



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
REPOSIÇÃO DE MATERIAL DE ESTOQUE - REMA
 SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE MATERIAIS E PATRIMÔNIO

Grupo	Processo de Compras	
	Número	Folha

DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS A SEREM ONERADAS		REQUISIÇÃO	
V.U. 1,9251		62.572 / 3	
SUBALMOXARIFADO		PRINC.UNID.USUÁRIA	GRUPO/CLASSE
5A SUB-ALMOX. DE PRODUTOS QUIMICOS-FARMACEUTICOS.		SS-1	65 / 31
		ELEM.DESP.	A 09
SALDO FÍSICO/FINANCEIRO	ENTRADA/SAÍDA MÊS	NR.PEÇA/DT.EMIÇÃO	MATERIAL
15.000	24.000		5A.020.04.020/8
RS 7.650,00	9.000	09/07/2020	UNIDADE
			CAPSULA/COMPRIMIDO
			QTE SUGERIDA
			270.000
			PROJEÇÃO CUSTO
			RS 130.761,00
CONS.MÉDIO PONDERADO	FATOR DE COMPRA	ESTOQUE MÍNIMO	REAVALIAÇÃO
35.431	4	141.724	RS 154.014,00

MESANO	ENTRADAS	SAÍDAS	SALDOS	MESANO	ENTRADAS	SAÍDAS	SALDOS
JUL/2019	0	55.605	63.794	JAN/2020	0	21.450	22.305
AGO/2019	85.200	25.212	123.782	FEV/2020	0	18.675	3.630
SET/2019	10.800	21.473	113.109	MAR/2020	1.800	5.430	0
OUT/2019	0	26.748	86.361	ABR/2020	96.000	54.600	41.400
NOV/2019	0	31.542	54.819	MAI/2020	30.000	21.315	50.085
DEZ/2019	8.100	19.164	43.755	JUN/2020	0	50.085	0

AQUISIÇÕES ANTERIORES						
PC / DATA	AF / DATA	QUANTIDADE / PREÇO	VALOR UNITÁRIO	PRAZO ENTREGA	DT.ENCERRAMENTO	
001295/2020	000000/0000	420.000	0,0000			
23/06/2020						
00000						
002800/2019	000915/2020	105.000	0,0000	06/04/2020		
27/12/2019	26/03/2020	R\$ 53.550,00	R\$ 0,5100			
21894	SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA					
	GENÉRICO					
002434/2018	003980/2019	96.000	0,0000	27/01/2020	07/04/2020	
26/10/2018	17/01/2020	R\$ 45.590,40	R\$ 0,4749			
29356	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA.					
	AZITROMICINA 500MG GENERICO					

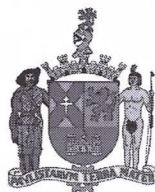
ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL

AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CAPSULA OU COM- PRIMIDO. ACONDICIONADA EM BLISTERS COM, NO MINIMO, 02 E, NO MAXIMO, 03 COMPRIMIDOS OU CAPSULAS, OU BLISTER COM ATE 10 COMPRIMIDOS EM EMBALAGEM FRACIONADA. ** DEVERA CONSTAR NA EMBALAGEM DO PRODUTO, INDIVIDUALMENTE, O NOME, A DATA DE FABRICACAO, A VALIDA- DE DO MESMO E O NUMERO DO LOTE, CONFORME LEGISLA- CAO SANITARIA VIGENTE, LEI NUM. 6.360 DE 23/09/76, COM ENFASE PARA O ARTIGO 57, DECRETO NUM. 79.094 DE 05/01/77, COM ENFASE PARA OS ARTIGOS 94 E 95, E PORTARIA CONJUNTA NUM. 01 DE 17/05/93, DA DIVISAO DE VIGILANCIA SANITARIA DO MINISTERIO DA SAUDE. ** O PRODUTO A SER ENTREGUE DEVERA APRESENTAR VA- LIDADE DE, NO MINIMO, 2/3 DO PRAZO DE VALIDADE TO- TAL, NO ATO DA ENTREGA NA SECAO DE SUPRIMENTOS. ** O FORNECEDOR DEVERA PROCEDER A ENTREGA DO PRO- DUTO ACOMPANHADO DE CERTIFICADO DE ANALISE OU DO- CUMENTO EQUIVALENTE DO LOTE EM RECEBIMENTO, O QUAL DEVERA OBEDECER A CRITERIOS ESTABELECIDOS NAS NOR- MAS INTERNAS PARA INSPECAO DA QUALIDADE DOS MEDI- CAMENTOS FORNECIDOS, CONTIDOS NO ANEXO I. ** OS PRODUTOS A SEREM FORNECIDOS PELAS EMPRESAS VENCEDORAS DA(S) LICITACAO(OES), DEVEM APRESENTAR EM SUAS EMBALAGENS SECUNDARIAS E/OU PRIMARIAS A EXPRESSAO =PROIBIDO A VENDA NO COMERCIO=. A- DECLARAR MARCA. B- NA FASE DE PARECER, A PREFEITURA PODERA SOLICI- TAR A APRESENTACAO DE BULA, QUE DEVERA SER ATENDIDA NO PRAZO MAXIMO DE 05 DIAS UTEIS CONTA DOS A PARTIR DA SOLICITACAO. C- SERAO ANALISADAS AS BULAS QUE, ESTANDO EM DESA- CORDO COM AS ESPECIFICACOES, ENSEJARAO A DES- CLASSIFICACAO DA PROPOSTA/LANCE. DENTRE AS CON- SIDERADAS CLASSIFICADAS, O CRITERIO ADOTADO SE- RA O DE MENOR PRECO. D- DECLARAR O NUMERO DO CERTIFICADO DE REGISTRO OU ISENCAO, JUNTO AO MINISTERIO DE SAUDE, CONFORME CLAUSULA CONTIDA NO EDITAL DE LICITACAO. EM CA- SO DE LICITACAO, JUNTAMENTE COM A PROPOSTA E, EM CASO DE COTACAO ELETRONICA, INFORMAR O NUMERO DE REGISTRO OU A ISENCAO NO CAMPO APROPRIADO.

MARCA DO MATERIAL

OBSERVAÇÃO

O original deste documento é eletrônico e foi assinado digitalmente por GERALDO REPLE SOBRINHO. Para verificar a autenticidade desta cópia impressa, acesse o site <https://prodigi.saobarnardo.sp.gov.br/cpav-portal-externo> e informe o processo PC.001405/2020-15 e o código Q078Y5NK.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

Departamento de Apoio à Gestão

Divisão de Assistência Farmacêutica

MEMORANDO Nº 162/2020 – SS 54

São Bernardo do Campo, 23 de junho de 2020.

Para: SS-6

Assunto: Aquisição emergencial

Senhor Diretor de Departamento,

Frente à pandemia do COVID-19 enfrentada por todo o Brasil e tendo em vista as dificuldades de reabastecimento dos entes desta federação quanto à estoque de medicamentos diversos, tanto para tratamento do novo CORONAVÍRUS quanto demais doenças;

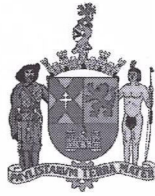
Considerando que as empresas distribuidoras de medicamentos não estão conseguindo cumprir com as entregas a elas confiadas através dos processos de aquisição decorrente à alta demanda e/ou ao aumento dos valores dos medicamentos por parte dos fabricantes, oriundo do aumento de matéria prima e insumos para a fabricação;

Considerando que o medicamento AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO, especificamente, vem sendo utilizado em larga escala como coadjuvante no tratamento de Infecções Secundárias originadas pelo vírus em questão, sendo uma das complicações mais frequentes observadas neste curto período de existência da pandemia;

Considerando que este medicamento vem sendo adquirido pela Prefeitura de São Bernardo do Campo através de Ata de Registro de Preço nº 2800/2019, firmada em fevereiro/2020 com a distribuidora SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA, sob o valor de R\$ 0,51, com vigência até 27/02/2021, a qual possui uma Autorização de Fornecimento pendente de 105.000 cp nº 915/2020 em março/2020, a qual realizou entrega parcial de 30.000 cp em 11/05/2020, restando um saldo de 75.000, não liquidado até o momento;

Considerando que a empresa citada acima não possui previsão de regularização do medicamento e solicitou cancelamento da ata em 22/06/2020, conforme cópia em anexo, solicitamos abertura de uma nova ata de Registro de Preço nesta mesma data (22/06/2020), porém a previsão de conclusão é de, aproximadamente, 90 dias, tempo este insuficiente para abastecimento das unidades de saúde com o estoque existente.

Considerando que o estoque de todas as unidades de saúde é de 45.000 cp e que no atual mês (junho) foi consumido um total de 38.000 cp, até a presente data. Com isso o quantitativo existente em nossos estoques hoje é suficiente para atendimento da população por mais, aproximadamente, 30 dias.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

Departamento de Apoio à Gestão

Divisão de Assistência Farmacêutica

Diante de todo o exposto acima, e tendo em vista que o medicamento em questão é um antibiótico, usado como terapia adjuvante para cobertura antibacteriana e possíveis efeitos imunomoduladores e anti-inflamatórios no tratamento das infecções virais do trato respiratório e de outras patologias respiratórias como bronquiolite, fibrose cística, DPOC e SDRA, com baixo custo para a administração pública quando comparado à outras terapias, **solicito vossa avaliação quanto à aquisição de um quantitativo emergencial de 80.000 comprimidos**, até que a nova licitação se encerre, a fim de evitarmos a ruptura no fornecimento deste medicamento aos pacientes que o necessitarem, por desabastecimento das unidades de saúde.

Segue abaixo algumas referências de trabalhos a respeito da utilização da azitromicina para tratamento de COVID-19:

1. Rosenberg ES et al. Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with COVID-19 in New York State. JAMA 2020 May 11
2. Gautret P, Lagier JC, Parola P, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International journal of antimicrobial agents. 2020:105949.
3. Mercurio NJ, Yen CF, Shim DJ, et al. Risk of QT Interval Prolongation Associated With Use of Hydroxychloroquine With or Without Concomitant Azithromycin Among Hospitalized Patients Testing Positive for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiol. 2020.
4. Million M, et al. Early treatment of COVID-19 patients with hydroxychloroquine and azithromycin: A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France. Travel Med Infect Dis. 2020.
5. Lane J, Weaver J, Kostka K, et al. Safety of hydroxychloroquine, alone and in combination with azithromycin, in light of rapid wide-spread use for COVID-19: a multinational, network cohort and self-controlled case series study. medRxiv. 2020.
6. Gautret P, Lagier JC, Parola P, et al. Clinical and microbiological effect of a combination of hydroxychloroquine and azithromycin in 80 COVID-19 patients with at least a six-day follow up: A pilot observational study. Travel Med Infect Dis. 2020:101663.
7. Molina JM, Delaugerre C, Le Goff J, et al. No evidence of rapid antiviral clearance or clinical benefit with the combination of hydroxychloroquine and azithromycin in patients with severe COVID-19 infection. Medecine et maladies infectieuses. 2020.
8. Chorin E, Dai M, Shulman E, et al. The QT Interval in Patients with SARS-CoV-2 Infection Treated with Hydroxychloroquine/Azithromycin. medRxiv. 2020;2020.

Atenciosamente


Lisley de Souza Oliveira

Diretora de Divisão de Assistência Farmacêutica

LSO

Para 55.62
Atc de Alex

Para providências.

55.6, 30/06/2020

DAMIANO AMARAL DA SILVA
Diretor do Departamento de
Administração da Saúde

RECEBIDO EM
25/06/2020
14:00
Mara



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

Rua Joao Pessoa 59 – Centro – São Bernardo do Campo – tel (11) 2630-6269

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

Especificações Técnicas dos Itens e suas Quantidades

I – OBJETO:			
Fornecimento de AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CÁPSULA OU COMPRIMIDO, ACONDICIONADA EM BLÍSTER COM NO MÍNIMO 02 E NO MÁXIMO 03 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS, OU BLÍSTER COM ATÉ 10 COMPRIMIDOS EM EMBALAGEM FRACIONADA (5A.020.04.020/8), para o enfrentamento da pandemia Covid-19, destinados ao atendimento dos pacientes da rede municipal de saúde do São Bernardo do Campo, em consonância com o Decreto Municipal nº 21.111, de 16 de março de 2020, o qual determina o estado de emergência por no máximo 180 (cento e oitenta) dias e dá outras providências			
Estimativa de Preço unitário: R\$ 1,93		Estimativa total: R\$154.014,00	
Item	Quant.	Unid.	Fonte de Recurso
01	80.000	CÁPSULA OU COMPRIMIDO	RECURSO SSAÇÕES
AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CÁPSULA OU COMPRIMIDO			
AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CÁPSULA OU COMPRIMIDO, ACONDICIONADA EM BLÍSTER COM NO MÍNIMO 02 E NO MÁXIMO 03 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS, OU BLÍSTER COM ATÉ 10 COMPRIMIDOS EM EMBALAGEM FRACIONADA (5A.020.04.020/8) ** Deverá constar na embalagem do produto, individualmente, o nome, a data de fabricação, a validade do mesmo e o número do lote, conforme legislação sanitária vigente, lei num. 6.360 de 23/09/76, com ênfase para o artigo 57, decreto num. 79.094 de 05/01/77, com ênfase para os artigos 94 e 95, e portaria conjunta num. 01 de 17/05/93, da divisão de vigilância sanitária do ministério da saúde. ** o fornecedor devera proceder a entrega do produto acompanhado de certificado de analise ou documento equivalente do lote em recebimento, o qual devera obedecer a critérios estabelecidos nas normas internas para inspeção da qualidade dos medicamentos fornecidos ** os produtos a serem fornecidos pela empresa vencedora, devem apresentar em suas embalagens secundarias e/ou primarias a expressão "proibido a venda no comercio".			
II – EMBALAGEM			
2.1 Os produtos deverão ser acondicionados de acordo com a praxe do fabricante, garantindo sua integridade durante o transporte e armazenamento até o uso. Rotulados conforme a legislação em vigor.			
III – DA ENTREGA			
3.1 Prazo de Entrega: Até 05 (cinco) dias corridos a contar da data do recebimento da Autorização de Fornecimento - AF. Os prazos deverão ser rigorosamente respeitados.			
3.2. Local de Entrega: ALMOXARIFADO CENTRAL Av. Senador Vergueiro, 1751 - SBC - DIVISAO DE MATERIAIS - HORARIO RECEB: 8:00 AS 11:00 E DAS 13:00 AS 16:00 Contato: Juliana Helena Peixoto – 11 2630 – 6183 – juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br			
IV – DO PAGAMENTO			
4.1 – O pagamento será efetuado no prazo de 15 (quinze) dias fora a quinzena, mediante a apresentação dos documentos fiscais legalmente exigíveis e contados da data de atestação do recebimento do material e/ou da prestação dos serviços.			

SS-6, em 08 de julho de 2020.

JULIANA HELENA PEIXOTO

SS.62– Divisão de Administração de Bens, Serviços e Pessoal

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 10:29
Para: 'felipe@nunesfarma.com.br'; 'licitacao1@pontamed.com.br';
'documentacao@principalmed.com.br'; 'licitacao@profarmaspecialty.com.br'; 'Licitacao
Promefarma'; 'adm@remediofacildrogaria.com.br'; 'fabio.julio@repress.com.br';
'licitacoes@sanimedicamentos.com.br'; 'centralhospitalar.sp@servimed.com.br';
'elza.silva@sunpharma.com'; 'licita02@supermed.net.br'; 'licitacao05@supermedica.com.br';
'vendas02@topmed.com.br'; 'licitacoes@valinpharma.com.br'; 'paulo@vitalhospitalar.com.br';
'licitacao@volpidistribuidora.com.br'; 'leandro@werbran.com.br'
Assunto: solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Bom dia!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 10:18
Para: 'valmir.lima@furp.sp.gov.br'; 'licitacoes@eticaph.com.br'; 'rodrigo@farmaconn.com.br'; 'faleconosco@funed.mg.gov.br'; 'licitacao@grupocdm.com.br'; 'gabriela.souza@hypermarcas.com.br'; 'hypofarma@samourad.com.br'; 'sac@lafepe.pe.gov.br'; 'sac@lfm.mar.mil.br'; 'fabio.lins@licimed.com.br'; 'daniela.coutinho@medcenterltda.com.br'; 'luciana@medcomerce.com.br'; 'licitacao@medcorpnet.com.br'; 'rogerio@medicallfarma.com'; 'licitacoes@medihouse.com.br'; 'licitacao01@medilarrs.com.br'
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Bom dia!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 10:07
Para: 'thais@agille.med.br'; 'luiz.ahosp@terra.com.br'; 'alphamed@alphamedbr.com.br'; 'alpharad@alpharad.com.br'; 'licitacoes6@altermed.com.br'; 'atendimento.so@arpmed.com.br'; 'sac@artvita.com.br'; 'vendashosp@bennamed.com.br'; 'licitacoes@braile.com.br'; 'rafaela.almeida@brasilmedcorp.com'; 'comercial@buteri.com.br'; 'cirurgicaolimpio@terra.com.br'; 'cirurgicaaries@gmail.com'; 'licitacao@cirurgicabramed.com.br'; 'cirurgicaeldorado@yahoo.com.br'; 'licitacoes@cirurgicasantacruz.com.br'; 'alexandre@cirurgicasaofelipe.com.br'; 'solange@collectpharm.com.br'; 'comercial@3albe.com.br'; 'comercial@concorddistribuidora.com.br'; 'farmaceutico@conquistamedicamentos.com.br'; 'televentas07@crystalmed.com.br'; 'gicelasorti@dhosp.com.br'
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Bom dia!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:58
Para: 'eder.leandrini@sanofi.com'; 'luciana.feliciano@rambaxy.com'; 'luis.poletti@ems.com.br'
Assunto: solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:54
Para: 'solumedmg@gmail.com'; 'vixmedicamentos@gmail.com'; 'paulo@vitalhospitalar.com.br'; 'licitacao@ache.com.br'; 'licitacao@laboratoriobergamo.com.br'; 'hospitalar@multilab.com.br'; 'roberta.sortes@sandoz.com'; 'licitacao@wyeth.com'
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:43
Para: 'licitacao@callmedce.com.br'; 'licitaadera@gmail.com'; 'farma2saude@gmail.com'; 'licitacao3@futuramedicamentos.com.br'; 'empenho@grupoelfa.com.br'; 'erica@hospfar.com.br'; 'licitacao.brasil@grifols.com'; 'licitacao@oncoprod.com.br'; 'Samile Thaís Rosset'; 'elcio@interlab.com.br'; 'jrtellini2@gmail.com'; 'Selma - Lumar (Vendas)'; 'licitacaomedlive@medlive.com.br'; 'cnunez@medlive.com.br'; 'licitacaomanufarma@gmail.com'; 'licitacao@multifarma.com.br'; 'Andreika Hastenreiter - Multifarma'; 'pregao@marcofarma.com.br'; 'fatura@marcofarma.com.br'; 'manzatosf@gmail.com'; 'Daniela Germano'; 'leonardo@partner.com.br'; 'celia@redeportal.com.br'; 'licitacoes@oncoprod.com.br'; 'eletronico@qualitymedicals.com.br'; 'adm@remediofacildrogaria.com.br'
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:32
Para: 'licita04@aangai.com.br'; 'licita04@agilmedicamentos.com.br'; 'fabiano@anbioton.com'; 'paulo.almeida@anbioton.com'; 'jessica.faturamento@atons.com.br'; 'Leandro.gomes@atons.com.br'; 'pedidos@aglon.com.br'; 'faturamento@aglon.com.br'; 'wanessa@ativahosp.com.br'; 'sac@ativahosp.com.br'; 'sac@bhfarma.com.br'; 'airmed@portalairmed.com.br'; 'consultora.marcella@crimed.com.br'; 'Danielle - Licitação - Crimed'; 'Rafaela Arruda'; 'licitacao.baixada@dupatri.com'; 'Tayane Luiz | Dupatri Hospitalar'; 'leila.fernandes@dakfilm.com'; 'faturamento@dimaster.com.br'; 'pedidos@drogafonte.com.br'; 'julia@cirurgicasaojose.com.br'; 'licitacao@costacamargo.com.br'; 'ciamed@ciamedrs.com.br'; 'licitacao01@capromed.com.br'; 'licitacoes@mafrahospitalar.com.br'
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:20
Para: 'licitacao.faturamento@grupocimed.com.br'; 'felipe.souza@grupocimed.com.br'; 'Marcieli Aparecida Centenaro'; 'Tallita Americo Verri'; 'Marcieli Aparecida Centenaro'; 'Maria Terezinha'; 'Michelle Rufino Pereira de Moraes'; 'Ivanete Soares Previatello'; 'semk01@hipolabor.com.br'; 'licitacoes@hipolabor.com.br'; 'ANSELMO FERLINI'; 'fabio.geraldi@merckgroup.com'; 'edilson.prieto@eurofarma.com.br'
Assunto: Solicitação de orçamento para dispensa de licitação
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO



TERMO DE REFERÊNCIA PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

OBSÉQUIO ENVIAR PROPOSTA NO PRAZO MÁXIMO DE 02 (DOIS) DIAS ÚTEIS, DOS ITENS RELACIONADOS ABAIXO, A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTES, PARA O E-MAIL juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br, CONSTANDO:

- Preço unitário por item (máximo tabela CMED PF 18%), e preço total, com tributos e frete inclusos;
- Marca / fabricante dos produtos oferecidos;
- Número de registro dos produtos juntos à ANVISA com 13 dígitos;
- Validade do item no mínimo de 1 ano e meio a contar da data de sua entrega na sessão de suprimentos;
- Informar a apresentação da embalagem dos medicamentos/materiais;
- Condições de pagamento: 15 DFQ (QUINZE DIAS FORA A QUINZENA);
- Prazo de entrega (de no máximo 05 (cinco) dias corridos, a contar do recebimento da autorização de fornecimento).
- Validade da proposta (DE NO MÍNIMO 90 DIAS);
- Declarar faturamento mínimo;
- A proposta deve conter os dados cadastrais da empresa em papel timbrado;
- No caso de empate as empresas deverão apresentar nova proposta no prazo máximo de um dia a contar da data de comunicação desta secretaria;

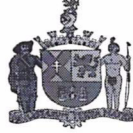
ITEM	UNIDADE	QUANT.	DESCRIÇÃO
1	CÁPSULA/COMPRIMIDO	80.000	AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CAPSULA OU COMPRIMIDO ACONDICIONADA EM BLISTERS COM, NO MINIMO, 02 E, NO MAXIMO, 03 COMPRIMIDOS OU CAPSULAS OU BLÍSTER COM ATÉ 10 COMPRIMIDOS EM EMBALAGEM FRACIONADA

** Deverá constar na embalagem do produto, individualmente, o nome, a data de fabricação, a validade do mesmo e o número do lote, conforme legislação sanitária vigente, lei num. 6.360 de 23/09/76, com ênfase para o artigo 57, decreto num. 79.094 de 05/01/77, com ênfase para os artigos 94 e 95, e portaria conjunta num. 01 de 17/05/93, da divisão de vigilância sanitária do ministério da saúde. ** o fornecedor devesa proceder a entrega do produto acompanhado de certificado de análise ou documento equivalente do lote em recebimento, o qual devesa obedecer a critérios estabelecidos nas normas internas para inspeção da qualidade dos medicamentos fornecidos ** os produtos a serem fornecidos pelas empresas vencedoras da (s) licitação (os), devem apresentar em suas embalagens secundarias e/ou primarias a expressão "proibido a venda no comercio".

Das condições gerais:

- 1 - Do recebimento/cancelamento da autorização de fornecimento (AF):


MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO



- 1.1 - A(s) autorização(ões) de fornecimento(af) será(ão) encaminhada(s) através de e-mail ou, na falta deste, através de fax, constantes no cadastro de fornecedores desta Prefeitura, cabendo as empresas manterem os dados cadastrais (telefone, fax, e-mail, etc) devidamente atualizados, sob sua exclusiva responsabilidade;
- 1.2 - Salvo motivo de força maior, plenamente justificado a autorização de fornecimento (AF) poderá ser cancelada, a juízo do município de São Bernardo do Campo, nos seguintes casos:
- 1.2.1 - Recusa da adjudicatária, sem a devida justificativa em aceitar a autorização de fornecimento (AF).
- 1.2.2 - Inadimplência parcial ou total das condições estabelecidas na autorização de fornecimento (AF).
- 2 - Das penalidades:
- 2.1 - A contratada estará sujeita as seguintes penalidades:
- a - multa de 20% (vinte por cento) do valor estimado do fornecimento, na recusa da adjudicatária em receber a autorização de fornecimento;
- b - multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor adjudicado, por inexecução total do fornecimento;
- c - multa de 10% (dez por cento) por inexecução parcial do contrato, sobre a parcela inexecutada, podendo o município autorizar a continuação do mesmo;
- d - multa de 10% (dez por cento) do valor do faturamento do mês em que ocorrer a infração, se o produto/serviço apresentado for de má qualidade ou em desacordo com as especificações propostas e aceitas pela Municipalidade;
- e - multa de 1% (um por cento) por dia de atraso na entrega/execução do material/serviço, até o limite de 10% do valor do faturamento, podendo ser considerado rescindido o contrato após este prazo.
- f - multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do documento fiscal apresentado para fins de pagamento, caso a contratada não entregar toda a documentação fiscal, comprovando a regularidade fiscal e trabalhista.
- 2.1.1 – As multas são independentes entre si. A aplicação de uma não exclui a das outras, bem como a das demais penalidades previstas em lei.
- 2.1.2 - O valor relativo a(s) multa(s) eventualmente(s) aplicada(s) será(ão) deduzida(s) de pagamentos que o município efetuar, mediante a emissão da Guia de arrecadação municipal (GAM). Se não efetuado o pagamento, será o valor inscrito na dívida ativa para cobrança judicial.
- 2.1.3 - A contratada estará sujeita ainda as penalidades previstas nos artigos 86 a 88 da lei federal n. 8666/93 e alterações.


São Bernardo do Campo 30 de junho de 2020.

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa

	FOLHA DE INFORMAÇÃO			Processo			Rubrica
				Número	Exercício	Folha	
	1405	2020					


EMPRESAS COTADAS

1. ACHE;
2. AGILDISTRIBUIDORA;
3. AGILLE;
4. AHOSP;
5. AIRMED EIRELI;
6. ALPHAMED;
7. ALPHARAD;
8. ALTERMED;
9. ANBIOTON;
10. ANGAI;
11. ARPMED;
12. ARTVITA;
13. ATIVAHOSP;
14. ATONS;
15. BENNAMED;
16. BHFARMA;
17. BRAILE;
18. BRASILMEDCORP;
19. BUTERI;
20. CALLMEDHOSPITALAR;
21. CAPROMED;
22. CIAMEDRS;
23. CIROLIMPIO;
24. CIRURGICAARIES;
25. CIRURGICABRAMED;
26. CIRURGICAELDORADO;
27. CIRURGICAMAFRA;
28. CIRURGICASANTACRUZ;
29. CIRURGICASAOFELIPE;
30. CIRURGICASAOJOSE;
31. COLLECTPHARM;
32. COMERCIAL3ALBE;
33. CONCORDDISTRIBUIDORA;
34. CONQUISTAMEDICAMENTOS;
35. COSTACAMARGO;
36. CRISMED.;
37. CRISTALMED;
38. DAKFILM;
39. DHOSP;
40. DIMASTER;
41. DROGAFONTE;
42. DUPATRI;
43. EDERA

	FOLHA DE INFORMAÇÃO			Processo			Rubrica
				Número	Exercício	Folha	
	1405	2020					

EMPRESAS COTADAS

44. ETICAPH;
45. EUROFARMA;
46. FARMA2
47. FARMACONN;
48. FUNED;
49. FURP
50. FUTURAMEDICAMENTOS;
51. GEOLAB
52. GRIFOLS;
53. GRUPOCDM;
54. GRUPOCIMED;
55. GRUPOELFA;
56. HIPOLABOR;
57. HOSPFAR.;
58. HOSPLOG;
59. HYPERMARCAS;
60. HYPOFARMA;
61. INDMED;
62. INOVAMED;
63. INTERLAB;
64. LABORATORIOBERGAMO;
65. LAFEPE;
66. LFM
67. LICIMED;
68. LUMAR;
69. MANUFARMA;
70. MANZATOSF;
71. MARCOFARMA;
72. MEDCENTERLTDA;
73. MEDCOMERCE;
74. MEDCORPNET;
75. MEDICALLFARMA;
76. MEDIHOUSE;
77. MEDILARRS;
78. MEDSI
79. MERCKGROUP;
80. MULTIFARMA;
81. MULTILAB;
82. NDSDISTRIBUIDORA;
83. NUNESFARMA;
84. ONCOPROD;
85. PARTNER
86. PONTAMED

	FOLHA DE INFORMAÇÃO			Processo			Rubrica
				Número	Exercício	Folha	
	1405	2020					

EMPRESAS COTADAS

87. PRATIDONADUZZI;
88. PRINCIPALMED;
89. PROFARMASPECIALTY;
90. PROMEFARMA;
91. QUALITY;
92. REDEPORTAL;
93. REMEDIOFACILDROGARIA;
94. REPRESS;
95. RIOCLARENSE;
96. SANDOZ;
97. SANIMEDICAMENTOS;
98. SANOFI;
99. SERVIMED;
100. SOLUMEDMG;
101. SUNPHARMA;
102. SUPERMED;
103. SUPERMEDICA;
104. TEUTO;
105. TOP.MED;
106. UNIAOQUIMICA;
107. VALINPHARMA;
108. VITALHOSPITALAR;
109. VIXMEDICAMENTOS;
110. VOLPIDISTRIBUIDORA;
111. WERBRAN;
112. WYETH;

Juliana

De: Ivanete Soares Previatello <ipreviatello@uniaoquimica.com.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:25
Para: Juliana
Assunto: RE: Solicitação de orçamento para dispensa de licitação

Boa Tarde Juliana!

Infelizmente não trabalhamos com o item.

Atenciosamente

Ivanete Previatello
Representante Vendedor Hospitalar
Força de Vendas - Hospitalar
Tel. +55 (11) 96445-2751 (11) 99394-1847
Email: ipreviatello@uniaoquimica.com.br

----- Mensagem original -----

De : Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>
Data: 30/06/2020 16:20 (GMT-03:00)
Para: licitacao.faturamento@grupocimed.com.br, felipe.souza@grupocimed.com.br, 'Marcieli Aparecida Centenaro' <marcieli.centenaro@pratidonaduzzi.com.br>, 'Tallita Americo Verri' <tallita.verri@pratidonaduzzi.com.br>, 'Marcieli Aparecida Centenaro' <marcieli.centenaro@pratidonaduzzi.com.br>, 'Maria Terezinha' <consultor.sp@pratidonaduzzi.com.br>, Michelle Rufino Pereira de Moraes <mrmoraes@uniaoquimica.com.br>, Ivanete Soares Previatello <ipreviatello@uniaoquimica.com.br>, semk01@hipolabor.com.br, licitacoes@hipolabor.com.br, 'ANSELMO FERLINI' <anselmo.ferlini@teuto.com.br>, fabio.geraldi@merckgroup.com, edilson.prieto@eurofarma.com.br
Assunto: Solicitação de orçamento para dispensa de licitação

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Rafaela Arruda <rafaela.arruda@rioclarense.com.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:40
Para: Juliana
Assunto: Re: Solicitação de orçamento para compra direta

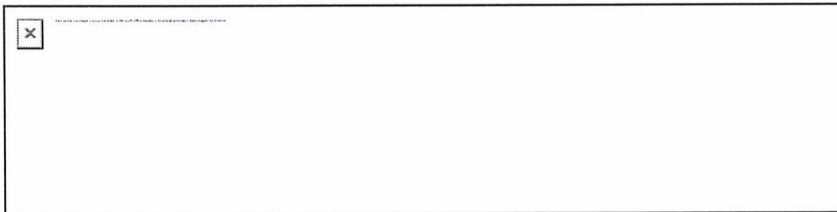
Boa tarde.

Agradecemos a cotação, mas não temos o produto solicitado.

Qualquer dúvida por gentileza entrar em contato.

Uma ótima tarde.

Atenciosamente,



Rafaela S. Corbanez de Arruda

Teleprefeitura

Tel/Fax: (19) 3522-5800

E-mail: rafaela.arruda@rioclarense.com.br

www.rioclarense.com.br

Confira as novidades da Rioclarense: facebook.com/rioclarense

Em ter., 30 de jun. de 2020 às 16:31, Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br> escreveu:

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana

De: Daniela Germano <daniela@medsibrasil.com.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 17:04
Para: 'Juliana'
Assunto: RES: Solicitação de orçamento para compra direta

Olá boa tarde!
Infelizmente não temos o item.

Att,

Daniela Germano
Diretora Administrativa

Medsi Distribuidora de Medicamentos LTDA
CNPJ 30.754.325/0001-20

daniela@medsibrasil.com.br – **Fone: (15) 3228-6707**

AV. Rudolf Dafferner, 400 Ed. Nova York BL03 sala 106 – Praça Maior – Sorocaba/SP



De: Juliana [mailto:juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br]
Enviada em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:43
Para: licitacao@callmedce.com.br; licitaedera@gmail.com; farma2saude@gmail.com;
licitacao3@futuramedicamentos.com.br; empenho@grupoelfa.com.br; erica@hospfar.com.br;
licitacao.brasil@grifols.com; licitacao@oncoprod.com.br; 'Samile Thaís Rosset' <vendas05@inovamed-rs.com.br>;
elcio@interlab.com.br; jrtellini2@gmail.com; 'Selma - Lumar (Vendas)' <televendas2@lumarfranca.com.br>;
licitacaomedlive@medlive.com.br; cnunez@medlive.com.br; licitacaomanufarma@gmail.com;
licitacao@multifarma.com.br; 'Andreika Hastenreiter - Multifarma' <licitacao6@multifarma.com.br>;
pregao@marcofarma.com.br; fatura@marcofarma.com.br; manzatosf@gmail.com; 'Daniela Germano'
<daniela@medsibrasil.com.br>; leonardo@partner.com.br; celia@redeportal.com.br; licitacoes@oncoprod.com.br;
eletronico@qualitymedicalsp.com.br; adm@remediofacildrogaria.com.br
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: Selma - Lumar (Vendas) <televendas2@lumarfranca.com.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 17:06
Para: Juliana
Assunto: Re: Solicitação de orçamento para compra direta

BOA TARDE!

NÃO COTAMOS O ITEM SOLICITADO.

Atenciosamente.

Selma-Vendas

Lumar Distribuidora de Medicamentos e Materiais Hospitalares/Vendas

Email/Skype: televendas2@lumarfranca.com.br

Whatsapp: (16) 99198 6613 - (16) 3721 1102



Em 30/06/2020 16:42, Juliana escreveu:

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto

Coordenadora Administrativa – RE 2879

Juliana

De: Cesar Neumann | Medlive <cneumann@medlive.com.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 17:11
Para: 'Juliana'
Cc: pgervasoni@medlive.com.br
Assunto: RES: Solicitação de orçamento para compra direta

Prioridade: Alta

Juliana, boa tarde,

Tenho o produto em estoque, entretanto, algumas condições não consigo atender.

A primeira seria o prazo de validade da proposta. Não posso segurar o produto por mais de 7 dias, ou seja, colocaria essa validade de proposta.

A embalagem do produto que tenho em estoque é com 150 comprimidos, entretanto, o blister é fracionável (delimitado por picote, com data matrix em cada comprimido).

Caso de acordo com essas duas questões, podemos enviar proposta.

Grande abraço!



César Augusto Neumann
Licitações | Gerente de Mercado Público
(51) 3718.7600 | cneumann@medlive.com.br
Canal de Denúncias: etica@medlive.com.br
Medilar Imp. e Dist. de Prod.
Médico-Hospitalares S/A
medlive.com.br



Esta mensagem contém informações confidenciais e destinadas exclusivamente ao uso do(s) destinatário(s) indicado(s). Também pode ser legalmente privilegiada e protegida. Se você não for o destinatário pretendido, é estritamente proibida qualquer distribuição, divulgação, cópia ou outro uso desta mensagem, seu conteúdo e quaisquer anexos. Se você recebeu esta mensagem por engano, notifique o remetente imediatamente e exclua a mensagem e todos os anexos do seu sistema.

This message contains information that is confidential and intended solely for the use of the stated addressee(s). It may also be legally privileged. If you are not the intended recipient any distribution, disclosure, copying or other use of this message, its contents and any attachments is strictly prohibited. If you have received this message in error, please notify the sender immediately and then delete the message and any attachments from your system.

De: Juliana [<mailto:juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>]
Enviada em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:43
Para: licitacao@callmedce.com.br; licitaadera@gmail.com; farma2saude@gmail.com;
licitacao3@futuramedicamentos.com.br; empenho@grupoelfa.com.br; erica@hospfar.com.br;
licitacao.brasil@grifols.com; licitacao@oncoprod.com.br; 'Samile Thaís Rosset' <vendas05@inovamed-rs.com.br>;
elcio@interlab.com.br; jrtellini2@gmail.com; 'Selma - Lumar (Vendas)' <televendas2@lumarfranca.com.br>;
licitacaomedlive@medlive.com.br; cnunez@medlive.com.br; licitacaomanufarma@gmail.com;
licitacao@multifarma.com.br; 'Andreika Hastenreiter - Multifarma' <licitacao6@multifarma.com.br>;
pregao@marcofarma.com.br; fatura@marcofarma.com.br; manzatosf@gmail.com; 'Daniela Germano'
<daniela@medsibrasil.com.br>; leonardo@partner.com.br; celia@redeportal.com.br; licitacoes@oncoprod.com.br;
eletronico@qualitymedicalsp.com.br; adm@remediofacil drogaria.com.br
Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta

Boa tarde!

Juliana

De: Amanda Rodrigues - Multifarma <licitacao8@multifarma.com.br>
Enviado em: terça-feira, 30 de junho de 2020 17:44
Para: juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Assunto: Re: Solicitação de orçamento para compra direta

Juliana, boa tarde!

Agradecemos a cotação, mas a nossa Azitromicina o blister é com 10 comprimidos.

Ficamos à disposição.



Amanda Andrade
Analista de Licitação

Telefone: (31) 2522-8170
Rua Três, 283 - Parque norte
Vespasiano, MG
e-mail: licitacao8@multifarma.com.br

----- Mensagem encaminhada -----

Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta

Data: Tue, 30 Jun 2020 16:42:33 -0300

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>

Para: licitacao@callmedce.com.br, licitaeder@gmail.com, farma2saude@gmail.com,
licitacao3@futuramedicamentos.com.br, empenho@grupoelfa.com.br, erica@hospfar.com.br,
licitacao.brasil@grifols.com, licitacao@oncoprod.com.br, 'Samile Thaís Rosset' <vendas05@inovamed-rs.com.br>, elcio@interlab.com.br, jrtellini2@gmail.com, 'Selma - Lumar (Vendas)'
<televendas2@lumarfranca.com.br>, licitacaomedlive@medlive.com.br, cnunez@medlive.com.br,
licitacaomanufarma@gmail.com, licitacao@multifarma.com.br, 'Andreika Hastenreiter - Multifarma'
<licitacao6@multifarma.com.br>, pregao@marcofarma.com.br, fatura@marcofarma.com.br,
manzatosf@gmail.com, 'Daniela Germano' <daniela@medsibrasil.com.br>, leonardo@partner.com.br,
celia@redeportal.com.br, licitacoes@oncoprod.com.br, eletronico@qualitymedicalsp.com.br,
adm@remediofacildrogaria.com.br

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br

Juliana

De: leila.fernandes@dakfilm.com
Enviado em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 09:01
Para: Juliana
Assunto: RES: Solicitação de orçamento para compra direta

Bom dia.

Não dispomos do item solicitado.

Atenciosamente,

LEILA FERNANDES
ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS / LICITAÇÕES

leila.fernandes@dakfilm.com

11- 3857 8766 – Ramal 4134



Leila Fernandes
Tel.: (11) 3857.8766
leila.fernandes@dakfilm.com
www.dakfilm.com

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>

Enviada em: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:32

Para: licita04@aangai.com.br; licita04@agilmedicamentos.com.br; fabiano@anbioton.com; paulo.almeida@anbioton.com; jessica.faturamento@atons.com.br; Leandro.gomes@atons.com.br; pedidos@aglon.com.br; faturamento@aglon.com.br; wanessa@ativahosp.com.br; sac@ativahosp.com.br; sac@bhfarma.com.br; airmed@portalairmed.com.br; consultora.marcella@crismed.com.br; 'Danielle - Licitação - Crismed' <licitacao.danielle@crismed.com.br>; 'Rafaela Arruda' <rafaela.arruda@rioclarense.com.br>; licitacao.baixada@dupatri.com; 'Tayane Luiz | Dupatri Hospitalar' <faturamento3@dupatri.com>; leila.fernandes@dakfilm.com; faturamento@dimaster.com.br; pedidos@drogafonte.com.br; julia@cirurgicasaojose.com.br; licitacao@costacamargo.com.br; ciamed@ciamedrs.com.br; licitacao01@capromed.com.br; licitacoes@mafrahospitalar.com.br

Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto

Coordenadora Administrativa – RE 2879

juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br

Tel: (11) 2630-6183

Juliana

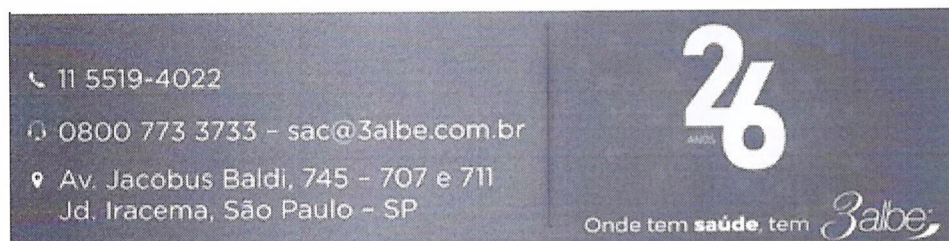
De: comercial@3albe.com.br
Enviado em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 11:29
Para: 'Juliana'
Assunto: RES: Solicitação de orçamento para compra direta

Bom Dia, Juliana
Agradecemos a consulta, informo que não trabalhamos com o item solicitado.

Qualquer dúvida estou à disposição.

Atenciosamente,

Alberto Miranda
Licitações
comercial@3albe.com.br



De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>

Enviada em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 10:07

Para: thais@agille.med.br; luiz.ahosp@terra.com.br; alphamed@alphamedbr.com.br; alpharad@alpharad.com.br; licitacoes6@altermed.com.br; atendimento.so@arpm.com.br; sac@artvita.com.br; vendashosp@bennamed.com.br; licitacoes@braile.com.br; rafaela.almeida@brasilmedcorp.com; comercial@buteri.com.br; cirurgicaolimpio@terra.com.br; cirurgicaaries@gmail.com; licitacao@cirurgicabramed.com.br; cirurgicaeldorado@yahoo.com.br; licitacoes@cirurgicasantacruz.com.br; alexandre@cirurgicasaofelipe.com.br; solange@collectpharm.com.br; comercial@3albe.com.br; comercial@concorddistribuidora.com.br; farmaceutico@conquistamedicamentos.com.br; televendas07@crystalmed.com.br; gicelasorti@dhosp.com.br

Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta

Bom dia!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

Solicitamos retorno no prazo máximo de 01 (um) dia útil contados do recebimento deste.

Atenciosamente;

Juliana Helena Peixoto
Coordenadora Administrativa – RE 2879
juliana-peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Tel: (11) 2630-6183

Juliana

De: PONTAMED - Vendas <vendas9@pontamed.com.br>
Enviado em: quarta-feira, 1 de julho de 2020 15:40
Para: juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br
Assunto: RE: solicitação de orçamento para compra direta

Boa tarde!

Infelizmente esse item não está disponível em estoque no momento.

Renan Gustavo Xavier

DEPARTAMENTO DE VENDAS
(42) 2101-5151 / 5174
(42) 99116-8500
vendas9@pontamed.com.br



De: PONTAMED - Rodrigo <rodrigo@pontamed.com.br>
Enviado: quarta-feira, 1 de julho de 2020 13:21
Para: PONTAMED - Vendas <vendas9@pontamed.com.br>
Assunto: ENC: solicitação de orçamento para compra direta

Att,

Rodrigo Milleo
Departamento de Vendas
☎ (42) 2101-5177 / 5190
☎ (42) 99116-8500 **Whats App**
SKYPE: pontamed.vendas3

✉ rodrigo@pontamed.com.br



De: PONTAMED - Paulo <licitacao1@pontamed.com.br>
Enviado: quarta-feira, 1 de julho de 2020 11:52
Para: PONTAMED - Rodrigo <rodrigo@pontamed.com.br>
Assunto: ENC: solicitação de orçamento para compra direta

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES
PAULO ALMEIDA
Fone: (042) 2101-5151

Juliana

De: Mariane S. Brasileiro <mariane.brasileiro@mafrahospitalar.com.br>
Enviado em: quinta-feira, 2 de julho de 2020 13:36
Para: Juliana
Cc: Elisangela Oliveira Rodrigues dos Santos
Assunto: RE: Solicitação de orçamento para compra direta

Bom dia,

Agradecemos, mas no momento não dispomos dos produtos em saldo para atendermos essa demanda.

Fico a disposição;
Atenciosamente.

MARIANE BRASILEIRO
LICITAÇÕES

(16) 2101.9401 R 9496

Mariane.brasileiro@mafrahospitalar.com.br

www.mafrahospitalar.com.br

MAFRA[®]
HOSPITALAR

Uma empresa do Gr

Canal de Ética Grupo Mafra: 0800 721 9152 | eticagrupomafra@deloitte.com | www

De: Juliana <juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br>

Enviado: terça-feira, 30 de junho de 2020 16:31

Para: licita04@aangai.com.br <licita04@aangai.com.br>; licita04@agilmedicamentos.com.br <licita04@agilmedicamentos.com.br>; fabiano@anbioton.com <fabiano@anbioton.com>; paulo.almeida@anbioton.com <paulo.almeida@anbioton.com>; jessica.faturamento@atons.com.br <jessica.faturamento@atons.com.br>; Leandro.gomes@atons.com.br <Leandro.gomes@atons.com.br>; pedidos@aglon.com.br <pedidos@aglon.com.br>; faturamento@aglon.com.br <faturamento@aglon.com.br>; wanessa@ativahosp.com.br <wanessa@ativahosp.com.br>; sac@ativahosp.com.br <sac@ativahosp.com.br>; sac@bhfarma.com.br <sac@bhfarma.com.br>; airmed@portalairmed.com.br <airmed@portalairmed.com.br>; consultora.marcella@crismed.com.br <consultora.marcella@crismed.com.br>; 'Danielle - Licitação - Crismed' <licitacao.danielle@crismed.com.br>; 'Rafaela Arruda' <rafaela.arruda@rioclarense.com.br>; licitacao.baixada@dupatri.com <licitacao.baixada@dupatri.com>; 'Tayane Luiz | Dupatri Hospitalar' <faturamento3@dupatri.com>; leila.fernandes@dakfilm.com <leila.fernandes@dakfilm.com>; faturamento@dimaster.com.br <faturamento@dimaster.com.br>; pedidos@drogafonte.com.br <pedidos@drogafonte.com.br>; julia@cirurgicasaojose.com.br <julia@cirurgicasaojose.com.br>; licitacao@costacamargo.com.br <licitacao@costacamargo.com.br>; ciamed@ciamedrs.com.br <ciamed@ciamedrs.com.br>; licitacao01@capromed.com.br <licitacao01@capromed.com.br>; Licitações <licitacoes@mafrahospitalar.com.br>

Assunto: Solicitação de orçamento para compra direta

Boa tarde!

Juliana

De: Vendas <vendas@dimaster.com.br>
Enviado em: sexta-feira, 3 de julho de 2020 14:46
Para: Juliana
Assunto: Fw: Fwd: Solicitação de orçamento para compra direta
Anexos: Solicitação de orçamento para compra direta.doc

Boa tarde,

agradeço o contato, porém não consigo atender este orçamento.

att

	Francieli L. Mileski - Cotação Vendas Telefone: (54) 3523-2600 WhatsApp: (54) 9 9704-9826 E-mail Skype: vendas@dimaster.com.br	
--	--	---

From: Dimaster - Edinéia Maria Faenello
Sent: Thursday, July 2, 2020 2:04 PM
To: Franci - Dimaster
Subject: Fwd: Solicitação de orçamento para compra direta

	Edinéia M. Faenello - Pedidos Telefone: (54) 3523-2600 WhatsApp: (54) 9 9920-4167 E-mail: faturamento@dimaster.com.br	
--	---	---

----- Mensagem encaminhada -----

Assunto:Solicitação de orçamento para compra direta

Data:Tue, 30 Jun 2020 16:31:36 -0300

De:Juliana mailto:juliana.peixoto@saobernardo.sp.gov.br

Para:licita04@aangai.com.br, licita04@agilmedicamentos.com.br, fabiano@anbioton.com, paulo.almeida@anbioton.com, jessica.faturamento@atons.com.br, Leandro.gomes@atons.com.br, pedidos@aglon.com.br, faturamento@aglon.com.br, wanessa@ativahosp.com.br, sac@ativahosp.com.br, sac@bhfarma.com.br, airmed@portalairmed.com.br, consultora.marcella@crimed.com.br, 'Danielle - Licitação - Crimed' mailto:licitacao.danielle@crimed.com.br, 'Rafaela Arruda' mailto:rafaela.arruda@rioclarense.com.br, licitacao.baixada@dupatri.com, 'Tayane Luiz | Dupatri Hospitalar' mailto:faturamento3@dupatri.com, leila.fernandes@dakfilm.com, faturamento@dimaster.com.br, pedidos@drogafonte.com.br, julia@cirurgicasaojose.com.br, licitacao@costacamargo.com.br, ciamed@ciamedrs.com.br, licitacao01@capromed.com.br, licitacoes@mafrahospitalar.com.br

Boa tarde!

Segue anexo solicitação de orçamento para **Dispensa de licitação** com base no **Artigo 24** – da Lei 8.666/93.

DROGAFONTE LTDA.
AV. BARÃO DE BONITO, 408, VÁRZEA
RECIFE/PE
FONE: (81)2102 1819

Cliente.: 16795-PREFEITURA M. DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Att.: JULIANA PEIXOTO
Ref.: TERMO DE REFERENCIA PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO
Endereco: PÇA SAMUEL SABATINI, 50
CENTRO - SAO BERNARDO DO CAMPO-SP

Folha: 102806/0001
Data: 02/07/2020
DISPENSA DE EMERGENCIA No. 0001
Abertura: 02/07/2020 Hora: 10:51

---Item	-----	Quantidade	Apr.	-----	D i s c r i m i n a c a o	-----	Marca/Fabricante	Vlr.	Unit.	-----	Total
1		80.000,00	CPR		AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO - PRATIDONADUZZI *BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS UNITARIZADO, POSSIBILITANDO O FRACIONAMENTO DO MEDICAMENTO DE ACORDO COM A NECESSIDADE DO PACIENTE* Registro no M.S.: 1256801830102		PRATI DONAD (PR)	1,4800			118.400,00


Total Geral: 118.400,00
(CENTO E DEZOITO MIL E QUATROCENTOS REAIS)

Declaramos que concordamos com todas as normas que regem este edital, impostos e despesas inclusos nos precos.
Material de procedencia nacional.
ALÍQUOTA DE ICMS DO ESTADO DE PERNANBUCO: 18%
VALIDADE DOS PRODUTOS COTADOS: 24 (vinte e quatro) meses.

DECLARAMOS QUE A EMPRESA NÃO COMERCIALIZA MEDICAMENTOS FRACIONÁVEIS.

BANCO DO BRASIL
COD.: 001
AGENCIA: 3433-9
CONTA CORRENTE: 13705-7

Validade da Proposta ...: 90 DIAS
Prazo de Entrega: 5 DIAS
Condições de Pagamento : 15 DIAS



Drogafonte Ltda
CNPJ. 08.778.201/0001-26

DROGAFONTE LTDA

**Inovamed Comércio de Medicamentos LTDA**

CNPJ: 12.889.035/0001-02

Número: 105

UF: RS

Site: www.inovamed-rs.com.br

Inscrição Estadual: 039/0157570

Bairro/Distrito: INDUSTRIAL

CEP: 99706-300

E-mail: vendas01@inovamed-rs.com.br

Endereço: RUA RUBENS DERKS

Cidade: ERECHIM

Telefone: (54) 3522-4273

Orçamento: 70013834**Data:** 08/07/2020**Cliente:** 1098 - MUNICIPIO DE SAO BERNARDO DO CAMPO**Endereço:** AVENIDA KENNEDY**Bairro:** ANCHIETA**Cidade:** SAO BERNARDO DO**UF:** SP**Atividade:** 1 - PREFEITURA**Cnpj:** 46.523.239/0001-47**I.E.:** ISENTO**Telefone:** (11)4336-9052**Contato:****Cep:** 09726253**Vendedor:** 7 ALEXANDRE PEREIRA SERVICOS**Nº Ped. Cliente:****Prazo de Pagamento:** 30 / / / / / / / / /**Prazo Médio:** 30 dias**Cobrança:** 7484-SICREDI C/REGISTRO I

Cod.	Descricao	Inf. Técnica	Validade	Marca	Emb.	Peso Brut.	Qt.(Un.)	Preço Liq.	Valor ST	Valor com ST	Valor Total
529	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG CP (G)	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG VO CP		MEDQUIMICA	CX C/300 CP	119,2212	79.800,0000	1,93	0	1,930000	154.014,0000
						Total Peso Bruto:	119,2212	Total :	79.800,0000		R\$154.014,00

Transportador: 0**VENDAS DIRETAS****Observações:**

VENDA DIRETA

**FATURAMENTO SOMENTE PARA MÚLTIPLOS DA EMBALAGEM.
NÃO REALIZAMOS FRACIONAMENTO DAS EMBALAGENS.
ATENÇÃO PARA AS VALIDADES OFERTADAS NO ORÇAMENTO.
VERIFICAR SE O ITEM ORÇADO ATENDE A SUA SOLICITAÇÃO.
NÃO SERÃO REALIZADAS TROCAS DOS ITENS DA COTAÇÃO.**

VI. Outras Desp.: 0,00**VI. Frete:** 0,00**VI. Total:** 154.014,00

Inovamed Comércio de Medicamentos Ltda
CNPJ 12.889.035/0001-02 I.E. 039/0157570
Fone/Fax: (54) 3522-4273
Rua Rubens Derks, 105-Lot. Rubens Derks
B. Industrial CEP 99706-300 Erechim-RS

Sedinei Stevens
Sócio-gerente

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO / SP.

Venda direta | Dispensa de licitação

Azitromicina Di-Hidratada 500Mg | Laboratório Medquímica

Registro | ANVISA: 1.0917.0097.003-6

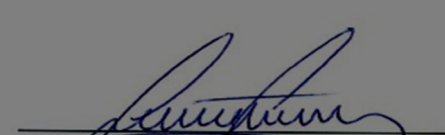
OFICIO INFORMATIVO DE ENVIO

A **INOVAMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA.**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 12.889.035/0001-02, sediada da Rua Rubens Derks, Nº 105, Loteamento Rubens Derks bairro Industrial, Erechim/RS, por intermédio de seu representante legal, Sr. Sedinei Roberto Stievens, brasileiro, solteiro, empresário, portador do RG nº 1089436834 SJS/RS, inscrito no CPF sob o nº 004.421.050-70, vem, mui respeitosamente, **INFORMAR** que, **conforme acordo, o item Azitromicina 500Mg será enviado (inicialmente) e no período estimado entre os dias 28 e 30/07 na quantia exata de 10.000 cp. O saldo restante, será efetivado na 2ª quinzena do mês 08/2020, mais precisamente entre os dias 20 e 24/08.**

Certos de contar com vosso breve retorno.

Agradece-se desde já pela atenção e compreensão despendidas.

Erechim/RS, 08 de Julho de 2020.



Sedinei Roberto Stievens
(Sócio-Administrador)



ORÇAMENTO: 86302
A/C: DISPENSA DE LICITAÇÃO

Empresa: CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Endereço: Rua São Paulo , nº 13
Bairro: Vila Belmiro
Cidade/UF: SANTOS / SP
Fone/Fax: (13) 3228-2305

CNPJ: 04.192.876/0001-38
CEP: 11075-330

Cliente: MUNICIPIO DE SAO BERNARDO DO CAMPO - 00000246
Endereço: AV. KENNEDY Nº 1100
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO **CEP:** 09726 - 253
CNPJ: 46.523.239/0001-47
Fone: 151126305551 - 151126306110
Cond. Pgto.: 15 DFQ
Vendedor: 4 - EMPRESA CRISMED

Data: 08/07/2020
Bairro: ANCHIETA
UF: SP
Insc. Est.: ISENT0
Fax:
Validade: 13/07/2020
Prazo Entrega: 2 DIA UTIL
Fat. Mínimo: 600,00

Código	Descrição do Produto	Marca	Qtde	Un	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	17584 AZITROMICINA DI-HIDRATADA 500MG COM REV - GENERICO - CX C/150COM REV Anvisa: 1256801830102	PRATI DONADUZZI	56.550	CPR	1,9400	109.707,00

Valor da Mercadoria: 109.707,00
Total do Orçamento: 109.707,00

Observação:

Nome do Usuário: DANIELLE
Email: licitacao.danielle@crismed.com.br
Fone: 1332282305

Ramal:

[Handwritten Signature]
04 192 876/0001-38
 CRISMED
 COM. HOSPITALAR LTDA

Rua São Paulo, 13
 Vila Belmiro - CEP 11075-330

SANTOS - SP.

Rute Cavalcante de matos

COTAÇÃO

NR. COTAÇÃO: 281600 VALIDADE : 04/07/2020

Cód./Cliente: 02537 01 MUNICIPIO DE SAO BERNARDO DO CAMPO

CNPJ: 46523239000147

Endereço: PC SAMUEL SABATINI, 50

Cidade/UF: SAO BERNARDO DO CAMPO / SP

Seq.Cli.	Item	Código	Descrição	UN.	Quantidade	Preço Unit	Total	ST.
000001	01	09131	AZITROMICINA 500MG 15BL 10CP GEN PRATI DONADUZZI (FRAC)	CP	80.100,000	2,5900	207.459,00	0,00
TOTAL: R\$							207.459,00	0,00
TOTAL FINAL DO PEDIDO: R\$								207.459,00

Obs: INFORMAÇÕES ADICIONAIS:
PRAZO DE ENTREGA: até 3 dias (úteis),
após o faturamento do pedido.
PRAZO DE PAGAMENTO: 30 dias
PEDIDO MÍNIMO: R\$ 2500,00 (FRETE CIF)
DADOS BANC.: BANCO DO BRASIL, AG 4044-4,
CC 13845-2
ENTREGA IMEDIATA - PRODUTO A PRONTA
ENTREGA.



CÉSAR AUGUSTO GOMES NEUMANN
Procurador
RG: 4110152107 - CPF: 031237800-90

07.752.236/0001-23
MEDILAR IMP. DIST. PROD. MÉD.
HOSP. S/A
RUA NORBERTO OTTO WILD, 420
BAIRRO IMIGRANTE - CEP 96.880-000
VERA CRUZ - RS

Data e Local: 02/07/2020 VERA CRUZ / RS

Vendedor: pgervasoni

Dúvidas sobre esta cotação, por gentileza entrar em contato com seu vendedor, tendo em mãos o número da cotação.

Vespasiano, 02 de julho de 2020
Proposta N°: **278.908**
MUNICIPIO DE SAO BERNARDO DO CAMPO
PRAÇA SAMUEL SABATINI, 50
SAO BERNARDO DO CAMPO - SP - 09.750-700



Referente a: **Dispensa** COMPRA DIRETA
Processo
Abertura 02/07/2020 as

Encerramento:

1. Objetos, Preços

Lote	Item	Quantidade	UM	Produto	Marca	Pr. Unitário	Pr. Total
1	80.000	COMPRIMIDO	AZITROPHAR (AZITROMICINA DIIDRATADA) 500MG CX C/500 COMP	PHARLAB	2,8000	224.000,00	
Cód. de Barras:		7898216364831		GGREM:	527900304115412		
Princípio Ativo:		AZITROMICINA DIIDRATADA		Origem:	Nacional		
Pr. Unitário Bruto:		2,8000 (dois reais e oitenta centavos)		RGMS:	1410700060063		
Pr. Total Bruto:		224.000,0000 (duzentos e vinte e quatro mil reais)					
Valor Total:		224.000,00 (duzentos e vinte e quatro mil reais)					


- 2. Condições de Pagamento:** 15 (Quinze) dias
- 3. Prazo de Entrega:** 05 (Cinco) dias corridos
- 4. Validade da Proposta:** 90 (Noventa) dias
- 5. Validade do Produto:** 12 (Doze) Meses
- 6. Conta Corrente:** Banco do Brasil - Agência 3392-8 - Conta Corrente 62178-1
- 7. Declaração:**

Declaramos que nos preços ofertados estão inclusos todos os tributos, taxas, fretes, e qualquer encargos e que estamos de acordo com as normas do Edital de Licitação.
Garantimos a entrega total dos produtos ofertados nos prazos e quantidades estabelecidos no Edital e seus anexos.

Erika Gaigher Viana
Gerente de Licitação
RG: MG 11.274.727
CPF: 043.067.556-90



RUA TRÊS, 283 . PARQUE NORTE . CEP:33200-000
VESPASIANO - MINAS GERAIS . TEL: (31) 2522-8170
CNPJ: 21.681.325/0001-57 - INSC. EST.: 062.485918.0029

RECEBEMOS DE **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**
 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO PED.: **48002456**  NF-e
 Nº. 100956
 SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR 100956

Identificação do Emitente
 INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
 RUA RUBENS DERKS - 105 - DISTRITO INDUSTRIAL -
 ERECHIM - RS - 99706300

inoyamed

Telefone: 54 35224273
 E-mail: inovamed@inovamed-rs.com.br

DANF-e
 Documento Auxiliar da
 Nota Fiscal

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA **1**
 Nº. 100956
 SÉRIE 1 FL 1 of 1


 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal

CHAVE DE ACESSO
 4320 0512 8890 3500 0102 5500 1000 1009 5611 1683 2763

NATUREZA DE OPERAÇÃO
 VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0390157570 INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO CNPJ 12.889.035/0001-02 Protocolo de Autorização(Data e Hora) 143200082137442 13/05/2020 17:00:26

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL 2353 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MACAPA CNPJ/CPF 18.604.334/0001-30 DATA DA EMISSÃO 13/05/2020

LOGRADOURO AVENIDA GENERAL OSORIO Nº. 365 COMPLEMENTO BAIRRO/DISTRITO JULIAO RAMOS DATA DA ENTRADA/SAÍDA 13/05/2020

CEP 68908-180 MUNICÍPIO MACAPA Telefone/Fax (96)991964786 UF AP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA

N°	Venc.	Valor
1	12/07/20	196.803,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
196.803,00	13.776,21	0,00	0,00	196.803,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				196.803,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL TNT MERCURIO CARGAS E ENCOMENDAS EXPRESSAS S/A FRETE POR CONTA 0 - Emitente CÓDIGO AMT PLACA DO VEÍCULO UF RS CNPJ/CPF 95.591.723/0032-15

LOGRADOURO RUA JOAO CARUSO, 390 - DISTRITO INDUSTRIAL MUNICÍPIO ERECHIM UF RS INSCRIÇÃO ESTADUAL 0390050229

QUANTIDADE 56 ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO 56 PESO BRUTO 149,25 PESO LÍQUIDO 149,25

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Cód.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	PMC	BC. ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	BC. ICMS ST	V. ICMS ST
529	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG CP (G) AZITROMICINA CX C/300 CP FAB: MEDQUIMICA GEN (PO) EAN: 7896862918965 FCI: FAB: 05/04/2020 VAL: 30/04/2022 LT: 000844 PRINCIPIO ATIVO: AZITROMICINA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1091700970036	30032029	000	6108	CP	99900	1,97	196.803,00	0,00	196.803,00	13.776,21	7,00	0,00	0,00
FIM DOS PRODUTOS								196.803,00						

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DE ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: CEP ENTREGA: 68903-197 N.º PEDIDO 48002456
 END. ENTREGA: RODOVIA JUSCELINO KUBITSCHEK, Nº 2731 - COMPL.: - BAIRRO.: UNIVERSIDADE - MUNICÍPIO.: MACAPA
 VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 39 911.65 (20.28)
 HORARIO DE ENTREGA: 08:00 AS 14:00 / LIC 11251 EMP 512001 PE 98/2019 / OBSERVAÇÃO.:
 VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$21648.33 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.
 DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 8108-6 CC 61027-5
 DISPENSADO DA RETENCAO DE PIS E COFINS CFE. INSTRUCAO NORMATIVA N.º 1234/2012
 EXCLUSAO DO ICMS NA BASE DE CALCULO DO PIS E COFINS CONFORME PROCESSO/MAND.SEGU N.50008579720204047117 DE 01/04/2020
 VALOR EXCLUÍDO DA BASE DE CALCULO R\$ 13776.21

RESERVADO AO FISCO

OS LAUDOS PODEM SER IMPRESSOS NO SITE WWW.INOVAMED-RS.COM.BR
 "SR. TRANSPORTADOR, favor agendar horário de entrega"

RECEBEMOS DE INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

PED.: 51006857



NF-e
Nº. 100472
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

100472

Identificação do Emitente
INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA RUBENS DERKS - 105 - DISTRITO INDUSTRIAL -
ERECHIM - RS - 99706300

Telefone: 54 35224273
E-mail: inovamed@inovamed-rs.com.br

DANF-e
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 100472
SÉRIE 1
FL 1 of 1



Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal

CHAVE DE ACESSO

4320 0512 8890 3500 0102 5500 1000 1004 7211 1009 8886

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0390157570

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO
06.767567-0

CNPJ
12.889.035/0001-02

Protocolo de Autorização(Data e Hora)

143200078753250

08/05/2020 09:01:03

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

942 INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR

CNPJ/CPF

05.268.526/0009-28

DATA DA EMISSÃO

08/05/2020

LOGRADOURO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO/DISTRITO

RUA SOCORRO GOMES

190

GUAJIRU

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

08/05/2020

CEP

60843-070

MUNICÍPIO

FORTALEZA

Telefone/Fax

(85)3195-2701

UF

CE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA

Nº	Venc.	Valor
1	27/06/20	990.198,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
990.198,00	69.313,86	0,00	0,00	990.198,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	990.198,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TNT MERCURIO CARGAS E ENCOMENDAS EXPRESSAS S/A	0 - Emitente			RS	95.591.723/0032-15
LOGRADOURO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
RUA JOAO CARUSO , 390 - DISTRITO INDUSTRIAL	ERECHIM	RS	0390050229		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
279			279	747,15	747,15

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Cód.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	PMC	BC. ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	BC. ICMS ST	V. ICMS ST
529	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG CP (G) AZITROMICINA CX C/300 CP FAB: MEDQUIMICA GEN (PO) EAN: 7896862918965 FCI: FAB: 04/04/2020 VAL: 30/04/2022 LT: O00841 PRINCIPIO ATIVO: AZITROMICINA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1091700970036	30032029	000	6102	CP	7200	1,98	14.256,00	0,00	14.256,00	997,92	7,00	0,00	0,00
529	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG CP (G) AZITROMICINA CX C/300 CP FAB: MEDQUIMICA GEN (PO) EAN: 7896862918965 FCI: FAB: 13/03/2020 VAL: 30/03/2022 LT: O00478 PRINCIPIO ATIVO: AZITROMICINA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1091700970036	30032029	000	6102	CP	91800	1,98	181.764,00	0,00	181.764,00	12.723,48	7,00	0,00	0,00
529	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG CP (G) AZITROMICINA CX C/300 CP FAB: MEDQUIMICA GEN (PO) EAN: 7896862918965 FCI: FAB: 12/03/2020 VAL: 30/03/2022 LT: O00472 PRINCIPIO ATIVO: AZITROMICINA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1091700970036	30032029	000	6102	CP	131700	1,98	260.766,00	0,00	260.766,00	18.253,62	7,00	0,00	0,00
529	AZITROMICINA DIHIDRATADA 500 MG CP (G) AZITROMICINA CX C/300 CP FAB: MEDQUIMICA GEN (PO) EAN: 7896862918965 FCI: FAB: 05/04/2020 VAL: 30/04/2022 LT: O00843 PRINCIPIO ATIVO: AZITROMICINA BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 1091700970036	30032029	000	6102	CP	269400	1,98	533.412,00	0,00	533.412,00	37.338,84	7,00	0,00	0,00
FIM DOS PRODUTOS								990.198,00						

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DE ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: CEP ENTREGA: 60843-070 N.º PEDIDO 51006857
END. ENTREGA: RUA SOCORRO GOMES, Nº 190 - COMPL.: - BAIRRO.: GUAJIRU - MUNICÍPIO.: FORTALEZA
VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 2 00 812.15 (20.28)
HORARIO DE ENTREGA: / / VD ISGH / AF 1 / SOL 87933-20 / PROC 3461-20 / ID 103028241
OBSERVAÇÃO.:
VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$108921.78 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.
DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 8108-6 CC 61027-5
DISPENSADO DA RETENCAO DE PIS E COFINS CFE. INSTRUCAO NORMATIVA N.º 1234/2012
EXCLUSAO DO ICMS NA BASE DO PIS E COFINS CONF PROCESSO/MAND.SEG N.50008579720204047117 DE 01/04/2020 VALOR EXCLUIDO DA BASE R\$ 69313.86
TNT PALETE 9.901,98

RESERVADO AO FISCO

OS LAUDOS PODEM SER IMPRESSOS NO SITE WWW.INOVAMED-RS.COM.BR
"SB, TRANSPORTADOR, favor agendar horário de entrega"



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

1. FINALIDADE

Padronizar o atendimento ao paciente com suspeita de infecção pelo Coronavírus COVID 19.

2. ABRANGÊNCIA

UPA e Pronto Atendimento Taboão.

3. EXECUTANTES

Médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas e demais colaboradores.

4. DESCRIÇÃO

4.1- Um profissional de enfermagem, com máscara e óculos de proteção, deverá se posicionar na porta de entrada para triagem e orientação.

4.2- Garantir a triagem e o isolamento rápidos de pacientes com sintomas suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse).

4.3- Garantir que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória.

4.4- Fornecer máscara cirúrgica ao paciente sintomático respiratório/**Caso Suspeito**. Encaminhar o paciente com sintomas respiratórios, com máscara, para a ESPERA 1. Orientar os pacientes sem sintomas respiratórios, sem máscara, para a ESPERA 2. Orientar todos sobre a necessidade da higiene das mãos frequente com água e sabão ou preparação alcoólica.

Sintomas respiratórios: (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza,

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimentos de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia).

Febre: Considera-se febre aquela acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

Pacientes com dor torácica e suspeitos de AVC devem seguir o mesmo fluxo de pacientes suspeitos de COVID pois esta doença pode manifestar com estes quadros clínicos mesmo que ainda não apresentem quadro respiratório.

4.5- O enfermeiro da classificação deverá registrar no campo observação da classificação os seguintes sinais vitais independentemente da classificação de risco de Manchester: saturação de O₂, frequência respiratória, pressão arterial média, Glasgow e temperatura corpórea.

Critérios de gravidade: saturação de O₂ < 93%, FR ≥ 24 irpm, PAM < 60 mmhg, rebaixamento de nível de consciência e febre persistente.

4.6- O enfermeiro conduzirá, na sequência, o paciente até a sala de procedimento, independentemente da prioridade da classificação de risco de Manchester.

4.7- O médico deverá atender o paciente na sala de procedimento, o mais brevemente possível, utilizando máscara. O paciente deverá circular o mínimo possível na unidade. Se houver indicação de realização de radiografia, o paciente terá atendimento prioritário. O profissional da radiologia deverá usar máscara cirúrgica.

4.8- O médico deverá registrar anamnese, exame físico os seguintes sinais vitais e dados epidemiológicos em prontuário: saturação, frequência respiratória, pressão

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

arterial média, Glasgow e temperatura corpórea. Esses dados são obrigatórios para a notificação e para classificação do caso como grave ou não.

5. USO DE EPI

Máscara Cirúrgica: Deve ser utilizada para evitar a contaminação por gotículas respiratórias do profissional que atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo COVID-19.

Máscara N95 ou equivalente: Deverá ser utilizada ao realizar procedimentos geradores de aerossol, como coleta de swab, intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueotomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação.

6. COLETA DE EXAMES

Não devem ser coletados exames de pacientes assintomáticos

Antes do início da coleta, verificar e separar todos os materiais necessários. A coleta deverá ser realizada apenas por profissional previamente treinado, munido de avental de mangas longas, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro e máscara N95.

As amostras coletadas serão encaminhadas para o laboratório de referência (FMABC) para pesquisa de COVID-19, devidamente identificada.

Assim que os resultados estiverem disponíveis, deverão ser anexados no SISATIH.

A. Swab (RT - PCR)

A equipe deverá coletar amostra de swab de vias aéreas superiores (**KIT-swabs**) somente nas seguintes situações:

- Paciente com sintomas respiratórios até o 7º dia de sintomas.
- Óbito suspeito de COVID 19

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL**



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

A coleta deve ser realizada com swabs de rayon de haste flexível e acondicionada em tubos de rosca estéril - tipo falcon (kits fornecidos pelo Laboratório da FMABC).

Colher e encaminhar 1kit para cada paciente, sendo:

1. Narina direita e esquerda;
2. Orofaringe

No caso de secreções espessas, recomenda-se a instilação com gotas de solução fisiológica estéril 0,9%, em ambas narinas para promover a fluidez do muco.

Os swabs descritos acima devem ser acondicionados e encaminhados dentro de um único tubo de rosca estéril com 3mL de solução salina (tipo falcon).

Manter as amostras sob refrigeração (em geladeira/ refrigerador ou em caixa térmica com “gelox”), com controle de temperatura de 4º a 8º C. A retirada dos exames será feita pelo laboratório.

B. Amostra de Sangue (SOROLOGIA)

Deverá ser coletada amostra de sangue em tubo com EDTA (ROXO) nos seguintes casos :

- Paciente com Sintoma respiratório a partir do 7º dia de sintoma

IMPORTANTE - Apenas amostras de pacientes notificados serão retiradas e encaminhadas para realização de exames.

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

7. NOTIFICAÇÃO

Todos os casos de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) deverão ser notificados à Vigilância em impresso próprio (anexo). Na suspeita de **CoVID-19** marcar a opção **SARS-CoV-2** no item 62 do impresso e enviar cópia por e-mail à Vigilância Epidemiológica. Confirmar envio pelo telefone.

Os demais casos suspeitos (leves e óbitos) deverão ser notificados ao Ministério da Saúde através de preenchimento de cadastro no link [HTTP://notifica.saude.gov.br](http://notifica.saude.gov.br).

Para utilização da plataforma é necessário fazer cadastro. Após cadastro, preencher a notificação. Gerar o arquivo em PDF e conferir se o arquivo está abrindo. Em seguida enviar por e-mail para vigilância epidemiológica com cópia para o GVE gve-santoandre@saude.sp.gov.br e vigilancia.epidemiologica@saobernardo.sp.gov.br.

Caso não consiga gerar PDF, imprimir a ficha de notificação, escanear e enviar por e-mail para a vigilância epidemiológica com cópia para o GVE. Confirmar recebimento pela Vigilância nos telefones (2630-6440 / 2630-6447 / 2630-6430).

Uma cópia da notificação deverá ser anexada ao SISATIH.

8. CASOS LEVES

Caso o paciente não tenha critérios de gravidade para internação hospitalar, deverá permanecer em quarentena em domicílio, receber atestado com CID Z20.8 e receber orientações para retorno em caso de piora do quadro e surgimento de sinais de gravidade.

O paciente receberá uma declaração de necessidade de isolamento assim como os moradores do mesmo domicílio (anexo 1).

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

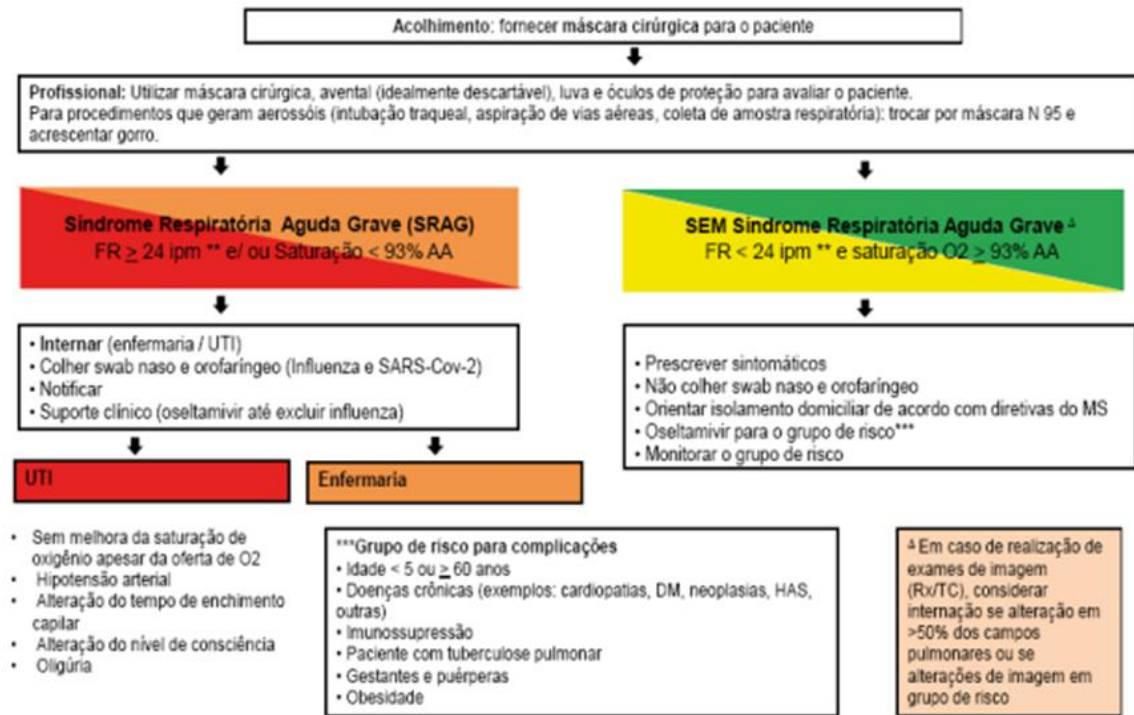
N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

FLUXO DE ATENDIMENTO DE SÍNDROME GRIPAL



9.CASOS GRAVES – SRAG

Todo paciente com SRAG deverá ficar em isolamento.

O isolamento somente será suspenso após resultado de RT-PCR não detectável

O pedido de vaga deverá ser inserido o mais brevemente possível no SiSATH e na sequência sinalizar o DAHUE para apoio.

Em todo pedido de vaga, anexar questionário FICHA GRIPAL da CROSS.docx (anexo 2) disponível na aba documentos do SiSATH, que deverá ser atualizada diariamente.

10.GERENCIAMENTO DE RESÍDUO

Todo material descartável utilizado no atendimento do caso suspeito deverá ser descartado no recipiente de lixo infectante.

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guerreschi Filho Setor: DAHUE



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL**



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

11. PROPOSTA TERAPÊUTICA PARA PACIENTES INTERNADOS CONFIRMADOS OU COM QUADRO CLÍNICO EVIDENTE.

As condutas sinalizadas abaixo só devem ser seguidas para pacientes com pedido de vaga inserido no SISATIH.

A. Considerar tratamento para pneumonia comunitária e/ou influenza A H1N1:

- Ceftriaxone 1 g EV 12/12h por 7 dias e
- Azitromicina 500 mg VO 1x/dia por 7 dias e
- Oseltamivir 75 mg VO 12/12h por 5 dias

B. Se ausência de sangramento ativo e plaqueta maior de 50.000:

- Heparina não fracionada 5.000 UI SC 8/8h se peso maior de 60 kg **ou**
- Heparina não fracionada 5.000 UI SC 12/12h se peso menor de 60 kg

C. Hidroxicloroquina

Obrigatório o preenchimento do termo de consentimento (anexo).

Contraindicações relativas:

- Insuficiência cardíaca
- Cardiopatia estrutural com alteração no ECG
- Arritmias cardíacas
- Retinopatias
- Alergia aos componentes da fórmula
- Gestação
- Uso de digoxina, verapamil, metoprolol, haloperidol, clorpromazina, sotalol, hidroclorotiazida, amitriptilina, ondansetrona (considerar interrupção ou substituição da medicação antes de iniciar o tratamento).

Esquema terapêutico:

- Hidroxicloroquina 400 mg VO 12/12h nas primeiras 24h, seguidos de 400 mg VO 1x/dia por 5 dias

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL**



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

Monitorização obrigatória para todos os pacientes:

- ECG prévio e diariamente. Não administrar ou interromper se intervalo QT maior de 450 ms ou maior de 11 mm no ECG.
- Acuidade visual prévia ou diariamente. Não administrar ou interromper se piora.
- Controle glicêmico diário. Gerir alterações glicêmicas.
- Hemograma prévio e diariamente. Gerir citopenias e considerar interrupção em caso de pancitopenia.
- Eletrólitos. Dosar potássio e magnésio diariamente. Evitar hipocalcemia e hipomagnesemia.
- Função renal prévia e diariamente. Reduzir dose em 50 % se clearance de creatinina menor que 30 ml/hora.
- Aminotransferases prévia e de 2 em 2 dias. Considerar suspensão se aumento maior que 4x o valor de referência durante o uso.
- Escore de Child Pugh prévio e de 2 em 2 dias. Considerar reduzir a dose em 50 % se piora durante o uso.

Na situação alta de paciente com suspeita de COVID por melhora clínica em uso de hidroxicloroquina, a medicação poderá ser dispensada para término de tratamento em domicílio desde que o Termo de Dispensação de Hidroxicloroquina (anexo) seja entregue preenchido e assinado na farmácia.

Não haverá dispensação de Hidroxicloroquina para pacientes de eixo azul.

D.Ivermectina:

Será dispensada apenas para pacientes em observação e com pedido de vaga no SISATHI e que tenham contraindicação a hidroxicloroquina.

Contraindicações:

- Gestação
- Alergia aos componentes da fórmula

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL**



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

Administrada em dose única. Apresentação 6 mg.

Peso Corporal (Kg)	Dose oral única
15 a 24	½ comprimido
25 a 35	1 comprimido
36 a 50	1 e ½ comprimidos
51 a 65	2 comprimidos
66 a 79	2 e ½ comprimidos
≥80 mg	200 mcg/kg

12.ÓBITOS

Durante o período de pandemia o SVO não realizará autópsias.

O IML somente realizará autópsias para casos de óbito por causa externa/violência.

Caso o paciente seja desconhecido ou com identidade duvidosa, o corpo deverá ser encaminhado ao IML independentemente da suspeita de COVID 19.

Em caso de óbitos suspeitos por COVID-19 comunicar imediatamente a vigilância epidemiológica municipal 2630-6430 / 2630-6447.

O corpo deverá ser manipulado o mínimo possível para evitar contaminação da equipe.

Quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas:

1º Enrolar o corpo com lençol de papel

2º Colocar o corpo em mortalha

3º Colocar o corpo em uma segunda mortalha com lacre numerado.

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

A mortalha receberá desinfecção externa e deverá ser identificada com as seguintes informações:

- Nome do paciente
- Data do óbito
- Suspeita COVID 19 / urna lacrada/ agente biológico classe 3 de risco

IMPORTANTE – Todos os óbitos confirmados ou suspeitos de COVID -19 deverão receber a Declaração de Óbito com a informação URNA LACRADA no canto superior.

Preenchimento da Declaração de Óbito

A. Óbitos Confirmados por COVID-19 (exame positivo)

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input type="checkbox"/> 17 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> 36 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 38 Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Devido ou como consequência de:	

COVID -19 10 dias B34.2

Hipertensão Arterial Sistêmica 10 anos I10

Diabetes Mellitus 7 anos E14.9

B. Óbitos Suspeitos por COVID-19 - Coletar swab pós morte se ainda não coletado, anotar na DO e fazer Autópsia Verbal.

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input type="checkbox"/> 17 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> 36 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 38 Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Devido ou como consequência de:	

Doença respiratória aguda 4 dias U04.9

COVID -19 (swab coletado) 10 dias B34.2

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 10 anos J44.9

Doença Cardíaca Hipertensiva 15anos I11.9

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

C. Óbitos Por Causa Indeterminada (Quando as informações do prontuário e da família não permitem a definição de causa) - Coletar swab pós morte se ainda não coletado, anotar na DO e fazer Autópsia Verbal.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu:
 Na gravidez No abortamento De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado
 No parto Até 42 dias após o término da gestação Não ocorreu nestes períodos

ASSISTÊNCIA MÉDICA
 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Sim Não Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
 39 Necropsia? Sim Não Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE
PARTE I
 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
 Devido ou como consequência de:
Morte Indeterminada (Aplicada Autopsia Verbal)
 (swab coletado)

CAUSAS ANTECEDENTES
 Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

PARTE II
 Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 10 anos 144.9
 Doença Cardíaca Hipertensiva 15 anos 111.9

D. Óbitos por causa definida. (Quando as informações do prontuário médico e/ou informações fornecidas por familiares possibilitam minimamente definir a causa de óbito, ainda que sindrômico) - Preencher de forma habitual, incluindo as comorbidades (Parte II - bloco V). (óbito “Bem Definido”).

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu:
 Na gravidez No abortamento De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado
 No parto Até 42 dias após o término da gestação Não ocorreu nestes períodos

ASSISTÊNCIA MÉDICA
 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Sim Não Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
 39 Necropsia? Sim Não Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE
PARTE I
 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
 Devido ou como consequência de:
causa imediata ou terminal
causa intermediária
causa intermediária
CAUSA BÁSICA DA MORTE

CAUSAS ANTECEDENTES
 Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

PARTE II
 Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.

Doença associadas (Comorbidade)

A “Autópsia Verbal” deverá ser preenchida e assinada por um profissional médico ou enfermeiro e também assinada pelo familiar entrevistado. No canto superior registrar o número do lacre da mortalha e o número da Declaração de Óbito.

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL**



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

Destino da Autópsia Verbal:

Original para Vigilância Epidemiológica via malote

Cópia para o e-mail autopsiaverbal@saude.sp.gov.br.

Cópia para o DAHUE, anexada à via branca da Declaração de Óbito.

Destino da Declaração de Óbito:

- Amarela - entregar para o familiar que levará ao serviço funerário
- Rosa- arquivar juntamente com o prontuário
- Branca – enviar ao DAHUE juntamente com uma cópia da autópsia verbal

13.PEDIDO DE VAGA NO SISATHI

Diante de um caso suspeito ou confirmado, um pedido de vaga deve ser inserido o mais breve possível e conter:

- Notificação anexada;
- Resultado de sorologia e/ou swab anexado (assim que disponível);
- Ficha Gripal Cross (modelo disponível na aba documentos do SISATH);

Selecionar uma das opções agora disponíveis: enfermaria COVID ou UTI COVID.

13.BOLETIM A FAMILIARES:

Durante a pandemia, orientamos que as visitas aos pacientes em observação nas unidades sejam suspensas. Sugerimos que a equipe entre em contato por telefone com o familiar ou responsável, para o que se fizer necessário.

14. HISTÓRICO DAS REVISÕES

Este POP foi elaborado em função do cenário epidemiológico atual e será revisado e atualizado sempre que necessário.

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
21/05/2020	Décima Segunda edição	21/05/2020
12/05/2020	Décima primeira edição	12/05/2020
07/05/2020	Décima edição	07/05/2020
23/04/2020	Nona Edição	23/04/2020
17/04/2020	Oitava edição	17/04/2020
15/04/2020	Sétima edição	15/04/2020
03/04/2020	Sexta edição	03/04/2020
31/03/2020	Quinta edição	31/03/2020
25/03/2020	Quarta Edição	25/03/2020
23/03/2020	Terceira Edição	23/03/2020
19/03/2020	Segunda Edição	19/03/2020
16/03/2020	Primeira Edição	16/03/2020

15.REFERÊNCIAS

Brasil Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19). (Atualizada em 17/02/2020).

Brasil Ministério da Saúde. NOVO CORONAVIRUS (2019nCoV) MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE 05 de fevereiro de 2020. Div. Infecção Hospitalar/CVE/SVS- Estado de São Paulo.

Brasil Ministério da Saúde. Ficha de notificação para casos suspeitos e prováveis de Novo Coronavírus (COVID-19) Acessado em: <http://bit.ly/notificaCOVID19> . Atualizado em 18/03/2020.

15.ANEXOS

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência – 55-3

Termo de Declaração

Eu, _____, RG nº _____
CPF nº _____, residente e domiciliado na _____
Bairro _____, CEP _____, na cidade de _____
Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a)
pelo médico(a) Dr.(a) _____ sobre a necessidade de
isolamento a que devo ser submetido(a) devido ao diagnóstico de SÍNDROME GRIPAL, bem como as
pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no
âmbito residencial, com data de início _____, previsão de término _____
local de cumprimento da medida em domicílio.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Assinatura do Declarante

Rua João Pessoa, 59 - Centro - São Bernardo do Campo - CEP 09715-000
Tel.: 2630-6161 - E-mail: departamento.hospitalar@sabernardo.sp.gov.br

P.A.* _____ FC* _____ FE* _____ GLASSOW* _____ OXIMETRIA EM AR AMBIENTE (SAT, O2)* _____ TEMPERATURA* _____

VALORES RECENTEMENTE* _____ ESTA COM TOSE** _____

SIM () NÃO SIM () NÃO

PARA ONDE* _____ CARACTERÍSTICAS DA TOSE* _____

HISTÓRIA COM DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS (EPIDEMIOLOGICA, SE PERTINENTES)* _____ DESCRIVA OUTROS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS* _____

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE QUE POSSAM JUSTIFICAR INTERNAÇÃO EM UCI _____ COMORBIDADES* _____

NOTIFICAÇÃO: SIM () NÃO SIM () NÃO NÃO INFORMADO

TESTES DIAGNÓSTICOS (SE COLETADO, DATA DA COLETA, PARA ONDE FOI ENVIADO O RESULTADO,* _____ RX OU TC DO TÓRAX _____

SUPOORTE DE OXIGENAÇÃO EM USO* _____

CATETER NASAL () MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO () MÁSCARA VENTURI () VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA () VENTILAÇÃO MECÂNICA

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS* _____

PRV _____ PEEP _____ VT _____ AP _____ RR _____

GASOMETRIA ARTERIAL _____



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD

QUESTIONÁRIO DE AUTÓPSIA VERBAL

Data do Óbito: ____/____/____ Nº de Declaração de Óbito: ____/____/____

Nome do Entrevistado: _____ Telefones: _____

A. Data de início da enfermidade _____ Hora de início da enfermidade _____

B. Localização de residência (com o endereço) País _____ Estado _____ Município _____ Distrito _____

C. Qual o nome completo do falecido? _____

D. Qual o sexo do falecido? _____

E. Data de nascimento _____ Qual era o nome do falecido? _____

F. Hora do óbito _____

DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTERIORES

1.1. Algum profissional de saúde alguma vez comentou que o falecido sofria ou tinha algum dos problemas abaixo?
Para cada opção marque 1 - SIM 2 - NÃO 3 - RECURSO SE A OXIDAR 99 - NÃO SABE

1.2. Doenças crônicas anteriores: Hipertensão arterial, Diabetes, Doença cardíaca, Doença pulmonar crônica, Doença renal, Doença hepática, Doença neurológica, Doença oncológica, Doença hematológica, Doença infecciosa, Doença autoimune, Doença endócrina, Doença imunodeficiência, Doença genética, Doença congênita, Doença adquirida, Doença infecciosa, Doença autoimune, Doença endócrina, Doença imunodeficiência, Doença genética, Doença congênita, Doença adquirida.

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

2.1. Quando surgiu o primeiro sintoma? _____

2.2. Falecido teve febre? _____

2.3. Falecido teve tosse seca ou úmida? _____

2.4. Falecido teve dificuldade para respirar? _____

2.5. Falecido teve dor no peito? _____

2.6. Falecido teve dor de cabeça? _____

2.7. Falecido teve náusea ou vômito? _____

2.8. Falecido teve diarreia? _____

2.9. Falecido teve sintomas de desidratação? _____

2.10. Falecido teve sintomas de confusão mental? _____

2.11. Falecido teve sintomas de fraqueza ou cansaço? _____

2.12. Falecido teve sintomas de falta de ar? _____

2.13. Falecido teve sintomas de tontura ou vertigem? _____

2.14. Falecido teve sintomas de dor no corpo? _____

2.15. Falecido teve sintomas de dor no pescoço? _____

2.16. Falecido teve sintomas de dor no abdômen? _____

2.17. Falecido teve sintomas de dor no membro superior? _____

2.18. Falecido teve sintomas de dor no membro inferior? _____

2.19. Falecido teve sintomas de dor no local de punção? _____

2.20. Falecido teve sintomas de dor no local de cateter? _____

2.21. Falecido teve sintomas de dor no local de sonda? _____

2.22. Falecido teve sintomas de dor no local de medicação? _____

2.23. Falecido teve sintomas de dor no local de coleta? _____

2.24. Falecido teve sintomas de dor no local de exame? _____

2.25. Falecido teve sintomas de dor no local de transporte? _____

2.26. Falecido teve sintomas de dor no local de internação? _____

2.27. Falecido teve sintomas de dor no local de morte? _____

2.28. Falecido teve sintomas de dor no local de sepultamento? _____

2.29. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.30. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.31. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.32. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.33. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.34. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.35. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.36. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.37. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.38. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.39. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.40. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.41. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.42. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.43. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.44. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.45. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.46. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.47. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.48. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.49. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.50. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.51. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.52. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.53. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.54. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.55. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.56. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.57. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.58. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.59. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.60. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.61. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.62. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.63. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.64. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.65. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.66. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.67. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.68. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.69. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.70. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.71. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.72. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.73. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.74. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.75. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.76. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.77. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.78. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.79. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.80. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.81. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.82. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.83. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.84. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.85. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.86. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.87. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.88. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.89. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.90. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.91. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.92. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.93. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.94. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.95. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.96. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.97. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

2.98. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

2.99. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.00. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.01. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.02. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.03. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.04. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.05. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.06. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.07. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.08. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.09. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.10. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.11. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.12. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.13. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.14. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.15. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.16. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.17. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.18. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.19. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.20. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.21. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.22. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.23. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.24. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.25. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.26. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.27. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.28. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.29. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.30. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.31. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.32. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.33. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.34. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.35. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.36. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.37. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.38. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.39. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.40. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.41. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.42. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.43. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.44. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.45. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.46. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.47. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.48. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.49. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.50. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.51. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.52. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.53. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.54. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.55. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.56. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.57. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.58. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.59. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.60. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.61. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.62. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.63. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.64. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.65. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.66. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.67. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.68. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.69. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.70. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.71. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.72. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.73. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.74. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.75. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.76. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.77. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.78. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.79. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.80. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.81. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.82. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.83. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.84. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.85. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.86. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.87. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.88. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.89. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.90. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.91. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.92. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.93. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.94. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.95. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.96. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.97. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

3.98. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

3.99. Falecido teve sintomas de dor no local de cremação? _____

4.00. Falecido teve sintomas de dor no local de enterro? _____

Elaborado por: Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Validado por: Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Aprovado por: Luiz Guerreschi Filho Setor: DAHUE
---	--	--



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

MANEJO DE BRONCOESPASMO DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19



Está **proscrita, por tempo indeterminado**, a prescrição e realização de inalação/nebulização (procedimento sigtap 0301100101 INALAÇÃO/ NEBULIZAÇÃO) por qualquer que seja o diagnóstico do paciente, por risco de gerar aerossóis, já que é possível a disseminação viral mesmo em pacientes assintomáticos respiratórios. A prescrição só pode ocorrer se o paciente for realizá-la em seu domicílio, com aparelho próprio.

No caso de broncoespasmo em paciente com ou sem suspeita/confirmado de coronavírus COVID-19, recomendação do manejo clínico atualmente é:

- Profissional de saúde que faz a assistência deve fazer uso do mesmo EPI recomendado para atendimento dos demais casos de suspeita de COVID-19 (luva, avental, gorro, óculos e máscara cirúrgica ou N95) e o paciente deverá usar máscara cirúrgica;
- NÃO realizar nebulização (inalação) devido à grande produção de aerossóis que são gerados, aumentando o risco de disseminação da doença;
- Utilizar salbutamol 100mg spray oral (ou outro medicamento similar disponível na Unidade de Saúde) com espaçador* 4 a 8 puffs a cada 20 minutos em adulto;
- Utilizar cateter nasal O₂ até 6L/min (umidificar se mais de 4L/min) com máscara cirúrgica no paciente;
- Manter o uso de corticóides inalatórios ou introduzir corticóide oral, se necessário, no caso de paciente com diagnóstico prévio de asma ou DPOC;
- NÃO administrar corticóides em pacientes sem histórico de asma ou DPOC.

* No caso da máscara do espaçador não se acoplar perfeitamente ao rosto do paciente adulto solicitar que utilize o bocal do espaçador.

Também são previstas outras opções de uso de broncodilatadores inalatórios como alternativas ao salbutamol em crise de broncoespasmo, porém não são padronizadas na rede de São Bernardo do Campo. As demais opções são as seguintes: fenoterol ou fenoterol + ipratrópio spray 2 a 4 jatos com espaçador a cada 20 minutos; budesonida + formoterol spray ou beclometasona + formoterol spray 2 jatos com espaçador ou formoterol ou budesonida + formoterol em pó aplicar 1 dose.

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

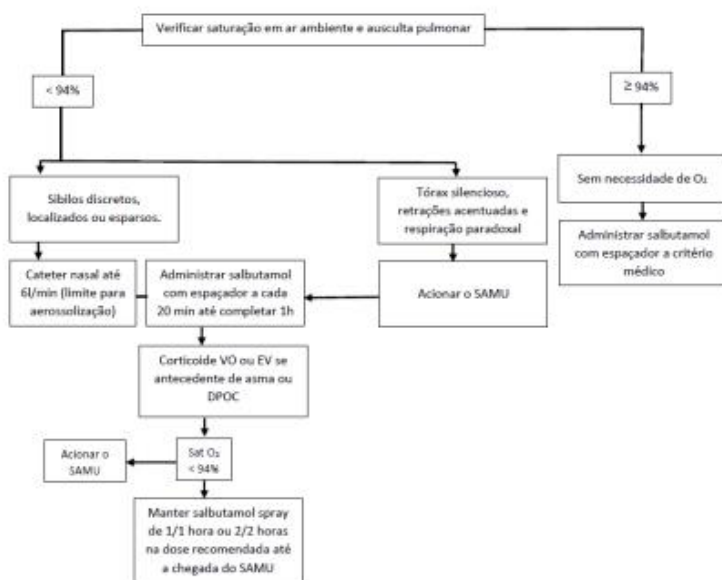
Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

Se com as medidas acima, a saturação de O₂ estiver menor que 94% na UBS, solicitar o SAMU para transferência do paciente, onde haverá avaliação para o uso de terbutalina, adrenalina (se o profissional estiver seguro) ou intubação. Não realizar "push dose" de adrenalina na UBS pelo risco de taquiarritmia. Seguir o fluxograma abaixo:

BRONCOESPASMO NA SÍNDROME GRIPAL na Unidade Básica de Saúde (UBS)

Considerando a pandemia atual de COVID 19 e os riscos de aerossolização do ambiente com as nebulizações, seguem as orientações atuais escalonadas de acordo com a necessidade.



Pelo risco de aerossolização:

- Não nebulizar;
- Não realizar oxigenioterapia com máscara

Salbutamol (Inalatório) *: até 3x em 1 hora

Adulto - 04 a 8 jatos a cada 20 minutos
Criança - 08 a 10 kg - Máximo de 04 puffs a cada 20 min;
10 a 20 kg - Máximo de 06 puffs a cada 20 min;
> 20 kg - Máximo de 08 puffs a cada 20 min.
* ou similar disponível

Corticóide Via Oral (Prednisona ou Prednisolona):

Adulto - máx 60mg - dose única
Criança - 1 a 2mg/kg/dose - máx 40mg/dose - dose única

Corticóide Endovenoso (Hidrocortisona):

Adulto - 200mg/dose/6 em 6 horas
Criança - 5mg/kg/dose/6 em 6 horas

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

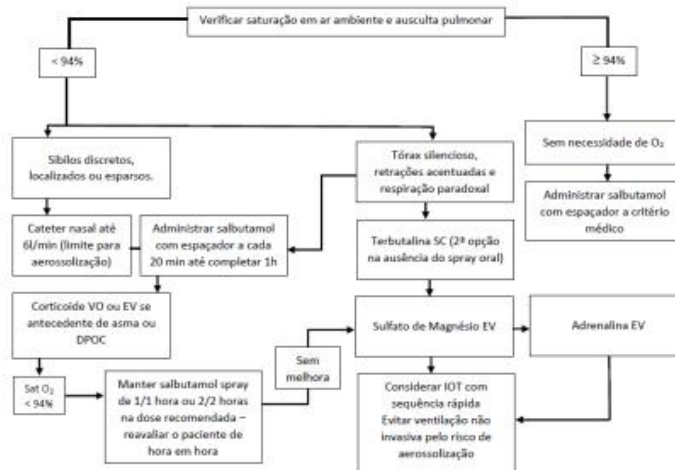
Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

BRONCOESPASMO NA SÍNDROME GRIPAL na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Considerando a pandemia atual de COVID 19 e os riscos de aerossolização do ambiente com as nebulizações, seguem as orientações atuais escalonadas de acordo com a necessidade.



Pelo risco de aerossolização:

- Não nebulizar;
- Não realizar oxigenoterapia com máscara

Salbutamol (inalatório) *: até 3x em 1 hora
 Adulto - 04 a 8 jatos a cada 20 minutos
 Criança - 08 a 10 kg - Máximo de 04 puffs a cada 20 min;
 10 a 20 kg - Máximo de 06 puffs a cada 20 min;
 > 20 kg - Máximo de 08 puffs a cada 20 min.
 * ou similar disponível

Terbutalina (subcutânea)
 Adulto - 0,5 a 1ml até 4x/dia
 Criança - 0,125 a 0,25ml - até 4x/dia

Adrenalina (endovenosa) 1 mg/ml
 Adulto - "push dose" de 10mg/min (preparar solução com 1mg de adrenalina em 100ml SF ou 2,5mg de adrenalina em 250ml SF ou RL, aspirar em seringa e infundir 1ml/min)

Sulfato de Magnésio (endovenoso) **
 Adulto - 2g ou 4ml (50%) em 250ml SF ou RL durante 30 minutos (3 gotas/segundo)
 Criança - 25 a 50 mg/kg
 ** verificar disponibilidade de gluconato de cálcio na unidade.

Corticoide oral (prednisona/prednisolona)
 Adulto - máx 60 mg - dose única
 Criança - 1 a 2 mg/kg/dose - máx 40mg/dose - dose única

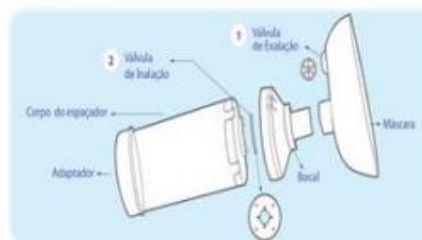
Corticoide EV (Metiprednisolona)
 Adulto - 125mg 6/6 horas
 Criança - 0,5 a 1mg/kg/dose - 6/6 horas - máx. 125mg/dia

Corticoide EV (Hidrocortisona):
 Adulto - 200mg/dose/6 em 6 horas
 Criança - 5mg/kg/dose/6 em 6 horas

Fluxogramas de manejo de broncoespasmo durante o período de pandemia por Covid-19

Orientações para a desinfecção do dispositivo inalatório com salbutamol (ou similar) e do espaçador:

- Colocar luva e máscara;
- Separar o espaçador do dispositivo ("bombinha");
- Para a correta desinfecção do espaçador, desmontar o aparelho retirando todas as peças com cuidado, exceto a válvula de exalação que fica na máscara, que não precisa ser retirada, conforme figura abaixo;



- Separar o tubo de alumínio (spray oral) do dispositivo de plástico;
- Limpar o dispositivo de plástico e o espaçador com água e sabão;
- Mergulhar o dispositivo de plástico e o espaçador em hipoclorito 1% por 30 minutos;

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

- Desinfetar o tubo de alumínio com álcool 70%*;
- Deixar secar e depois acondicionar o material;
- Cuidado ao se desparamentar.

* Para verificação da quantidade de medicamento no tubo de alumínio, prosseguir da seguinte maneira, visto que o dispositivo não possui contador de dose:



Orienta-se não realizar nebulização (inalação) quando não houver broncoespasmo.

O médico deverá fazer uma receita se for preciso realizar seguimento com o uso de broncodilatador de curta duração e solicitar que o paciente retire nas drogarias conveniadas ao programa "Aqui tem Farmácia Popular". Orientar para evitar o uso de qualquer dispositivo inalatório no interior da casa, preferir utilizar na área externa (quintal, varanda); caso não seja possível, orientar familiares a evitar o uso no ambiente por 2 horas.

Referências:

GINA (Global Initiative for Asthma). COVID-19: GINA Answers to Frequently Asked Questions on asthma Management. 25/03/2020. Disponível em <https://ginasthma.org/covid-19-gina-answers-to-frequently-asked-questions-on-asthma-management/>

ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência). Protocolo de Manejo Broncoespasmo em caso suspeito ou confirmado de Covid-19. 2020

Prefeitura de São Paulo. Protocolo de manejo de Broncoespasmo na síndrome gripal em UBSs e AMAs. 20/03/2020

Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO /
ASSISTENCIAL**



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19



SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

SS.3 - Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência
Rua João Pessoa nº 59 - 3º andar - Centro - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09715-000 - Tel:2630-6161 / Fax 4125-1300
ramal 242 - e mail: departamento.hospitalar@saobernardo.sp.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO HIDROXICLOROQUINA

Eu, (nome do paciente), abaixo identificado, declaro ter sido informado claramente sobre todas as indicações, ~~contra-indicações~~, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento ~~hidroxicloroquina~~, indicado para o tratamento de Covid 19. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado a respeito dos seguintes efeitos colaterais já relatados são:

- ~~oculares~~: distúrbios visuais com visão borrada e fotofobia, edema macular, pigmentação anormal, retinopatia, atrofia do disco óptico, ~~escotomas~~, diminuição da acuidade visual e ~~nistagmo~~.
- outras reações incluem problemas emocionais, dores de cabeça, tonturas, movimentos involuntários, cansaço, branqueamento e queda de cabelos, mudanças da cor da pele e alergias leves a graves, náuseas, vômitos, perda de apetite, desconforto abdominal, ~~diarréia~~, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia ~~aplásica~~), parada na produção de células brancas pela medula óssea (~~agranulocitose~~), diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, destruição das células do sangue (hemólise).
- ~~reações raras~~ incluem ~~miopatia~~, paralisia, zumbido, surdez.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato. Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente:
Documento de identidade: _____ Sexo: Masculino () Feminino ()
Idade: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: ()
Responsável legal (quando for o caso):
Documento de identidade do responsável legal: _____
Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____



Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19



SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

SS.3 - Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência
Rua João Pessoa nº 59 - 3º andar - Centro - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09715-000 - Tel:2630-6161 / Fax 4125-1300
ramal 242 - e mail: departamento.hospitalar@saobernardo.sp.gov.br

TERMO DE DISPENSAÇÃO DE HIDROXICLOROQUINA PARA FINALIZAÇÃO DE TRATAMENTO

Este termo deverá ser preenchido pelo médico que assiste o paciente e entregue na farmácia da unidade.

A ~~hidroxicloroquina~~ apenas será dispensada para finalização de tratamento em domicílio de pacientes que estavam em observação na UPA, com pedido de vaga inserido no SISATIH com suspeita de COVID e que já haviam começado ~~tratamento~~ mas que devido melhora, apresentam condições clínicas para finalizar o tratamento em domicílio.

Nome do paciente:

Endereço do paciente:

Idade:

UPA:

Quantidade de comprimidos a serem dispensados:

Data da notificação:

Coletado ~~Swab~~:

Data da coleta:

Resultado do exame:

Coletado sorologia:

Data da coleta:

Resultado do exame:

Número do pedido de vaga no SISATIH:

Assinatura do médico



Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / ASSISTENCIAL



Elaboração
16/03/2020

Efetivação
21/05/2020

N.
012

Versão:
12

Página

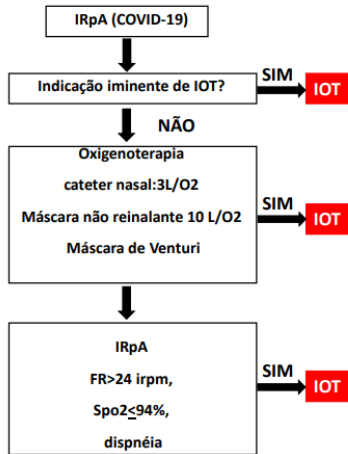
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE CORONAVÍRUS-COVID 19

SUORTE VENTILATÓRIO PARA PACIENTES COM INFECÇÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA PELO COVID-19



VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

VNI ESTÁ CONTRAINDICADO



* IRpA – Insuficiência Respiratória Aguda

MANUSEIO DA VIA AÉREA – IOT

Recomendações Gerais:

- Limitar acesso dos profissionais de saúde durante o procedimento.
- Outro médico deverá permanecer disponível para eventual suporte durante a IOT.
- Paramentação da equipe durante a IOT: avental impermeável, luva estéril/procedimento, máscara N95, gorro e óculos de proteção.
- Drogas vasoativas devem ser mantidas por perto em caso de instabilidade hemodinâmica.
- Utilizar sistema de aspiração fechado em todos os casos de suspeita de Covid-19.
- Evitar ventilação com máscara e ambu antes da IOT pelo aumento da produção de aerossóis.
- Pré-Oxigenação: com máscara com reservatório com o menor fluxo de ar possível para manter oxigenação efetiva.
- Verificar o adequado posicionamento do tubo com o paciente conectado ao ventilador, com colocação de filtro apropriado na saída do circuito expiratório do ventilador para o ambiente.

AJUSTES INICIAIS DO VENTILADOR MECÂNICA

- Modo volume ou pressão controlada (VCV OU PCV).
- Volume corrente de 6ml/kg de peso predito.
- PEEP inicial de 13-15 cmH2O.
- Ajustar FR para manter volume minutos entre 7-10 l/min.
- Driving pressure (pressão platô – PEEP) ≤ 15cmH2O.
- Spo2 ≥ 94%.
- Gasometria arterial após IOT para ajustes nos parâmetros iniciais.

VM DURANTE A PCR

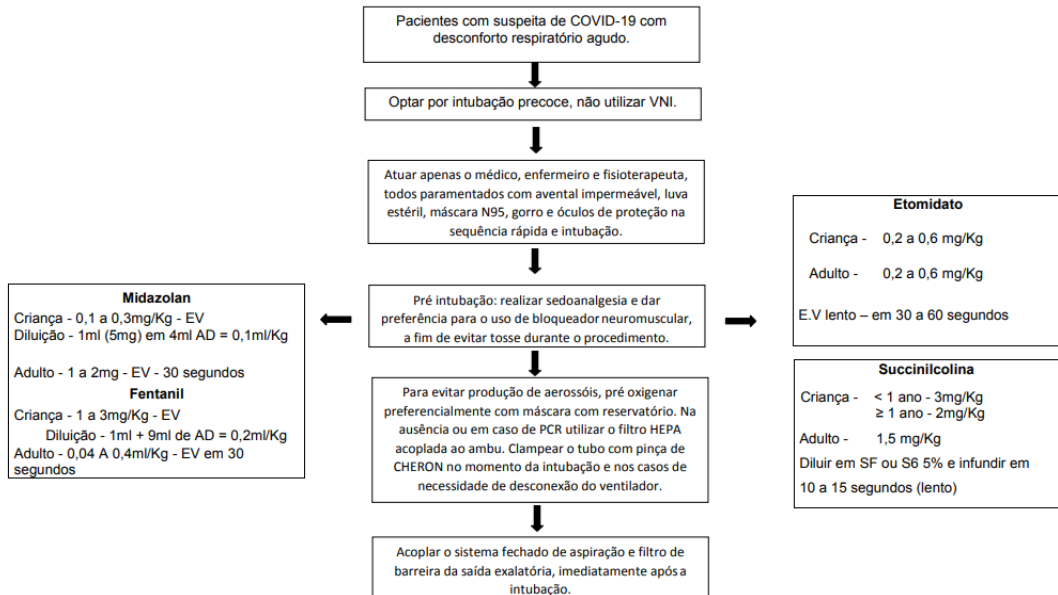
- Manter conexão com o respirador. Não desconectar o tubo orotraqueal para realização da ventilação com o ambu.




UPA/DAHUE



Seqüência de Intubação para pacientes com suspeita de COVID- 19



Elaborado por:	Validado por:	Aprovado por:
Ana Elisa Silva de Paula Raphael Augusto de Arruda Setor: DAHUE	Mieco Sakata Kety Piccelli Carla Talib Keila Oliveira Setor: DPSV/DVE	Luiz Guereschi Filho Setor: DAHUE

	FOLHA DE INFORMAÇÃO	Processo		
		Número	Exercício	Folha
		1405	2020	


TERMO DE APROVAÇÃO DA DESPESA.

Considerando o todo constante nos autos, da Manifestação GSS/Assessoria Jurídica Nº 008/2020 (páginas 103/111), com fundamento no disposto pelo art. 24, IV, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o inciso XXI, do Art. 37, da Constituição da República, e da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, com as alterações determinadas pela MP nº 926, de 20 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, do Decreto Municipal nº 21.111, de 16 de março de 2020, que decreta do estado de Emergência, pelo prazo de até 180 dias e dá outras providências, e do Decreto Municipal nº 21.116, de 24 de março de 2020, que reconhece o estado de calamidade pública no Município e dá outras providências, **APROVO** a despesa por força de Dispensa de Licitação, em favor da empresa **INOVAMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA– CNPJ: 12.889.035/0001-02, no montante total de R\$ 154.014,00 (cento e cinquenta e quatro mil e catorze reais).**

SS-6, 22 de julho de 2019.

DAMIÃO AMARAL DA SILVA

Diretor de Departamento - SS.6

	FOLHA DE INFORMAÇÃO	Processo		
		Número	Exercício	Folha
		1405	2020	

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO.

PROCESSO – PC Nº 01405/2020.

Contratação da empresa **INOVAMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**, por dispensa de licitação, com fulcro no artigo 24, IV, da lei federal 8666/93, para o fornecimento do item: **AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CÁPSULA; CÓDIGO: 5A.020.04.020/08**, o quantitativo de **79.800 (setenta e nove mil e oitocentos) cápsulas/comprimidos**. Valor global: **R\$ 154.014,00 (cento e cinquenta e quatro mil e catorze reais)**.

À vista da instrução constante nos autos, das providências e justificativas apresentadas, da Manifestação da GSS/Assessoria Jurídica Nº 008/2020 (páginas 103/111), da aprovação devidamente fundamentada pela autoridade competente e, uma vez concluídas as formalidades preconizadas pela legislação vigente, com fundamento no Artigo 24, Inciso IV, da Lei Federal 8.666/93 e respectivas atualizações, c/c **Decreto Municipal 17.285/10, Artigo 10º, Inciso V, Decreto Municipal 21.111/2020, Decreto Municipal 21.116/2020 e Decreto Municipal 21.117/2020, HOMOLOGO** a respectiva despesa, bem como **RATIFICO** a Dispensa de Licitação, conforme preconizado no “caput” do Artigo 26 da Lei supracitada.

Publique-se na forma da Lei.

Prossiga-se com empenho bem como com as providências necessárias à formalização dessa contratação.

GSS, 22 de julho de 2019

GERALDO REPLE SOBRINHO

SECRETARIO DE SAÚDE



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Av. Kennedy, n 1.100 - Bairro Anchieta - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09726-253

CNPJ: 46.523.239/0001-47 Ins.Estadual: Isento Tels 2630-5516, 2630-5517 e 2630-5518 Email: empenho.af@saobernardo.sp.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - A.F. 02198/2020

PROCESSO - 01405/2020

Folha 1

Razão Social

INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

CNPJ/CPF

12.889.035/0001-02

Codigo

34258

Endereço

RUA RUBENS DERKS, 000105

INDUSTRIAL ERECHIM RS

CEP
99700000Telefone
054- 35224273 / 35224273

Email

LICITACAO02@INOVAMED-RS.COM.BR; vendas05@inovamed-rs.com.br

Conta Bancária

Banco	Agencia	Nr.Conta
001	8108-6	061027-5

OBJETO

Item	Quantidade	Unidade	Prazo de entrega	Valor Unidade	Valor Total
1	79.800	CAPSULA/ COMPRIMIDO	10DIAS	1,93	154.014,00

5A-020-04-020/8 GRUPO/CLASSE: 65/31 AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CAPSULA OU COM-PRIMIDO. ACONDICIONADA EM BLISTERS COM, NO MINIMO, 02 E, NO MAXIMO, 03 COMPRIMIDOS OU CAPSULAS, OU BLISTER COM ATE 10 COMPRIMIDOS EM EMBALAGEM FRACIONADA. ** DEVERA CONSTAR NA EMBALAGEM DO PRODUTO, INDIVI- DUALMENTE, O NOME, A DATA DE FABRICACAO, A VALIDA- DE DO MESMO E O NUMERO DO LOTE, CONFORME LEGISLA- CAO SANITARIA VIGENTE, LEI NUM. 6.360 DE 23/09/76, COM ENFASE PARA O ARTIGO 57, DECRETO NUM. 79.094 DE 05/01/77, COM ENFASE PARA OS ARTIGOS 94 E 95, E PORTARIA CONJUNTA NUM. 01 DE 17/05/93, DA DIVISAO DE VIGILANCIA SANITARIA DO MINISTERIO DA SAUDE. ** O PRODUTO A SER ENTREGUE DEVERA APRESENTAR VA- LIDADE DE, NO MINIMO, 2/3 DO PRAZO DE VALIDADE TO- TAL, NO ATO DA ENTREGA NA SECAO DE SUPRIMENTOS. ** O FORNECEDOR DEVERA PROCEDER A ENTREGA DO PRO- DUTO ACOMPANHADO DE CERTIFICADO DE ANALISE OU DO- CUMENTO EQUIVALENTE DO LOTE EM RECEBIMENTO, O QUAL DEVERA OBEDECER A CRITERIOS ESTABELECIDOS NAS NOR- MAS INTERNAS PARA INSPECAO DA QUALIDADE DOS MEDI- CAMENTOS FORNECIDOS, CONTIDOS NO ANEXO I. ** OS PRODUTOS A SEREM FORNECIDOS PELAS EMPRESAS VENCEDORAS DA(S) LICITACAO(OES), DEVEM APRESENTAR EM SUAS EMBALAGENS SECUNDARIAS E/OU PRIMARIAS A EXPRESSAO =PROIBIDO A VENDA NO COMERCIO=. OFERECE: CAIXA COM 300 COMPRIMIDOS

MARCA: MEDQUIMICA REG.ANVISA: 1091700970036

Considerações Gerais

- DAS CONDICÕES GERAIS: 1 - DO RECEBIMENTO/CANCELAMENTO DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO (AF): 1.1 - A(S) AUTORIZAÇÃO(ÕES) DE FORNECIMENTO(AF) SE RÁ(AO) ENCAMINHADA(S) ATRAVÉS DE E-MAIL OU, NA FAL TA DESTE, ATRAVES DE FAX, CONSTANTES NO CADASTRO DE FORNECEDORES DESTA PREFEITURA, CABENDO AS EMPRE SAS MANTEREM OS DADOS CADASTRAIS (TELEFONE, FAX, E-MAIL, ETC) DEVIDAMENTE ATUALIZADOS, SOB SUA EX- CLUSIVA RESPONSABILIDADE; 1.2 - SALVO MOTIVO DE FORÇA MAIOR, PLENAMENTE JUS- TIFICADO A AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO (AF) PODERÁ SER CANCELADA, A JUÍZO DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNAR- DO DO CAMPO, NOS SEGUINTE CASOS: 1.2.1 - RECUSA DA ADJUDICATÁRIA, SEM A DEVIDA JUS- TIFICATIVA, EM ACEITAR A AUTORIZAÇÃO DE FORNECI- MENTO (AF). 1.2.2 - INADIMPLENCIA PARCIAL OU TOTAL DAS CONDI- ÇÕES ESTABELECIDAS NA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO (AF). 2 - DAS PENALIDADES: 2.1 - A CONTRATADA ESTARA SUJEITA AS SEGUINTE PE- NALIDADES: A - MULTA DE 20% (VINTE POR CENTO) DO VALOR ESTIMA DO DO FORNECIMENTO, NA RECUSA DA ADJUDICATÁRIA EM RECEBER A AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO; B - MULTA DE 20% (VINTE POR CENTO) SOBRE O VALOR ADJUDICADO, POR INEXECUCAO TOTAL DO FORNECIMENTO; C - MULTA DE 10% (DEZ POR CENTO) POR INEXECUCAO PARCIAL DO CONTRATO, SOBRE A PARCELA INEXECUTADA, PODENDO O MUNICÍPIO AUTORIZAR A CONTINUAÇÃO DO MESMO; D - MULTA DE 10% (DEZ POR CENTO) DO VALOR DO FATU- RAMENTO DO MES EM QUE OCORRER A INFRAÇÃO, SE O PRO DUTO/SERVIÇO APRESENTADO FOR DE MÁ QUALIDADE OU EM DESACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES PROPOSTAS E ACEI- TAS PELA MUNICIPALIDADE; E - MULTA DE 1% (UM POR CENTO) POR DIA DE ATRASO NA ENTREGA/EXECUÇÃO DO MATERIAL/SERVIÇO, ATE O LI- MITE DE 10% DO VALOR DO FATURAMENTO, PODENDO SER CONSIDERADO RESCINDIDO O CONTRATO APÓS ESTE PRAZO. F - MULTA DE 5% (CINCO POR CENTO) SOBRE O VALOR DO DOCUMENTO FISCAL APRESENTADO PARA FINS DE PAGAMEN- TO, CASO A CONTRATADA NÃO ENTREGUAR TODA A DOCUMEN TAÇÃO FISCAL, COMPROVANDO A REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA. 2.1.1 - AS MULTAS SÃO INDEPENDENTES ENTRE SI. A APLICAÇÃO DE UMA NÃO EXCLUI A DAS OUTRAS, BEM COMO A DAS DEMAIS PENALIDADES PREVISTAS EM LEI. 2.1.2 - O VALOR RELATIVO AS MULTAS EVENTUALMENTE APLICADAS SERÁ DEDUZIDO DE PAGAMENTOS QUE O MUNICÍ PIO EFETUAR, MEDIANTE A EMISSÃO DA GUIA DE ARRECA- DAÇÃO MUNICIPAL -GAM. SE NÃO EFETUADO O PAGAMENTO, SERÁ O VALOR INSCRITO NA

**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Av. Kennedy, n 1.100 - Bairro Anchieta - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09726-253

CNPJ: 46.523.239/0001-47 Ins.Estadual: Isento Tels 2630-5516, 2630-5517 e 2630-5518 Email: empenho.af@saobernardo.sp.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - A.F. 02198/2020**PROCESSO - 01405/2020****Folha 2**

DÍVIDA ATIVA PARA COBRANÇA JUDICIAL. 2.1.3 - A CONTRATADA ESTARÁ SUJEITA AINDA AS PENALIDADES PREVISTAS NOS ARTIGOS 86 A 88 DA LEI FEDERAL N. 8666/93 E ALTERAÇÕES.

Total	Valor R\$
CENTO E CINQUENTA E QUATRO MIL E QUATORZE REAIS	154.014,00

Contato
ALEXANDRE PEREIRA

Cond.Pgto	Destino	Licitação	Data Emissão	Processo	Apartado
15DFQ	SS-623.1	CO 00243/2020	24/07/2020	01405/2020	

Local de entrega

ALMOXARIFADO CENTRAL - DIVISÃO DE MATERIAIS (SA-22) - * AV. SENADOR VERGUEIRO, 1.751 - PQ SÃO DIOGO - S.B.C. ** HORÁRIO RECEB: 8h às 11h e das 13h às 16h ** Almox. MEDICAMENTO, HOSPIT., ODONT.: 2630-5588 * CONSTRUÇÃO e ELÉTRICA: 2630-5565 * PAPELARIA e MAT. ESCRITÓRIO: 2630-5575 * COZINHA, LIMPEZA, HIGIENE: 2630-5579 * MÓVEIS, ELETRO/ELETRÔNICO (Patrimônio): 2630-5552.

Condição de Entrega

ENTREGA UNICA

CLÁUDIO SILVA
DIRETOR DE DIVISÃO-SA-21
DEPARTAMENTO DE LICITACOES E MATERIAIS

ATENÇÃO

SR. FORNECEDOR: ESSA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - AF SOMENTE É
VALIDA QUANDO ACOMPANHADA DA RESPECTIVA NOTA DE EMPENHO - N.E.

Informacoes Adicionais

1. Mencionar na Nota Fiscal o numero desta Autorizacao de Fornecimento e do Processo de Contratacao;
2. A empresa sujeita-se as multas previstas no Edital;
3. Em nenhuma hipotese serao aceitos titulos via cobranca bancaria
4. A Contratada, recebendo esta Autorizacao de Fornecimento declara sob as penas da lei nao possuir debitos com a seguridade social.
5. A Contratada deverá entregar a documentação fiscal acompanhada de Certidões comprobatórias de Regularidade Fiscal e Trabalhista, todas dentro do prazo de validade nelas assinaladas, sob pena de aplicação de penalidades, conforme descrito em edital.



FOLHA DE INFORMAÇÃO

PROCESSO / EXPEDIENTE			Rubrica
Número	Exercício	Folha	

À

SF.322-1

Senhor Encarregado,

Autorizo o empenho no valor de **R\$ 154.014,00** (Cento e cinquenta e quatro mil e quatorze reais), a favor de **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**, CNPJ 12.889.035/0001-02, à conta da dotação nº: **1981-1** – 09.090.3.3.90.30.00.10.122.0030.2453.02, PA nº: **7124/20**, Sub-elemento: **09** Código de Aplicação: **02.312.002**, para aquisição de medicamento, reserva 2306/2020 e AF 2198/2020, com previsão de desembolso para agosto/2020.

Os recursos deverão onerar a conta corrente nº 48.531-4 Banco do Brasil – SSAÇOES.

GSS, em 27 de julho de 2020.

DR. EDSON MASSAMORI NAKAZONE
Secretário Adjunto



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE E CUSTOS

NOTA DE EMPENHO: 09693/2020

Folha 1

Processo						Folha	Rubrica
Tipo PC	Sigla	Número 1.405	Exercício 2020	A/P	AF 02198/2020		

Interessado INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA						CNPJ 12.889.035/0001-02	Código 34258
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------	------------------------

Dados do Empenho							
Tipo ORDINÁRIO	Regime NORMAL	Contra Entrega Liq.		Modalidade DISPENSA CO 00243/2020			

Cronograma de Desembolso AGO 154.014,00

Histórico
 AQUISICAO DE MEDICAMENTO: AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG POR CAPSULA OU COMPRIMIDO. CONFORME MANIFESTACAO GSS/ASSESSORIA JURIDICA Nº 8/2020 EM FLS. 103/111, DECRETO MUNICIPAL 21.111/2020, DECRETO MUNICIPAL 21.116/2020 E DECRETO MUNICIPAL 21.117/2020, AQUISICAO DE MEDICAMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO COVID-19. PC1405/2020,AF:2198/2020

Dados Orçamentários		
Dotação 09.090.3.3.90.30.00.10.122.0030.2453.02	Código Reduzido 1981-1	Reserva 02306 T

Projeto/Atividade 7124/2020	Cód. de Aplicação 312-00002	Rec.Financeiro SSACOES	Sub Elemento 09	Descrição MATERIAL FARMACOLOGICO
Valor Empenhado 154.014,00		Saldo Até a Data 1.419.429,25		Saldo 580.570,75

Dados Ordenação de Despesa		
Unidade Ordenadora GSS	Código do Ordenador 0903	Nome do Ordenador EDSON MASSAMORI NAKAZONE

SÃO BERNARDO DO CAMPO, 27 de JULHO de 2020

Emitido por SF.322-1
 VERONICA LEOPOLDINA DA SILVA GALUPPO
 Matrícula: 044882

Original deste documento é eletrônico e foi assinado digitalmente por ALEXANDRE ALMEIDA LUCIANO. Para verificar a autenticidade desta cópia impressa, acesse o site <https://prodigi.saobernardo.sp.gov.br/cpav-portal-externo> e informe o processo PC.001405/2020-15 e o código 4460HAKH.