, 5ML	08 UNID.S	OK	FT	DN
ADENOSINA 3MG/ML, 2ML	06 UNID.S	OK	FT	DN
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML, 1ML	30 UNID.S	OK	FT	DN
AGULHA 25 X 0,7 MM	10 UNID.S	OK	FT	DN
AGULHA 40 X 1,2 MM	10 UNID.S	OK	FT	DN
AMIDARONNA 50MG/ML, 3ML	10 UNID.S	OK	FT	DN
ATROPINA 0,25MG/ML, 1ML	15 UNID.S	OK	FT	DN
CAPTROPIL 25 MG	10 UNID.S	OK	FT	DN
CLOWIDINA 150MG/ML, 1ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
CLOPIDOGREL 75MG	12 UNID.S	OK	FT	DN
DIPIRONA 500MG/ML, 2ML	20 UNID.S	OK	FT	DN
DOBUTAMINA 12,5/ML - 20ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
DOPAMINA 5MG/ML - 10ML	05UNID.S	OK	FT	DN
ESCOPOLAMINA 4MG + DIPIRONA 500MG/ML - 5ML	10 UNID.S	OK	FT	DN
FENOTEROL 5MG/ML - 20ML	01 UNID.	OK	FT	DN
FUROSEMIDA 10MG/ML - 2ML	15 UNID.S	OK	FT	DN
GLICOSE 50 % 10 ML	30 UNID.S	OK	FT	DN
HIDROCORTISONA 500 MG	08 UNID.S	OK	FT	DN
IPRATROPIO 0,25MG/ML, 20ML	01 UNID.	OK	FT	DN
ISOSSORBIDA DINITRATO 5MG (SUBLINGUAL)	30 UNID.S	OK	FT	DN
SERINGA 10 ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
SERINGA 20 ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
LIDOCAINA 2% SVC, 5ML	01 UNID.	OK	FT	DN
METOPROLOL 1MG/ML, 5ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
NITROGLICERINA 5MG/ML, 5ML (TRIDL)	02 UNID.S	OK	FT	DN
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG (NIPROIDE)	02 UNID.S	OK	FT	DN
NOREPINEFRINA 2MG/ML, 4ML	06 UNID.S	OK	FT	DN
ONDANSETRONA (NAUSEDRON) 4MG / 2ML	10 UNID.S	OK	FT	DN
SULFATO DE MAGNÉSIO 10% - 10ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
PROMETAZINA 25MG/ML, 2ML	10 UNID.S	OK	FT	DN
SUXAMETÔNIO 100 MG	03 UNID.S	OK	FT	DN
TENOXICAM 20MG INJETAVEL	10 UNID.S	OK	FT	DN

GAVETA 01 - USA

ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO (NYLON E VELCRO)	01 UNID.	OK	FT	DN
TERMÔMETRO CLÍNICO DIGITAL	01 UNID.	OK	FT	DN
ESTETOSCÓPIO ADULTO	01 UNID.	OK	FT	DN
MICROPORE 5 CM X 4,5 M	01 UNID.	OK	FT	DN
PIELHA O2 PARA REPOSIÇÃO LANTERNA DE MÃO (Já citada)	02 UNID.S	OK	FT	DN
PIELHA DE REPOSIÇÃO DA LANTERNA AAA (Já citada)	02 UNID.	OK	FT	DN
PIELHA DE REPOSIÇÃO OXÍMETRO AA	02 UNID.	OK	FT	DN
RECIPIENTE DE ALGODÃO	01 UNID.	OK	FT	DN

GAVETA 02 - USA

BLOCO CHECK LIST VIATURA	01 UNID.	OK	FT	DN
BLOCO DE CONTROLE DE EQUIPAMENTOS	01 UNID.	OK	FT	DN
BLOCO PARA ESTERILIZAÇÃO	01 UNID.	OK	FT	DN
BLOCO RAS	01 UNID.	OK	FT	DN
CHECK LIST DAS MOCHILAS	01 UNID.	OK	FT	DN
LIVRO ATA PARA PASSAGEM DE PLANTÃO	01 UNID.	OK	FT	DN
PRANCHETA DE ACRÍLICO	01 UNID.	OK	FT	DN
RECEITÁRIO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL	01 UNID.	OK	FT	DN

ARMÁRIO - USA

ÁGUA DESTILADA 250ml	02 UNID.S	OK	FT	DN
ÁLCOOL 70% 100ml	04 UNID.S	OK	FT	DN
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4 % 250 ML	01 UNID.	OK	FT	DN
CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% 100ml	02 UNID.S	OK	FT	DN
REANIMADOR ADULTO COMPLETO	02 UNID.S	OK	FT	DN
REANIMADOR INFANTIL COMPLETO	01 UNID.	OK	FT	DN
REANIMADOR NEONATAL COMPLETO	01 UNID.	OK	FT	DN
RINGER LACTATO 500ml	06 UNID.S	OK	FT	DN
ALGODÃO ROLO 250G	01 ROLO	OK	FT	DN
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 10ml	04 UNID.S	OK	FT	DN
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 100ml	04 UNID.S	OK	FT	DN
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ml	10 UNID.S	OK	FT	DN

KIT EPI'S

AVENTAL DESCARTÁVEL	12 UNID.S	OK	FT	DN
CAPA DE CHUVA	03 UNID.S	OK	FT	DN
CAPACETE DE SALVAMENTO VEICULAR	03 UNID.S	OK	FT	DN
LENÇOL PARA MACA GR20	15 UNID.S	OK	FT	DN
MÁSCARA DESCARTÁVEL	40 UNID.S	OK	FT	DN
MÁSCARA N95	06 UNID.S	OK	FT	DN
TOUCA DESCARTÁVEL	10 UNID.S	OK	FT	DN
ÓCULOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	03 UNID.S	OK	FT	DN

BALCÃO - USA

BOMBA DE INFUSÃO (COM CABO DE ENERGIA)	01 UNID.	OK	FT	DN
GEL CONDUTOR 300 ML	01 UNID.	OK	FT	DN
PERFURDO CORTANTE 3 LITROS	01 UNID.	OK	FT	DN
VENTILADOR MECÂNICO ADULTO / PEDIÁTRICO	01 UNID.	OK	FT	DN
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA				
CABO DE ENERGIA	01 UNID.	OK	FT	DN
DEFIBRILADOR COM PA	01 UNID.	OK	FT	DN
ELETRODO MULTIFUNCIONAL, MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO - DEPENDE DA MARCA	01 UNID.	OK	FT	DN
ELETRODO UNIVERSAL ADULTO E PEDIÁTRICO (PACOTE)	01 PCT DE CADA	OK	FT	DN
KIT DE LIMPEZA				
ÁLCOOL EM GEL 70% - 500ML	01 UNID.	OK	FT	DN
DESINFETANTE SPRAY (QUATERNÁRIO DE AMÔNIO)	01 UNID.	OK	FT	DN
PANO DE LIMPEZA (TIPO PERFEK)	20 UNID.S	OK	FT	DN

ELETRODOS UNIVERSAIS (50 UNID.S O PACOTE)	01 PACOTE	OK	FT	DN
MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL				
PSICOTRÓPICOS				
CETAMINA 50MG/ML - 10ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
CLOPPROMAZINA 5MG/ML, 5ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
DIAZEPAM 5MG/ML, 2ML	10 UNID.S	OK	FT	DN
ETOMIDATO 2MG/ML - 10ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
FENITÓINA 50MG/ML - 5ML	05 UNID.S	OK	FT	DN
FENOBARBITAL 100MG/ML - 2ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
FENOBARBITAL 100MG/ML - 2ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
FENTANILA 0,005MG/ML - 10ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
FLUMAZENIL 0,5MG / 5ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
HALOPERIDOL 5MG/1ML, 1ML	06 UNID.S	OK	FT	DN
MIDAZOLAM 5MG/ML, 3ML	06 UNID.S	OK	FT	DN
MIDAZOLAM 5MG/ML, 10ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
MORFINA 10MG/ML, 1ML	04 UNID.S	OK	FT	DN
NALOXONA 0,4MG/ML, 1 ML	02 UNID.S	OK	FT	DN
TRAMADOL 50MG/ML - 1ML	10 UNID.S	OK	FT	DN

SALÃO - USA

CADEIRA DE RODAS	01 UNID.	OK	FT	DN
CHAVE DE BOCA 1,1/8" P/VÁLVULA CILINDRO (Guardar no porta-lavas)	01 UNID.	OK	FT	DN
CILINDRO DE O ₂ 1,5 m ³ (1 NA MOCHILA E OUTRO SALÃO)	02 UNID.S	OK	FT	DN
CILINDRO DE O ₂ 3,0m ³	02 UNID.S	OK	FT	DN
COLAR CERVICAL NEONATAL, INFANTIL (PP), P, M + G	01 UNID. CADA	OK	FT	DN
FLUXÍMETRO DE O ₂ (PAREDE)	01 UNID.	OK	FT	DN
LANTERNA DE MÃO (PORTAS LUVAS)	01 UNID.	OK	FT	DN
LUVA DE RASPA DE COURO	03 PARES	OK	FT	DN
PILHA D2 (2 DENTRO DA LANTERNA E 2 RESERVAS)	04 UNID.	OK	FT	DN
PRANCHA RÍGIDA ADULTO COMPLETA; COM 3 CINTOS (HEADBLOCK ADULTO)	01 UNID.	OK	FT	DN
PRANCHA SCOOP	01 UNID.	OK	FT	DN
SACO DE LIXO HOSPITALAR 30 LITROS	05 UNID.S	OK	FT	DN
TALA DE PAPELÃO P, M, G	10 UNID.S CADA	OK	FT	DN
UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250ml (PAREDE)	01 UNID.	OK	FT	DN
LUVA DE PROCEDIMENTO P	02 CAIXAS DE CADA	OK	FT	DN
LUVA DE PROCEDIMENTO M, G	01 CAIXA DE CADA	OK	FT	DN

ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

ASPIRADOR PORTÁTIL COM FRASCO	01 UNID.	OK	FT	DN
CABO DE ENERGIA PARA ASPIRADOR PORTÁTIL	01 UNID.	OK	FT	DN

CAIXA SALÃO - USA

CÂNULA DE GUEDEL N° 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> e 05 <input type="checkbox"/>				02 UNID. CADA
CATERER NASAL TIPO ÓCULOS ADULTO (CAIXA)	10 UNID.S	OK	FT	DN
CATERER NASAL TIPO ÓCULOS INFANTIL (CAIXA)	06 UNID.S	OK	FT	DN
CIRCUITO COMPLETO RESPIRADOR ADULTO (CAIXA)	02 UNID.S	OK	FT	DN
CIRCUITO COMPLETO RESPIRADOR PEDIÁTRICO (CAIXA)	01 UNID.	OK	FT	DN
EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO COMUM	02 UNID.S	OK	FT	DN
EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO FOTOSSENSÍVEL	02 UNID.S	OK	FT	DN
EQUIPO DUAS VIAS (POLIFIX)	10 UNID.S	OK	FT	DN
EQUIPO MACROGOTAS	10 UNID.S	OK	FT	DN
EQUIPO MICROGOTAS	04 UNID.S	OK	FT	DN
TORNEIRA 3 VIAS	01 UNID.	OK	FT	DN
FLUXÍMETRO DE O2 (CAIXA)	01 UNID.	OK	FT	DN
GAZE ESTÉRIO 7,5cm x 7,5cm - Per 10 UNID. (CAIXA)	20 UNID.S	OK	FT	DN
UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250ml (CAIXA)	01 UNID.	OK	FT	DN
KIT NEBULIZAÇÃO ADULTO (CAIXA)	06 UNID.S	OK	FT	DN
KIT NEBULIZAÇÃO INFANTIL (CAIXA)	04 UNID.S	OK	FT	DN
FILTRO HERPA	04 UNID.S	OK	FT	DN
LENÇOL TECIDO / EXTRICAÇÃO	02 UNID.S	OK	FT	DN
MÁSCARA DE ALTO FLUXO ADULTO (CAIXA)	06 UNID.S	OK	FT	DN
MÁSCARA DE ALTO FLUXO INFANTIL (CAIXA)	02 UNID.S	OK	FT	DN
PROLONGAMENTO SILICONE ASPIRAÇÃO (CAIXA)	06 UNID.S	OK	FT	DN
SONDA DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL N° 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>				06 UNID.S DE CADA
UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250 ML (CAIXA)	01 UNID.	OK	FT	DN
VÁLVULA REGULADORA O2 (CAIXA)	01 UNID.	OK	FT	DN
CHAVE AJUSTAVEL (CHAVE INGLESA) PARA O2	01 UNID.	OK	FT	DN
COBRE CORPO ADULTO	04 UNID.S	OK	FT	DN
KIT PEQUENA CIRURGIA				
KIT SUTURA	01 UNID.	OK	FT	DN
KIT CURATIVO	01 UNID.	OK	FT	DN
PIÇA KELLY 14CM	01 UNID.	OK	FT	DN
PIÇA KELLY 16CM	01 UNID.	OK	FT	DN
FIO DE SUTURA NYLON 2,0 / 3,0 COM AGULHA	01 UNID. CADA	OK	FT	DN
BISTURI DESCARTÁVEL N° 15 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/>				01 UNID. DE CADA
CAMPÔ ESTÉRIL 1,10 X 1,10 CM	01 UNID.	OK	FT	DN
CAMPÔ FENESTRADO 0,45 X 0,45 CM E FURO DE 10 CM	01 UNID.	OK	FT	DN
CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 100ML	01 UNID.	OK	FT	DN
CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5 % 100ML	01 ALMOTOLIA	OK	FT	DN
AVENTAL DESCARTÁVEL	01 UNID.	OK	FT	DN
SACO DE LIXO HOSPITALAR BRANCO 30 LITROS	01 UNID.	OK	FT	DN
LUVA ESTÉRIL N° 7,0 <input type="checkbox"/> 7,5 <input type="checkbox"/> 8,0 <input type="checkbox"/> e 8,5 <input type="checkbox"/>				01 UNID. CADA

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO		NÚMERO DO CRM	CARIMBO E ASSINATURA
NOME DO SOCORRISTA		NÚMERO DO COREN	CARIMBO E ASSINATURA
Elaborado por:		Approved por:	
Coordenação Técnica de Enfermagem		Coordenação Geral	



DATA: _____ LOCAL: _____ BASE/VTR: _____ TURNO: DIURNO NOTURNO

Legenda/Status	OK	MATERIAL/MEDICAMENTO COMPLETO	FT	MATERIAL/MEDICAMENTO INCOMPLETO	DN	MATERIAL/MEDICAMENTO DANIFICADO
SOCORRISTA						
MOCHILA LARANJA - TRAUMA						
ATADURA DE CREPE Nº06, 10, 20 cm		04 UNID.S	OK	FT	DN	
CÂNULA OROFARÍNGEA (GUEDEL) Nº 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> e 05 <input type="checkbox"/>		02 UNID.S CADA				
ESPARADRAPO 70cm x 4,5m		01 ROLO	OK	FT	DN	
GAZE ESTÉRIL 7,5cm x 7,5cm - Pct 10 UNID.		05 UNID.S	OK	FT	DN	
LUVAS DE PROCEDIMENTOS P, M E G		06 PARES CADA	OK	FT	DN	
MANTA DE ALGODÃO (CHUMACÇO)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
MANTA TÉRMICA		02 UNID.S	OK	FT	DN	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		02 UNID.S	OK	FT	DN	
TESOURA DE PONTA ROMBA 18cm		01 UNID.	OK	FT	DN	
SALÃO - USB						
CADEIRA DE RODAS		01 UNID.	OK	FT	DN	
CHAVE DE BOCA 1,1/8" (P/ VÁLVULA DE CILINDRO, GUARDAR NA PORTA LUVAS)		01 UNID.	OK	FT	DN	
CILINDRO DE O ² 3m ³		02 UNID.S	OK	FT	DN	
CILINDRO DE O ² 1m ³ (MOCHILA E OUTRO SOLTO)		01 UNID.	OK	FT	DN	
COLAR CERVICAL NEONATAL		01 UNID.	OK	FT	DN	
COLAR CERVICAL P, M e G		01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN	
FLUXÔMETRO DE O ² (PAREDE)		01 UNID.	OK	FT	DN	
KED ADULTO E PEDIÁTRICO (EM BAIXO DO BANCO)		01 UNID. CADA	OK	FT	DN	
LANTERNA DE MÃO (PORTAS LUVAS OU PORTA CONDUTOR)		01 UNID.	OK	FT	DN	
LUVA DE PROCEDIMENTO P, M, E G		01 CAIXA DE CADA	OK	FT	DN	
PILHA DZ (2 DENTRO DA LANTERNA E 2 RESERVAS)		04 UNID.S	OK	FT	DN	
PRANCHETA RÍGIDA ADULTO (HEADBLOCK E TIRA ARANHA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
TALA DE PAPELÃO P, M, G		04 UNID.S CADA	OK	FT	DN	
UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250ml (PAREDE)		01 UNID.	OK	FT	DN	
ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL						
ASPIRADOR PORTÁTIL COM FRASCO + CABO DE ENERGIA		01 UNID.	OK	FT	DN	
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 04 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> e 18 <input type="checkbox"/>		02 UNID.S CADA				
CAIXA SALÃO - USB						
CÂNULA OROFARÍNGEA (GUEDEL) Nº 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> e 5 <input type="checkbox"/>		02 UNID. CADA				
CATETER NASAL TIPO ÓCULOS ADULTO (CAIXA)		04 UNID.S	OK	FT	DN	
CATETER NASAL TIPO ÓCULOS INFANTIL (CAIXA)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
FLUXÔMETRO DE O ² (CAIXA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250ml (CAIXA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
GAZE ESTÉRIL 7,5cm x 7,5cm - Pct 10 UNID. (CAIXA)		10 UNID.S	OK	FT	DN	
KIT NEBULIZAÇÃO ADULTO (CAIXA)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
KIT NEBULIZAÇÃO INFANTIL (CAIXA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
MÁSCARA DE ALTO FLUXO ADULTO (CAIXA)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
MÁSCARA DE ALTO FLUXO INFANTIL (CAIXA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
PROLONGAMENTO SILICONE (CAIXA)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
PROLONGAMENTO SILICONE ASPIRAÇÃO (CAIXA)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO 250 ML (CAIXA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
VÁLVULA REGULADORA O ² (CAIXA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
LENÇOL PARA MACA		10 UNID.S	OK	FT	DN	
ALGODÃO ROLO		01 UNID.	OK	FT	DN	
KIT EPI'S						
AVENTAL DESCARTÁVEL		06 UNID.S	OK	FT	DN	
CAPA DE CHUVA		02 UNID.S	OK	FT	DN	
MÁSCARA DESCARTÁVEL		06 UNID.S	OK	FT	DN	
MÁSCARA N95		03 UNID.S	OK	FT	DN	
TOUCA DESCARTÁVEL		03 UNID.S	OK	FT	DN	
ÓCULOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL		01 UNID.	OK	FT	DN	
BALCÃO - USB						
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA						
DEA + PAs		01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN	
PERFURO CORTANTE 3 LITROS		01 UNID.	OK	FT	DN	
GAVETA 01 - USB						
MICROPORE 5cm X 4,5m		01 UNID.	OK	FT	DN	
RECEPIENTE DE ALGODÃO		01 UNID.	OK	FT	DN	
GAVETA 02 - USB						
BLOCO RAS ADULTO		01 UNID.	OK	FT	DN	
BLOCO DE CEO (CONTROLE DE EQUIPAMENTOS)		01 UNID.	OK	FT	DN	
BLOCO CHECK LIST VIATURA		01 UNID.	OK	FT	DN	
LIVRO ATA PARA PASSAGEM DE PLANTÃO		01 UNID.	OK	FT	DN	
CHECK LIST DAS MOCHILAS		01 UNID.	OK	FT	DN	
PRANCHETA DE ACRÍLICO		01 UNID.	OK	FT	DN	
BLOCO DE REPOSIÇÃO DE MAT - MED		01 UNID.	OK	FT	DN	
BLOCO PARA ESTERILIZAÇÃO		01 UNID.	OK	FT	DN	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM						
MOCHILA VERMELHA - PUNÇÃO, SINAIS VITAIS E KITS						
AGULHA 25 X 7mm		04 UNID.S	OK	FT	DN	
AGULHA 40 X 1,2mm		04 UNID.S	OK	FT	DN	
ÁLCOOL 70%		01 ALMOTOLIA 100ml	OK	FT	DN	
APARELHO DE TRICOTOMIA		02 UNID.S	OK	FT	DN	
CATETER V. PERIFÉRICO Nº 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/>		04 UNID.S CADA				
COLETOR PERFURO CORTANTE DESCARTÁVEL / PLÁSTICO 0,5L		01 UNID.	OK	FT	DN	
DISPOSITIVO ENDOVENOSO SCALP Nº 21 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/>		04 UNID.S CADA	OK	FT	DN	
EQUIPO DUAS VIAS (POLIFIX)		04 UNID.S	OK	FT	DN	
EQUIPO MACROGOTAS		04 UNID.S	OK	FT	DN	
GAROTE		01 UNID.	OK	FT	DN	
GAZE ESTÉRIL 7,5cm x 7,5cm - Pct 10 UNID.		05 UNID.S	OK	FT	DN	
GLICOSE 50% 10ml		06 UNID.S	OK	FT	DN	
LUVAS DE PROCEDIMENTOS P, M, E G		05 PARES DE CADA	OK	FT	DN	
MANTA TÉRMICA		01 UNID.	OK	FT	DN	
MICROPORE 5cm x 4,5cm		01 ROLO	OK	FT	DN	
RECIPIENTE DE ALGODÃO		01 UNID.	OK	FT	DN	
SACO DE LIXO HOSPITALAR 30 LITROS		03 UNID.S	OK	FT	DN	
SERINGA 10ml, 20ml		04 UNID.S DE CADA	OK	FT	DN	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 10ml		10 UNID.S	OK	FT	DN	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ml		02 UNID.S	OK	FT	DN	
TERMÔMETRO DIGITAL		01 UNID.	OK	FT	DN	
KIT PA						
ESFINGOMANÔMETRO ADULTO (NYLON E VELCRO)		01 UNID.	OK	FT	DN	
ESFINGOMANÔMETRO INFANTIL (NYLON E VELCRO)		01 UNID.	OK	FT	DN	
ESFINGOMANÔMETRO OBESO (NYLON E VELCRO)		01 UNID.	OK	FT	DN	
ESTETOSCÓPIO ADULTO		01 UNID.	OK	FT	DN	
KIT HGT						
GLICOSÍMETRO		01 UNID.	OK	FT	DN	
BATERIA (1 NO APARELHO E 1 NA RESERVA)		02 UNID.S	OK	FT	DN	
LANCETAS		08 UNID.S	OK	FT	DN	
TIRAS REAGENTES		1 FRASCO OU 50 FITAS INDIVIDUAIS	OK	FT	DN	
KIT PARTO						
AVENTAL DESCARTÁVEL		02 UNID.S	OK	FT	DN	
CAMPO ESTÉRIL		04 UNID.S	OK	FT	DN	
CLAMB UMBILICAL		04 UNID.S	OK	FT	DN	
GAZES ESTÉRIL 7,5cm x 7,5cm - PCT 10 UNID.		05 UNID.S	OK	FT	DN	
TESOURA ESTÉRIL		01 UNID.	OK	FT	DN	
LUVA ESTÉRIL Nº 7,0, 7,5, 8,0, 8,5		01 UNID. DE CADA	OK	FT	DN	
PINÇA KOCHER RETA MÉDICA 16cm		01 UNID.	OK	FT	DN	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO BRANCA		04 UNID.S	OK	FT	DN	
SACO DE LIXO VERMELHO 30L		02 UNID.S	OK	FT	DN	
KIT SPO²						
OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL (COM BATERIA)		01 UNID.	OK	FT	DN	
PILHA AAA RESERVA		02 UNID.S	OK	FT	DN	
KIT NEBULIZAÇÃO						
FENOTEROL		01 FRASCO	OK	FT	DN	
IPRATÓPIO		01 FRASCO	OK	FT	DN	
MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO ADULTO		02 UNID.S	OK	FT	DN	
MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO INFANTIL		02 UNID.S	OK	FT	DN	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,98% 10ml		02 UNID.S	OK	FT	DN	
ARMÁRIO - USB						
ÁGUA DESTILADA 250ml		02 UNID.S	OK	FT	DN	
ÁLCOOL 70% 100ml		01 UNID.	OK	FT	DN	
CLOREXIDINA ALCÓOLICA 0,5% 100ml		01 UNID.	OK	FT	DN	
KIT CINTO ARANHA		01 UNID.	OK	FT	DN	
REANIMADOR ADULTO COMPLETO		02 UNID.S	OK	FT	DN	
REANIMADOR INFANTIL COMPLETO		01 UNID.	OK	FT	DN	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 10ml		02 UNID.S	OK	FT	DN	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 250ml		02 UNID.S	OK	FT	DN	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ml		04 UNID.S	OK	FT	DN	
RINGER LACTATO 500 ML		03 UNID.S	OK	FT	DN	

OBSERVAÇÕES

NOME DO SOCORRISTA	NÚMERO DO COREN	CARIMBO E ASSINATURA
--------------------	-----------------	----------------------

Elaborado por: Coordenação Técnica de Enfermagem:	Aprovado por: Coordenação Geral:
--	-------------------------------------

	Título: CONTROLE DE EMPRÉSTIMO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	CRIADO EM 31/08/2020	
	Setor: COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM	REV.00	
		Pág. 1 de 1	

1. DADOS GERAIS

VÍTIMA:		CONTROLE:	
MUNICÍPIO:		DATA:	/ /
LOCAL:		OCORRÊNCIA NRO:	
ENFERMEIRO:			

2. RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

ESPECIFICAÇÕES	QUANTIDADE					CONFERÊNCIA HOSPITAL	RETORNO	
	1	2	3	4	5		1ª	2ª
COMPRESSA CIRÚRGICA ○ P ○ G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BANDAGEM TRIANGULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CAMPO FENESTRADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
FAIXA DE CONTENSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DEFIBRILADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DETECTOR FETAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
GLICOSÍMETRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
INCUBADORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
OXÍMETRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VENTILADOR PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CÂNULA DE GUEDEL Nº	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LÂMINAS LARINGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LANTERNAS CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LANTERNAS DE MÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LARINGOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MÁSCARA ALTO FLUXO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PINÇAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
REANIMADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
UMIDIFICADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CABO DE VIDA (CORDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CINTO "ARANHA"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CINTO DE FIXAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DORSAL (KED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
IMOBILIZADOR DE CABEÇA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PRANCHA RÍGIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TALA ARTICULADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
OUTROS. QUAIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Observações:

REGISTRO DE RECEBIMENTO	
DATA:	HORA:
NOME:	
ASSINATURA:	
ESTABELECIMENTO:	

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO	
DATA:	HORA:
NOME:	
ASSINATURA:	
ESTABELECIMENTO:	

Elaborado por: Coordenação Técnica de Enfermagem	Aprovado por: Coordenação Geral
---	------------------------------------



Título: CONTROLE DE ENVIO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO

CRIADO EM
31/08/2020



Setor: COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM

REV.00

Pág. 1 de 1

DATA:	BASE:	VTR:	TURNO:	<input type="checkbox"/> DIURNO	<input type="checkbox"/> NOTURNO
-------	-------	------	--------	---------------------------------	----------------------------------

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA:

1. LISTA DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO

	QTD	TIPO		QTD	TIPO
Ambu Adulto			Cuba rim (especificar)		
Ambu Infantil			Cúpula		
Ambu Neonatal			KIT Nebulização Adulto		
Campo Estéril			KIT Nebulização Infantil		
Campo Fenestrado			Kit pequenas cirurgias		
Cânula de Guedel Pediátrico (nº 0,1,2)			Máscara Alta Concentração Adulto		
Circuito de Respirador Adulto			Máscara Alta Concentração Infantil		
Frasco de Aspiração			Pinças		
Frasco Umidificador de O2			Prolongamento de Silicone		
Outros:			Outros:		

2. CHECK LIST

- Contagem dos itens;
- Conferir integridade;
- Preencher Tabela;
- Lacrar caixa;
- Assinaturas;
- 2ª via carbonado Prestador do Serviço.

LEGENDA

OX - Oxietileno
AC - Autoclave
AN - Alto Nivel

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ENTREGA:

ASSINATURA

DATA: / /

3. TOTAL DE ITENS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ASSINATURA

DATA: / /

Elaborado por:

Coordenação Técnica de Enfermagem

Aprovado por:

Coordenação Geral

MÊS: BASE: VTR: TURNO: Diurno Noturno RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA:

1. CONTROLE DE COLETA DE RESÍDUOS

RESÍDUOS						QUANTIDADE TOTAL
GRUPO A	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG
DATA	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
ASSINATURA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRUPO E	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG
DATA	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
ASSINATURA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. OBSERVAÇÕES


3. INFORMAÇÕES GERAIS

Anotar as quantidades coletadas em cada semana e no final do mês somar os totais e registrar na coluna dos totais. Anexar os romaneios e enviar para Coordenador de MESO, mensalmente.

GRUPO A: RESÍDUO INFECTANTE: sangue e hemoderivados, peças anatômicas, resíduos que estiveram em contato com pacientes (secreções, etc).

GRUPO E: RESÍDUO PÉRFURO CORTANTE: materiais resultantes de cirurgias, agulhas, ampolas, bisturis, agulha intraosséa.

Elaborado por: Coordenação de Enfermagem	Aprovado por: Coordenação Geral
---	------------------------------------

	Título: NOTIFICAÇÃO DE PERDAS	CRIADO EM 01/10/2020	
	Setor: COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM	Rev.00	
		Pág. 1 de 1	

1. REGISTRO DA PERDA

USA/BASE: _____ / _____	DATA: _____ / _____ / _____
-------------------------	-----------------------------

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____ ASSINATURA: _____

2. DESCRIÇÃO DA PERDA

EXTRAVIO QUEBRA VENCIMENTO AVARIAS

3. TIPO DO PRODUTO

<input type="checkbox"/> Medicamento Comum	<input type="checkbox"/> Pequenos Equip.	<input type="checkbox"/> E.P.I.	<input type="checkbox"/> Copa	<input type="checkbox"/> Alto Custo
<input type="checkbox"/> Medicamento Controlado	<input type="checkbox"/> Desinf. E Saneantes	<input type="checkbox"/> Mochilas	<input type="checkbox"/> Escritório	<input type="checkbox"/> Gases
<input type="checkbox"/> Material Hospitalar	<input type="checkbox"/> Equipamentos	<input type="checkbox"/> Limpeza	<input type="checkbox"/> Informática	<input type="checkbox"/> Enxovais
<input type="checkbox"/> Antídotos	<input type="checkbox"/> Instrumental Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Esterilizados	<input type="checkbox"/> Mobiliário	<input type="checkbox"/> Frota
<input type="checkbox"/> Outros: _____				

4. DESCRIÇÃO DO PRODUTO

NOME: _____ MARCA: _____
MODELO: _____ VALIDADE: _____ LOTE: _____
OUTRAS: _____



5. NOTIFICAR

CAF ADM SESMT Patrimônio T.I. Coordenações Recursos Humanos

OUTROS: _____

6. CONDOTA (área exclusiva do setor notificado)

Elaborado por: Coordenação Técnica de Enfermagem	Aprovado por: Coordenação Geral
---	------------------------------------

	Título: RELATÓRIO DE REPOSIÇÃO OU TROCA DE MATERIAIS DA VIATURA	CRIADO EM 01/10/2020	
	Setor: COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM	Rev.00	
		Pág. 1 de 1	

DATA:		VIATURA:		PLACA:	
-------	--	----------	--	--------	--

MATERIAL SOLICITADO	QUANTIDADE	JUSTIFICATIVA

SOLICITADO POR:	AUTORIZADO POR:	LIBERADO POR:
NOME: _____	NOME: _____	NOME: _____
ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA

Assinatura
Supervisão de Enfermagem

Elaborado por: Coordenação Técnica de Enfermagem	Aprovado por: Coordenação Geral
---	------------------------------------

1. ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA CONHECIMENTO

- * TROCAS DEVERÃO SER PAGAS DENTRO DO PRÓPRIO MÊS;
- * AS TROCAS DEVERÃO SER ACORDADAS E ASSINADAS POR AMBOS OS ENVOLVIDOS, BEM COMO A AUTORIZAÇÃO MEDIANTE ASSINATURA DO SUPERVISOR/COORDENADOR DIRETO;
- * O PRESENTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE AO SUPERVISOR, DEVIDAMENTE ASSINADO ENTRE AS PARTES ENVOLVIDAS, COM O MÍNIMO DE 72 (SETENTA E DUAS) HORAS DE ANTECEDÊNCIA.

2. SOLICITAÇÃO DE TROCA

VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR QUE SEJA AUTORIZADA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE OS COLABORADORES, ONDE EU: _____

COM PLANTÃO PREVIAMENTE ESCALADO NA DATA: ____ / ____ / ____ REALIZAREI A TROCA COM O COLABORADOR: _____

A SER PAGO NA DATA: ____ / ____ / ____ BASE/VTR: _____

3. JUSTIFICATIVA

LOCAL:

DATA:

ASSINATURA SOLICITANTE

ASSINATURA SUBSTITUTO

ASSINATURA SUPERVISOR

AUTORIZAÇÃO


Coordenador de Enfermagem

Elaborado por:

Coordenação Técnica de Enfermagem

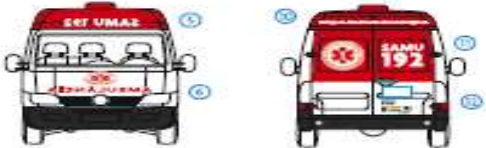



Aprovado por:

Coordenação Geral


	Título: CHECKLIST DIÁRIO CONDUTOR	CRIADO EM 15/10/2020	
	Setor: GERÊNCIA DE FROTA	Rev.00	
		Pág. 1 de 1	

DATA:	PLACA:	CONDUTOR:
KM (INICIAL):		KM (FINAL):
		BASE:

ATRIBUIR AS SEGUINTEs NOTAS NOS CAMPOS ABAIXO: (B) BOM (R) REGULAR (I) INOPERANTE (N) NÃO ENCONTRADO

MECÂNICA		EQUIPAMENTOS		INSPEÇÃO DE LATARIA VEICULAR	
ÓLEO DO MOTOR		CHAVE PARA VÁLVULA		ITENS AVARIADOS: _____	
ÁGUA DO RADIADOR		CINTO DE SEGURANÇA			
FLUÍDO DE FREIO		___ CONES			
ÓLEO HIDRÁULICO		MACACO			
CORREIAS		CHAVE DE RODA			
ÁGUA DO LIMPADOR		TRIÂNGULO			
INJETOR DE ÁGUA		LANTERNA DE MÃO			
LIMPADOR		CILINDRO O2 SALÃO			
FREIO DE MÃO		CILINDRO O2 PORTÁTIL			
ELÉTRICO		ACESSÓRIOS/ITENS			
1/2 LUZ		DOCUMENTO VTR			
LUZ BAIXA		GPS			
LUZ ALTA		ACENDEDOR DE CIGARRO			
PISCA DIREITO		FITA ZEBRADA			
PISCA ESQUERDO		CELULAR			
PARTIDA		CARREGADOR			
LUZ DE RÉ		RETROVISOR D			
LUZ DE FREIO		RETROVISOR E			
LANTERNA TRASEIRA D		ANTENA DO RÁDIO			
LANTERNA TRASEIRA E		PNEUS			
LUZ DE PLACA		ESTEPE			
CHAVE GERAL		MACA			
GIROFLEX		CADEIRA			
LUZES INTERMITENTES		PORTAS			
LUZ DE BECO LATERAIS		VIDROS			
LUZ DE BECO TRASEIRA					
ESTROBO					
SIRENE					
BUZINA					

(R) RISCADO (Q) QUEBRADO (F) FALTANTE (A)AMASSADO (T) TRINCADO (I) INOPERANTE

		NÍVEL DE COMBUSTÍVEL		EQUIPE PREFIXO	
AR CONDICIONADO				MÉDICO	
ILUMINAÇÃO DO SALÃO				TÉCNICO/ENFERMEIRO	
TOMADAS					
EXAUSTOR SALÃO					

	LITROS ABASTECIDOS		KM ABASTECIMENTO		HORA ABASTECIMENTO	
--	--------------------	--	------------------	--	--------------------	--

AMBULÂNCIA LAVADA	SIM ()	NÃO ()	REALIZADO CALIBRAGEM PSI		SIM ()	NÃO ()
-------------------	---------	---------	--------------------------	--	---------	---------

OBSERVAÇÕES

_____ ASSINATURA CONDUTOR SAÍDA DE PLANTÃO Nome: _____ Horário de saída: _____	_____ ENTRADA DE PLANTÃO Nome: _____ Horário de entrada: _____	_____ ASSINATURA CONDUTOR
---	---	------------------------------

Elaborado por:	Aprovado por:
Gerência de Frota	Coordenação Geral

IMPRESSO	NOME	QUANTIDADE	UNIDADE	OBSERVAÇÃO	RESPONSÁVEL
ANEXO 1	Anexo RAS	8500 folhas/ mês	BLOCO	papel carbonado, tamanho ofício(21,59cm x 34,29), contendo 100 folhas cada, duas vias(01 via carbona 56g branca e 02 via 56 g azul ou verde), numerados.	BRUNO
ANEXO 2	CHECKLIST MOTOLÂNCIA CLINICA	480 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4, frente e verso	REJANE
ANEXO 3	CHECKLIST MOTOLÂNCIA TRAUMA TEC ENF	480 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4, frente e verso	REJANE
ANEXO 4	CHECKLIST USA	500 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 5	CHECKLIST USB	1.450 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 6	CONTROLE DE EMPRÉSTIMO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	50 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 7	CONTROLE DE ENVIO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO	500 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 8	CONTROLE DE RESÍDUOS	500 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 9	NOTIFICAÇÃO DE PERDAS	50 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 10	REL DE REPOSIÇÃO OU TROCA DE MAT	50 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 11	SOLICITAÇÃO DE TROCA DE PLANTÃO	300 folhas/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4	REJANE
ANEXO 12	CHECKLIST DIARIO CONDUTOR	31 Folhas / MÊS	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4 *Sugerimos aquisição para o período de 03 meses, de forma que aguardamos a empresa IT4D ativar a forma eletrônica.	THIENGO