



Vila São Cottolengo

Não é sua cruzada do corpo inteiro para orientar o mundo

EDITAL COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS CONVÊNIO SES-GO 14/2013

CPP 13/2017

A Vila São José Bento Cottolengo, entidade privada sem fins lucrativos da área da saúde, inscrita no CNPJ sob o nº. 00.420.371/0001-22, situada na Avenida Manoel Monteiro n. 163 Bairro Santuário, Trindade, Goiás torna público, para conhecimento dos interessados, que fará realizar a COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇO, no âmbito do Convênio SES-GO 14/2013, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde, objetivando a aquisição de **MATERIAIS GRAFICOS E IMPRESSOS**

Esta Cotação Prévia de Preços será executada obedecendo aos dispositivos da Lei 8.666/1993 e do Decreto Presidencial n. 6.170/2007.

1 – OBJETIVO

Aquisição para a Instituição de Materiais gráficos e impressos referente a 12ª Etapa.

Item 2	Nome do Item	BLOCO 05 ALTA MEDICA FAMH-05	Quantidade	6
Especificação Técnica:				

Bloco 1 via formato A-4 - Acabamento cola

FICHA DE ALTA MÉDICO HOSPITALAR FAMH - 05

Nome do Paciente: _____ Unidade: _____
 Nº Prontuário: _____ Categoria: SUS PSS Outro
 Nome do Médico Assistente: _____ CRM-GO: _____
 Data da Internação: ____/____/____ Data da Alta: ____/____/____
 Diagnóstico da internação: _____
 Diagnóstico da Alta: _____

TIPO DE ALTA	MOTIVO / JUSTIFICATIVA
<input type="checkbox"/> Alta Melhorada	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	
<input type="checkbox"/> Alta Administrativa (por indisciplina)	
<input type="checkbox"/> Alta Encaminhada	
<input type="checkbox"/> Alta Óbito	

Outros: _____

Trindade: _____ Assinatura / Carimbo Médico Responsável: _____

Gerente de Enfermagem
Ass: / Carimbo
Gerente Técnico
Ass: / Carimbo



Vila São Cottolengo

Nem a tua precisas do corpo inteiro para encontrar o mundo

Bloco 1 na frente e verso - Formato A-4 - Acabamento cola

Item 3	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO 10 100 X 1 EVOLUCAO MEDICA	102

Especificação Técnica:

FICHA DE EVOLUÇÃO FE - 10

Vila São Cottolengo

Nome do Paciente: _____ UF: _____

Data de Ingressão: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: M F

Unidade de Internação: _____

DATA, LOCAL, ASSINATURA, CARIMBO

Item 6	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO ATESTADO MEDICO	10

Especificação Técnica:

BLOCO 1 VIA MEDICAS 14 5X20,5CM - ACABAMENTO COLA

ATESTADO MÉDICO

Vila São Cottolengo

Assina para os devidos fins, a pedido que o(s) Dr (s): _____

perceber a(s) ocorrência(s) de: _____

to atendimento: _____

No dia ____/____/____ às ____ horas necessitamos de _____

da(s) ocorrência(s) por motivo de doença: _____

CD _____ 10 _____

Assinatura do Paciente ou Responsável _____

Local e Data _____

Assinatura Médico _____

Carimbo anterior com o completo registro CRM _____

Nota: Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 2º do CEP, aprovado pelo Dec. nº 89.537 de 12/29/94 e resolução CRM - 134/04 e está enquadrado perjurificativa de 24 (24) dias de afastamento de trabalho.



Item 7	Nome do Item	BLOCO AUDITIVO AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA 30X3	Quantidade
			12

Especificação Técnica:

Bloco 2 vias carbonato - medidas 18x30cm - Acabamento cola



Centro Médico São Cottolengo
Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
SERVIÇO DE MEDICINA AUDITIVA

Data ____/____/____ Nº Prontuário: _____ Cartão SUS: _____

Paciente _____

Tipo de Atendimento () Primeiro atendimento () Segundo atendimento () Outros

AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA

Audiometria Data de realização do exame: ____/____/____

1.1 - Orelha Direita

- a) Tipo de perda: () Sensório-neural () Condutiva () Mista () Normal
b) Grau de perda: () Normal () Leve (25-40dB) () Moderada (40-70dB)
() Severa (70-90dB) () Profunda (>91dB) () Ausência de resposta
c) Configuração: () Plana () Descendente () Rampa () Ascendente () "U"
() "U" invertido () Outros: _____
d) Recrutamento: () Sim () Não

1.2 - Orelha Esquerda

- a) Tipo de perda: () Sensório-neural () Condutiva () Mista () Normal
b) Grau de perda: () Normal () Leve (25-40dB) () Moderada (40-70dB)
() Severa (70-90dB) () Profunda (>91dB) () Ausência de resposta
c) Configuração: () Plana () Descendente () Rampa () Ascendente () "U"
() "U" invertido () Outros: _____
d) Recrutamento: () Sim () Não

2 - Exames:**3 - Relato do Paciente:****4 - Conduta**

- 4.1 - Pré-moldagem: () OD () OE () Bilateral
4.2 - Indicação AASI: () Não () Sim
() Unilateral () Bilateral

Data/Assinatura/Carimbo

Item 8	Nome do Item	BLOCO AUDITIVO SELECAO E ADAPTACAO DE PROTESE 100X1	Quantidade
			4

Especificação Técnica:

Bloco 1 via frente e verso - medidas 20x29cm - Acabamento cola



Vila São José Bento Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 B. Santuário - Trindade-GO
FONE: 62 3506-9000 / FAX: 62 3506-9075

E-mail: cottolengo@cottolengo.org.br | site: www.cottolengo.org.br

PROGRAMA MEDICINA AUDITIVA - P.M.A

Data: ____/____/____ Nº Prontuário: _____

Paciente: _____

Tipo de Atendimento: () Primeiro Atendimento () Segundo Atendimento () Outros

SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA

- 1 - Orelha a ser tratada: () Direita () Esquerda
- 2 - Tipo de AASI: () Retroauricular () Intra-auricular
() Intracanal () Microcanal (MIC)
- 3 - Transmissão do som: () Via aérea () Via óssea
- 4 - Tecnologia: () Tipo A () Tipo B () Tipo C
- 5 - Molde/Lapsula:
- 5.1 - Moldes para aparelhos retrcauriculares:
- 5.1.1 - Orelha Direita:
- 5.1.1.1 - Materia () Acrílico () Silicone () Biopor
- 5.1.1.2 - Tipo () Acrílico () Duplo () Canal () Concha () Aberto
- 5.1.1.3 - Modificações Acústicas
- * Ventilação: () Ventilação _____mm () Sem ventilação
() Paralela () Diagonal () Externa
- * Tamanho do condutor () Padrão () Longo () Curto
- 5.1.2 - Orelha Esquerda:
- 5.1.2.1 - Materia () Acrílico () Silicone () Biopor
- 5.1.2.2 - Tipo () Acrílico () Duplo () Canal () Concha () Aberto
- 5.1.2.3 - Modificações Acústicas
- * Ventilação: () Ventilação _____mm () Sem ventilação
() Paralela () Diagonal () Externa
- * Tamanho do condutor () Padrão () Longo () Curto
- 5.2 - Cápsulas para próteses intra-auriculares:
- 5.2.1 - Orelha Direita:
- 5.2.1.1 - Materia () Rígida () Semi-flexível/capa flexível
- 5.2.1.2 - Modificações Acústicas
- * Ventilação: () Ventilação _____mm () Sem ventilação
() Paralela () Diagonal () Externa
- * Tamanho do condutor () Padrão () Longo () Curto



5.2.2 - Orelha Esquerda:

5.2.2.1 - Material () Rígida () Semi-flexível/ capa flexível

5.2.2.2 - Modificações Acústicas

- * Ventilação: () Ventilação _____ mm () Sem ventilação
- () Paralela () Diagonal () Externa
- * Tamanho do condutor () Padrão () Longo () Curto

6 - Prótese(s) Auditiva(s) selecionada(s):

Orelha Direita

Orelha Esquerda

Marca: _____

Marca: _____

Modelo: _____

Modelo: _____

Nº de Série: _____

Nº de Série: _____

Nº do Reg. Bras. de AASI: _____

Nº do Reg. Bras. de AASI: _____

Regulagens: _____

Regulagens: _____

Pilha: _____

Pilha: _____

Obs.:

SELEÇÃO

Teste com 3 marcas de AASI (s) _____

Após teste em consultório e ambiente externo o(a) paciente optou por marca _____

_____, modelo _____,

tipo _____, () OD () OE. Paciente aguarda a adaptação.

Data / Assinatura / Carimbo

ADAPTAÇÃO

Adaptação de AASI selecionado anteriormente. Paciente foi orientado quanto ao uso, cuidado e higienização dos AASIs.



Vila São Cottolengo

Item 9	Nome do Item	BLOCO AUDITIVO SOLIC. EXAMES/CONSULTAS E PROCEDIMENTOS	Quantidade
			8

Especificação Técnica:

Bloco 2 vias Carbonato - medidas 20,5x16cm - Acabamento: Cola



Vila São Cottolengo

SOLICITAÇÃO DE EXAMES, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

Paciente: _____

_____/_____/_____

- Remoção de Cerumen _____
- Medicação - Retorno: _____
- Audiometria () Impedanciometria
- Audiometria e Impedanciometria
- Audiometria Condicionada e Impedanciometria
- Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE/BERA)
- PEATE/BERA com Odeação
- Teste da Orelhinha (EOA)
- Emissões Otoacústica Transiente
- Emissões Otoacústica por Produto Distorsão
- Pré-morteagem
- Seleção de Aparelho Auditivo (AASI)
- Neuropediatria
- Pediatria
- Avaliação Social
- Avaliação Psicológica
- Fono terapia

Assinatura / Carimbo



Vila São Cottolengo

Manoel Monteiro do Curso Antigo para entrar o mundo

Item 10	Nome do Item	BLOCO AUDITIVO TERMO DE RECEBIMENTO PROTESE 2VIAS	Quantidade
			6

Especificação Técnica:

Bloco 2 vias carbonato - formato: A-4 - Acabamento cola

Centro Médico São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

Serviço de Medicina Auditiva



Vila São Cottolengo

TERMO DE RECEBIMENTO

Eu, _____

prontuário: _____, recebi: _____

a) Prótese(s) auditiva(s) _____

b) Marca: _____ Empresa: _____

c) Modelo: _____ ; _____

d) Número de série: _____ e _____

e) Tipo: _____ e _____

f) Código SUS: _____ e _____ e comprometo-me a seguir as etapas

para o acompanhamento e adaptação dos ASSI (s), zelar pelo uso e manutenção adequados, caso contrário,

isento as fonoaudiólogas e o Centro Médico São Cottolengo de qualquer responsabilidade no que diz respeito a

concessão e adaptação.

Trindade, _____ de _____ de 20____.

Fonoaudióloga Responsável

Paciente / Responsável

Av. Manoel Monteiro, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO
Fone: 62 3506-9000 ramal 9097 / e-mail: auditivo@cottolengo.org.br



Vila São Cottolengo

Não há um preço do corpo interno para alcançar o mundo!

Item	12	Nome do Item	BLOCO AVISO UNIDADE INTERNAÇÃO CARBONADO 25X3	Quantidade	22
Especificação Técnica:					

Bloco 3 vias carbonato - medidas: 11x15cm - Acabamento cola

 Vila São Cottolengo	Centro Médico São Cottolengo Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual AVISO INTERNAÇÃO
Unidade de Internação: _____	
<input type="checkbox"/> Reinternação	
<input type="checkbox"/> Transferência para: _____	
<input type="checkbox"/> Alta: _____ horas.	
<input type="checkbox"/> Óbito	
Causa de Óbito: _____	
Verificado pelo Médico: _____ às ____ horas.	
Nome: _____	
Registro nº: _____ Quarto: _____ Leito: _____	
Convênio: _____	
Observações: _____	

Data: ____/____/____	Enfermagem Ass. _____

1ª via - Internação / Returamento 2ª via - Serviço Social 3ª via - Bloco (Enfermagem)

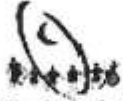


Vila São Cottolengo

Fazer a sua cotação do corpo inteiro para encontrar o mundo

Item 13	Nome do Item	BLOCO BOLETIM CENTRO CIRURGICO	Quantidade	6
Especificação Técnica:				

Bloco 2 vias Carbonato formato A 4 Acabamento Cola



Vila São Cottolengo

Centro Médico São Cottolengo
 Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
BOLETIM DO CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente			
Diagnóstico:			
Coerção:		Data:	
RESUMO DO ATO CIRÚRGICO	OPERAÇÃO		
	Tipo	Tabela JP	
	1. Pequena _____	Código _____	
	2. Média _____	Código _____	
	3. Alta _____	Código _____	
	Início	Termino	Duração
	Cirurgião		
	_____ Ass. Cirúrgico CRM		
	Auxiliars		
	_____ Ass. Cirúrgico CRM		
	Anestesia		
1. Local em minutos _____			
2. Local em minutos _____			
3. Outros em minutos _____			
Início	Termino	Duração	
Anestesia			
Serviço de Inteiros?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
_____ Ass. Cirúrgico CRM			
Circulante			
_____ Ass. Cirúrgico CRM			
OBSERVAÇÕES			



Vila São Cottolengo

Num. 2/14 - Pressão do corpo inteiro para orientar o mundo

Item 15	Nome do Item	BLOCO CIRCULAR INTERNA (CI)	Quantidade	6
----------------	---------------------	------------------------------------	-------------------	----------

Especificação Técnica:

Bloco 1 via - medida: 15x9,5cm - Acabamento cola

CIRCULAR INTERNA

Vila São Cottolengo

De: _____ Para: _____

Smit do ser: _____ Facs: _____

Em: _____

Item 16	Nome do Item	BLOCO COMPRAS AUTORIZACAO	Quantidade	12
----------------	---------------------	----------------------------------	-------------------	-----------

Especificação Técnica:

Bloco 1 via - medidas 15x10,5cm - Acabamento: Cola



Vila São José Bento Cottolengo
 Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
 Fundada em 11 de fevereiro de 1951
 Entidade de Fins Filantrópicos - CNPJ: 00.430.371/0001-21
 Decreto de Utilidade Pública nº 69.821 - 28/11/1971

AUTORIZAÇÃO DE COMPRAS

Data: ____/____/____

Requisitante: _____ Vend.: _____

Fornecedor: _____ Vend.: _____

QUANT.	UNID.	DISCRIMINAÇÃO	RS UNIT.	RS TOTAL



Vila São Cottolengo

Nem a sua presença do corpo inteiro para encantar o mundo

Item 17	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO CONTROLE CAIXA (BAZAR)	24

Especificação Técnica:

Bloco 1 via - medidas: 15x7cm - Acabamento cola

 Vila São Cottolengo	BAZAR DA TERÊ	
	CONTROLE DE CAIXA	
<input type="checkbox"/>	Produtos da Vila	R\$ _____
<input type="checkbox"/>	Bazar	R\$ _____
<input type="checkbox"/>	TOTAL	R\$ _____

Item 18	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO CONTROLE DE ANTIMICROBIANO	8

Especificação Técnica:


Bloco 2 vias Carbonato - medidas 20,5x16cm - Acabamento: Cola

 Vila São Cottolengo	Vila São José Bento Cottolengo Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual	
	CONTROLE DE ANTIMICROBIANO	
		1ª Via: Farmácia / 2ª Via CCIH
Data: ____/____/____		
Nome do Paciente: _____ Unidade: _____ Idade: _____		
Medicamento: _____		
Posologia: _____		
Indicação: <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Profilático		
Duração de tratamento: _____ dias		
Hipótese diagnóstica e local da infecção: _____		
Outras doenças associadas: _____		
Usou ATB nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Sim, Qual ATB? _____ <input type="checkbox"/> Não		
Solicitou Cultura? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em andamento		
Qual Material colhido para cultura? _____		Data da coleta: ____/____/____
Qual microorganismo isolado? _____		<input type="checkbox"/> Não houve crescimento
_____	_____	_____
Médico Solicitante	Diretor Clínico / Técnico	Farm. Responsável



Item 19	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO EXAME PEDIDO 100X1	32

Especificação Técnica:


 Vila São José Bento Cottolengo
 Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
 Av. Dr. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade-GO
 CEP: 75.388-596 - Fone: (62) 3506-9000 - Fax: (62) 3506-9004
 E-mail: contato@cottolengo.org.br

Rua de Fátima: _____
 Nome: _____ N.º: _____
 Material: _____
 Exame(s): _____
 Ind. Clínica: _____
 Trindade: _____

Decreto de Utilidade Pública nº 59.611 - 20/11/1971
PEDIDO DE EXAMES

Item 20	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO EXAMES SESMET	4

Especificação Técnica:

Atestado 3 Vias Carbonado - formato A4
 Vila São José Bento Cottolengo
 Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
 Av. Dr. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade-GO
 CEP: 75.388-596 - Fone: (62) 3506-9000 - Fax: (62) 3506-9004
 E-mail: contato@cottolengo.org.br

ATESTADO SAÚDE OCUPACIONAL
 Rua de Fátima: _____
 Exame Médico: _____
 Acumulado Periculado Sem alteração Suspensão de função Retorno ao trabalho
 Tipo de Risco: _____
 Físico Químico Biológico Ergonômico Acidente Sem Risco Específico
 Jurem Quae: _____
 Subscrite as duas cópias acima especificadas conforme o C.T. Artigo 156, Parágrafo 1º e 3º - Artigo 163 de 16/11/04 do MPPE e Nº 14.200/04 da Prefeitura de São Paulo e demais Resoluções, com _____ anos;
 RG: _____ e inscrição nº _____ para exercer a
 função de: _____
 Exames Realizados: _____
 Exame Clínico: _____
 Período de Exame: _____
 Diurno Noturno Semirural
 Local: _____ Data: _____
 Médico responsável pelo SESMET: _____
 Nome: _____
 CRM: _____
 Recolha 2ª via em sistema Juntos de em _____
 Assinatura: _____



Vila São Cottolengo

Item	Nome do Item	Quantidade
21	BLOCO IPASGO01371116 SOLICITACAO ATENDIMENTO 173X222 50	54

Especificação Técnica:

Papelaria

Item	Nome do Item	Quantidade
22	BLOCO JUSTIFICATIVA HORA EXTRA 50X2 CARBONO GRAMPEADO	6

Especificação Técnica:

Bloco 2 via carbonado - medidas: 16x14,5cm - Acabamento cola



Vila São Cottolengo

Vila São José Bento Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

Data da ocorrência: ____/____/20____ Controle do Setor: ____/20____

Nome _____ Matricula: _____

Função: _____ Setor: _____

Justificativa: () Hora Extra

Motivo: _____

Data ____/____/20____ a ____/____/20____ Total Horas Extras: _____

_____ Coordenador (a)

_____ Departamento de Pessoal _____ Administração
--

Autorizo () Não Autorizado () _____ Diretoria

OBS. _____

As justificativas deverão ser entregues para a coordenação no mesmo dia ou dia seguinte após o acontecido, para que a coordenação repasse para o Depto. de Pessoal toda 3ª e 5ª feira.



Vila São Cottolengo

Item 24	Nome do Item	BLOCO PRONTUARIO UNICO FOLHA DE PRESCRICAO 50X2 CARBONADO	Quantidade	40
---------	--------------	---	------------	----

Especificação Técnica:

Bloco 2 vias carbonado - formato A-4 - Acabamento cola



Vila São Cottolengo

PRONTUÁRIO ÚNICO FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME:				LEITO:				ABRIGADO:				
UNIDADE:				CLÍNICA:				DATA INTERNAÇÃO: / /				
DATA INTERNAÇÃO: / /				EVOLUÇÃO MÉDICA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:								
PRESCRIÇÃO MÉDICA				MATERIAL	DOSAS	QUANT.	VIA	HORÁRIO	RELATÓRIO ENFERMAGEM			

Item 25	Nome do Item	BLOCO RECEITA AZUL (NOTIFICACAO) VILA SAO COTTOLENGO	Quantidade	8
---------	--------------	--	------------	---

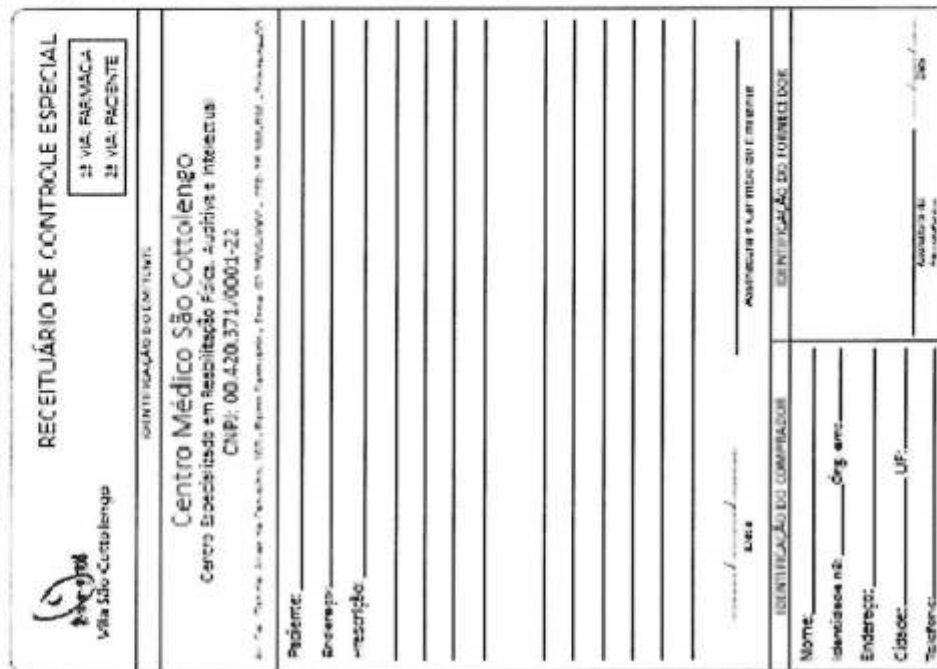
Especificação Técnica:

Bloco1 via - medidas 20,5x9,5cm Acabamento: cola

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA			B	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA	
UF	R.S.	NÚMERO		Vila São José Bento Cottolengo CNPJ - 00.420.371/0001-22			
GO	SVS			Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário Trindade - GO, CEP. 75.388-596 Fone: (62) 3506-9000		QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA	
						DOSE POR UNIDADE DE POSOLÓGICA	
						POSOLOGIA	
						CARIMBO DO FORNECEDOR	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR							
Nome							
Endereço							
Identidade nº		Órgão Emissor		Telefone		NOME DO VEICULADOR	
						DATA	

Item 26	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO RECEITA CONTROLE ESPECIAL 100X1	26

Especificação Técnica:



Rua Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO
 CEP: 75.388-596 (62) 3506-9000

RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
 22 VIA: FARMÁCIA
 22 VIA: PACIENTE

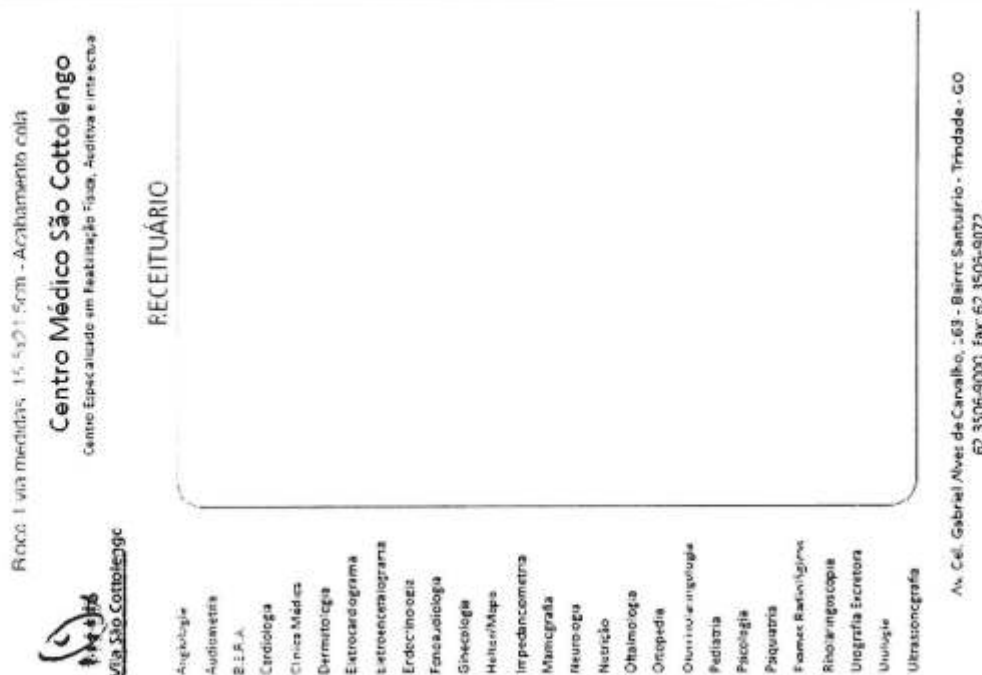
Centro Médico São Cottolengo
 Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
 CNPJ: 00.420.371/0001-22

Paciente: _____
 Endereço: _____
 Inscrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMISSARIADO
 Nome: _____
 Identificação nº: _____ Org. emit.: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

Item 27	Nome do Item	Quantidade
	BLOCO RECEITA MEDICA 100X1	86

Especificação Técnica:



Rua Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO
 CEP: 75.388-596 (62) 3506-9000

RECEITÁRIO

Centro Médico São Cottolengo
 Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

Vila São Cottolengo


Angiologia
 Audiometria
 B.L.P.A.
 Cardiologia
 Clínica Médica
 Dermatologia
 Extrocardiograma
 Eletroencefalograma
 Endoscopia
 Fonoaudiologia
 Ginecologia
 Helicópteros
 Impedanciometria
 Mamografia
 Neurologia
 Nutrição
 Oftalmologia
 Ortopedia
 Otorrinolaringologia
 Pediatría
 Psicologia
 Psiquiatria
 Foneses Radiológicas
 Rinoscopia
 Urografia Secretora
 Urologia
 Ultrassonografia

Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO
 CEP: 75.388-596 (62) 3506-9000

Item	Nome do Item	Quantidade
34	BLOCO SOLICITACAO DE MARCACAO DE CIRURGIA	28

Especificação Técnica:

Bloco 2 vias carbonado medidas: 21x29,5cm - Acabamento cola

 Centro Médico São Cottolengo Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual Vila São Cottolengo		SOLICITAÇÃO DE MARCAÇÃO DE CIRURGIA	
Nome		Registro	
idade	Sexo	Convênio:	
Diagnóstico		CID 10:	
Nome da Cirurgia		Código:	
Porte <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> pequena <input type="checkbox"/> Ambulatorial		Dias de Internação: (Diárias) nt	
Data e hora solicitada ____/____/____ hs		Tempo Previsto:	
Tipo de Cirurgia <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada <input type="checkbox"/> infectada			
Tipo de Anestesia <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Local+Sedação			
Uso de antibiótico profilático? Qual? Dose			
Uso de aparelhos especiais: <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Microscópio Cirúrgico <input type="checkbox"/> Artroscópio <input type="checkbox"/> Rinoaringoscópio <input type="checkbox"/> Radio X na Sala <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Mat. Especiais: _____			
Fios de Sutura Especiais: _____			
Transfusão de Sangue <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Preparo pré-operatório especial _____			
Cirurgião / CRM - GO		1ª Aux. / CRM - GO	
		2ª Aux. / CRM - GO	
Assinatura médico solicitante com carimbo / CRM - GO			
Data marcada ____/____/____ hora _____		Autorização Ger. Técnica:	
Ass. Ger. Enfermagem / Carimbo			

2ª Via - Internação (Branco) 2ª Via - Pronto-socorro (Rosa)



Vila São Cottolengo

Não utilize a área de texto inferior para orientar a montagem.

Item	Nome do Item	Quantidade
35	BLOCO VALE COM CANHOTO	6

Especificação Técnica:

Papelaria

Item	Nome do Item	Quantidade
37	CADERNO CAPA DURA PEQ. 96FLS	20

Especificação Técnica:

Papelaria

Item	Nome do Item	Quantidade
38	CAPA PAPELÃO AZUL REAB. FÍSICO	1166

Especificação Técnica:

Pasta medidas medidas 48x33cm - Acabamento: capa

Vila São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual - CERB

Profiuário: _____



**SAÚDE
SEM LIMITE**



SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA



Data de entrega: ____/____/____

Item 39	Nome do Item	Quantidade
	CAPA PAPELAO PRETA REAB. AUDITIVO	566

Especificação Técnica:

Pasta medidas medidas 48x33cm - Acabamento: faca

Vila São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual - CER III



Prento: / /



SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA



Data de entrega: / /

Item 40	Nome do Item	Quantidade
	CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA	334

Especificação Técnica:

Capa Eletrocardiograma medidas aberta 32,5x10cm frente e verso



Centro Médico São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

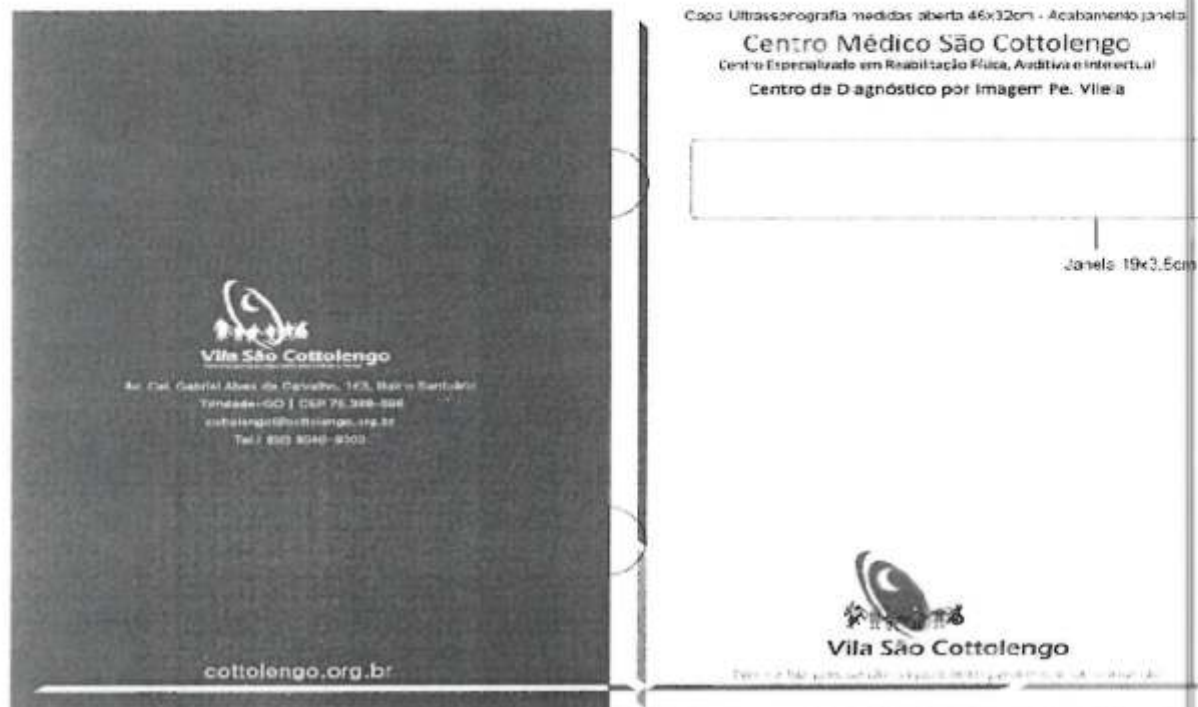
Centro de Diagnóstico Pe. Vilela ELETROCARDIOGRAMA



Av. Manoel Monteiro, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO
62 3506-9000 Fax: 62 3506-9072

Item 41	Nome do Item	Quantidade
	CAPA PARA ULTRASON	1000

Especificação Técnica:



Item 42	Nome do Item	Quantidade
	ENVELOPE 11,5 X 23,5 BRANCO TIMBRADO	826

Especificação Técnica:

Envelope medidas 23x11,5cm



Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
 cottolengo.org.br | cottolengo@cottolengo.org.br
 Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163, Bairro Santuário
 Trindade - GO - 75.388-596
 62 3506-9000



Vila São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

Item 43	Nome do Item	ENVELOPE 12X17 MED. AUDITIVA AMARELO OURO	Quantidade	500
---------	--------------	---	------------	-----

Especificação Técnica:

Envelope medidas 18x12,5cm

 <p>Centro Médico São Cottolengo Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual</p> <p>Serviço de Medicina Auditiva Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO Fone: 62 3506-9000 ramal 8097</p>		
NOME: _____		
FRONT: _____ EMPRESA: _____		
MATERIAL	TIPO	MATERIAL
<input type="checkbox"/> SILICONE	<input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> DUPLO	_____/_____/_____ FONOAUDIÓLOGA
<input type="checkbox"/> ACRÍLICO	<input type="checkbox"/> SIMPLES	
<input type="checkbox"/> ACRÍLICO FLEXÍVEL	<input type="checkbox"/> CONCHA COM HÉLIX	
	<input type="checkbox"/> CONCHA	
	MODIFICAÇÕES	DATA DA ENTREGA
<input type="checkbox"/> MICROCANAL	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO mm	_____/_____/_____ DATA DA ENTREGA
<input type="checkbox"/> INTRACANAL	<input type="checkbox"/> EFEITO CORNETA	
	<input type="checkbox"/> CORNETA INVERTIDA	
Obs.: _____		
REPOSIÇÃO 1ª () 2ª () 3ª ()		
Motivo: _____		

Item 44	Nome do Item	ENVELOPE 20X28 BRANCO TIMBRADO	Quantidade	500
---------	--------------	--------------------------------	------------	-----

Especificação Técnica:

Envelope medidas 28x20cm



Centro Médico São Cottolengo

Consultas Médicas | Exames Laboratoriais
Cirurgias Eletivas | Exames de Imagem

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
cottolengo.org.br | cottolengo@cottolengo.org.br
Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163, Bairro Santuário
Trindade - GO 75.388-596
62 3506-9000



Vila São Cottolengo

Mostrar a última proposta do corpo técnico para a aquisição do material

Item 45	Nome do Item	Quantidade
	ENVELOPE 22X15 DE RESULTADO TIMBRADO ER	1466
Especificação Técnica:		

Envelope exames medidas 22x15cm frente e verso



Vila São Cottolengo



Centro Médico São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

Laboratório de Análises Clínicas

Item 46	Nome do Item	Quantidade
	ENVELOPE 26X36 BRANCO TIMBRADO	486
Especificação Técnica:		

Envelope medidas 36x26cm



Vila São Cottolengo

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
cottolengo.org.br | cottolengo@cottolengo.org.br
Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163, Bairro Santuário
Trindade - GO - 75.388-596
62 3506-9000



Vila São Cottolengo

Item 47	Nome do Item	Quantidade
	ENVELOPE 31X41 BRANCO TIMBRADO	674
Especificação Técnica:		

Envelope medidas 41x31cm



Centro Médico São Cottolengo
Consultas Médicas | Exames Laboratoriais
Cirurgias Eletivas | Exames de Imagem

Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
cottolengo.org.br | cottolengo@cottolengo.org.br
Av. Coronel Murtinho, 163, Bairro Santuário
Trindade - GO - 75.388-596
62 3506-9000

Item 48	Nome do Item	Quantidade
	ENVELOPE 37X47 BRANCO TIMBRADO	466
Especificação Técnica:		

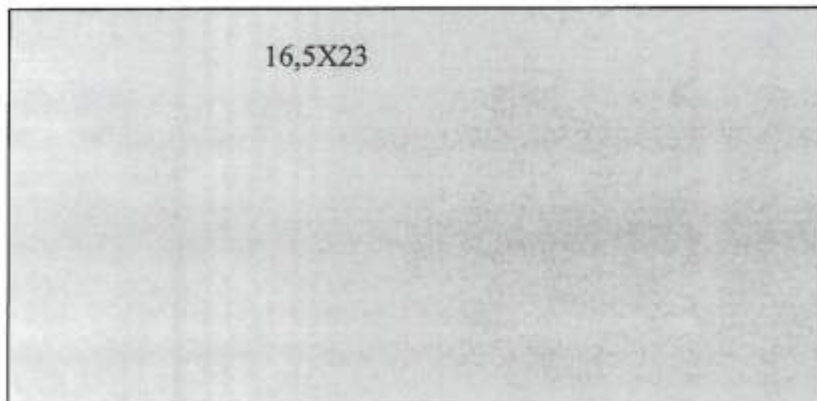


Centro Médico São Cottolengo
Consultas Médicas | Exames Laboratoriais
Cirurgias Eletivas | Exames de Imagem

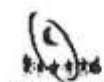
Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual
cottolengo.org.br | cottolengo@cottolengo.org.br
Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163, Bairro Santuário
Trindade - GO - 75.388-596
62 3506-9000



Item 49	Nome do Item	ENVELOPE PARA ARQUIVO AMBULATORIO 16,5X23	Quantidade	934
Especificação Técnica: Sem aba, e em papel gramatura maior				



Item 50	Nome do Item	FICHA PROGRAMA REABILITAR AZUL APRAZAMENTO/ENCAM	Quantidade	334
Especificação Técnica:				



Vila São Cottolengo

Ficha aprazamento / encaminhamento
medidas: 10x26cm
Com Especialistas em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

APRAZAMENTO / ENCAMINHAMENTO		APRAZAMENTO				ENCAMINHAMENTO	
Local	Profissional	Profissional	Data	Hora	SAME	Área	Profissional
INFORMAÇÕES							
Atendimento no dia e hora marcados será realizado mediante a apresentação deste cartão.							
Quando o paciente retornar o preenchimento para qualquer retorno a esta Unidade.							
Av. Cel. Gabriel Alves de Carvalho, 163 - Bairro Santuário - Trindade - GO - 3506-9000 www.cottolengo.org.br avc@vvo@cottolengo.org.br							
APRAZAMENTO		ENCAMINHAMENTO					
Profissional	Data	Hora	SAME	Área	Profissional		



Item	Nome do Item	Quantidade
52	PLASTICO CRACHA AZUL COM CORDAO	534

Especificação Técnica:

Papelaria

2 – JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

A aquisição visa cumprir o Plano de Trabalho do Convênio SES-GO 14/2013, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Vila São José Bento Cottolengo.

3 – DA ENTREGA DA PROPOSTA

A proposta deverá ser redigida em papel timbrado da empresa ou com logo da empresa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, conter data, nome, CNPJ, endereço, número de telefone e email.

Todos os valores deverão vir expressos em moeda nacional corrente com validade não inferior a dez (10) dias. A proposta deverá ser enviada por email (aporte@cottolengo.org.br) ou entregue pessoalmente até o dia 27 de março de 2017.

4 – DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

Os fornecedores PODERÃO participar desta cotação sob duas formas:

- Apresentar Certificado de Registro Cadastral – CRC do Sistema de Cadastramento Unificado do Governo Federal – SICAF, atualizado, devendo conter no mínimo registros de credenciamento, habilitação jurídica e regularidade fiscal federal, estadual e municipal.

Empresas sem registro no SICAF deverão apresentar cópia dos documentos relacionados a seguir:

Documentos de Habilitação Jurídica:

- Registro Comercial, no caso de empresa individual;
- Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e no, caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- Cédula de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do dirigente da Empresa.

Documentos que comprovem Regularidade Fiscal:

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- Certidão Conjunta Positiva com efeitos de Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à Dívida Ativa da União emitida pela Secretaria da Receita Federal – SRF / Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN;



Vila São Cottolengo

REGULAMENTO DO CONCURSO PÚBLICO PARA O EMPREGO DE PROFISSIONAL

- Comprovante de regularidade junto a Fazenda Pública do Estado e Município da sede da empresa;
- Certificado de Regularidade do FGTS;

O CRC ou documentos relacionados devem ser apresentados no ato da assinatura do contrato.

5- DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS PRODUTOS

6 - DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

Serão desclassificadas as propostas que:

- Não atendam às exigências contidas nos itens 3 ao 5;
- Apresentem descontos excessivos ou manifestamente inexeqüíveis;
- Ofereçam vantagens ou alternativas não previstas, de interpretação dúbia ou rasuradas, ou ainda que contrariem no todo ou em parte o presente Termo de Referência.

A escolha recairá pela proposta que apresentar, **MENOR PREÇO**, além da maior qualidade mensurada por requisitos como valor técnico, caráter funcional, compatibilidade com características ambientais e de utilização, insumos, referências e requisitos similares.

O resultado da avaliação das propostas será divulgado no site da Instituição: www.cottolengo.org.br;
Após homologada, esta cotação não poderá ser impugnada.

7 - DO PRAZO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO

A Contratada fará a entrega do produto em até 30 dias da assinatura do instrumento contratual.

8 - DO INSTRUMENTO CONTRATUAL

A assinatura do instrumento contratual dar-se-á em até quinze dias úteis após a homologação do processo em apreço.

9 - VALOR DISPONÍVEL PARA A AQUISIÇÃO DO OBJETO

Os recursos para custear as despesas descritas neste Termo correrão à conta do Convênio SES/GO 014/2013 referente a 12ª etapa .

10 - DO PAGAMENTO

O pagamento será efetuado por meio de crédito em conta corrente informada pela Contratada, preferencialmente do Banco do Brasil, mediante a apresentação da nota fiscal em até 10 dias úteis contados do Aceite Técnico. O Aceite Técnico será emitido pelo responsável técnico indicado na Portaria de



Vila São Cottolengo

13

Designação da Equipe Técnica da Cotação, atestando o recebimento do produto em condições de uso.

A Instituição é certificada pelo Ministério da Saúde como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde – CEBAS, publicado no DOU n. 209 de 31/10/2011, folhas 87 e 88 (Declaração de Tempestividade comprovando que o pedido de renovação foi protocolado em tempo hábil e aguarda análise). Portanto, é imune a tributação, nos termos da alínea “c” do inciso VI do art. 150 da Constituição Federal.

11 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A qualquer tempo pode ser revogada a contratação da empresa que deixar de satisfazer as e exigências estabelecidas neste Edital e aos padrões de qualidade adotadas pela Entidade.

O proponente selecionado é responsável, em qualquer época, pela fidelidade e pela legitimidade das informações constantes nos documentos apresentados, podendo ser cancelado o credenciamento da empresa se verificada alguma irregularidade na documentação ou nas informações apresentadas.

A apresentação no processo de seleção importa na aceitação integral e irretratável das normas contidas neste Edital.

A Entidade poderá revogar ou anular a presente cotação, em decisão motivada, sem que caiba qualquer indenização aos candidatos.

Os casos omissos serão resolvidos pela Entidade.

Trindade, 21 de março de 2017.

Pe. José Bento de Oliveira
Diretor Presidente