ATO CONVOCATÓRIO – PROCESSO **Nº 51353**

INSTITUTO CEM, qualificado no Estado de Goiás como Organização Social da Saúde, inscrito no CNPJ sob o nº 12.053.184/0006-41, com Contratos de Gestão nas unidades de saúde do Estado de Goiás situados nos Municípios de Goiânia/GO, Goianésia/GO, Quirinópolis/GO, Formosa/GO e Posse/GO, torna público para conhecimento dos interessados, que fará realizar Processo Seletivo objetivando a contratação de empresa para fornecimento **COMPRA EMERGENCIAL DE MATERIAL NÃO PADRONIZADO** nas condições constantes da presente ato convocatório e seus anexos, para o fim de atender às necessidades do Hospital de Urgências de Goiânia, localizado na Av. 31 de Março, esq. c/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, Cep: 74820-300, sob gestão do Instituto Cem, conforme publicação em diário oficial.

1. Apresentação da Documentação e da Proposta

1.1 A empresa interessada encaminhará a proposta e os documentos de habilitação para o endereço eletrônico **compras@hugo.org.br** ou para plataforma eletrônica de compras, sendo **huma.com.br,** ou HUGO, localizado na Av. 31 de Março, esq. c/ 5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, CEP: 74820-300.

1.2. Serão consideradas as **propostas entregues a partir do dia 18/03/2024 até o dia 19 /03/2024**

2. Condições para Participação

2.1. Somente serão aceitas as propostas dos interessados pertencentes ao ramo de atividade relacionado ao objeto descrito neste termo, conforme disposto em seus respectivos atos constitutivos, e que atenderem a todas as exigências, inclusive quanto às documentações constantes desta Carta Cotação e de seus Anexos.

3. Dos Documentos de Apresentação

3.1. As empresas interessadas em participar deste procedimento de seleção deverão apresentar a seguinte documentação:

a) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;

c) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;

d) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente, em caso de obras e serviços;

e) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF);

f) Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho;

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

3.2. Quando for necessário a formalização de contrato, além dos documentos mencionados acima, também será exigida:
g) Certidão de Regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, com validade na data da apresentação da proposta;

h) Comprovante de Inscrição Estadual ou declaração de isento;
i) Comprovante de Inscrição Municipal ou declaração de isento (aplicado à contratação de serviços);

j) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, ambos consolidados, devidamente registrado, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;

k) Tratando-se de representante legal, o contrato social ou outro instrumento de registro comercial registrado na Junta Comercial, ou Cartório, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura, acompanhado de cópia de documento oficial de identificação que contenha foto do(s) sócio(s);
l) Demais documentos elencados no Termo de Referência, conforme Anexo.

3.3 A empresa que deixar de apresentar quaisquer dos documentos elencados acima, ou que não comprove sua regularidade fiscal, será imediatamente desclassificada. Importante: A empresa interessada deverá comprovar a regularidade fiscal no momento da avaliação da proposta e também no momento da concretização do pagamento. É indispensável a regularidade fiscal da empresa interessada nestes dois momentos.

3.4 A proposta deverá ser apresentada em papel timbrado, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, devidamente carimbada, assinada, datada e com folhas numeradas;
a) Conter todos os itens técnicos de acordo com o Termo de Referência, com seus respectivos preços, inclusive todas as despesas, de qualquer natureza, incidentes sobre o objeto deste Processo Seletivo;
b) O prazo de validade da proposta deve ser de 60 (sessenta) dias, a contar da data de apresentação desta.
c) Contemplar os dados do fornecedor - CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço, telefone, nome do vendedor e prazo de entrega do produto ou serviço e informação quanto ao frete (CIF ou FOB);
d) No caso de aquisição de equipamentos, informar o tempo de garantia;
e) Informar ainda a previsão de entrega dos serviços/mercadorias.

4. Disposições finais
4.1 Não serão aceitas propostas que apresentem preço global ou unitário simbólicos, irrisórios ou de valor zerado, incompatíveis com os preços pelo mercado.
4.2 O INSTITUTO CEM não tem a obrigação de contratar o serviço publicado, e podendo optar também, na contratação parcial destes.

Setor de Compras

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

HUGO SUS
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS

SES Secretaria de Estado da Saúde

GOIÁS É POR VOCÊ QUE A GENTE FAZ
GOVERNO DO ESTADO

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS / SERVIÇOS

Goiânia, 18/03/24

N° MEMORANDO: 122/DASF	**COD. DOCCEM:51353**	**N° MV:57371**
ASSUNTO: solicitação de compra emergencial de medicamento não padronizado grampeadores		
SETOR SOLICITANTE		**RESPONSÁVEL**
DASF		Patricia Fausta
DIRETORIA IMEDIATA		**RESPONSÁVEL**
Diretoria Administrativa		Karla Azeredo R. de Castro

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS
Conforme Documento Anexo

*** ANEXAR DOCUMENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, SE NECESSÁRIO**

DETALHAMENTO:
Solicitação de compra emergencial de material não padronizado – grampeador da marca Covidien, devido ao estoque alto de cargas desta marca Pacientes: Carlos Roberto Lemos Elias,Geraldo Lima da Silva, Mareni Francisca de Jesus Araujo
OBSERVAÇÕES:

ENDEREÇO DE ENTREGA:	Avenida 31 de março esquina com 5º radial s/n setor Pedro Ludovico – Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO – CEP: 74 820-300

Ana Paula Pimenta e Silva Farmacêutica CRF-GO 4514 **ASSINATURA / CARIMBO SOLICITANTE**	**De acordo:** Ana Paula Pimenta e Silva Farmacêutica CRF-GO 4514 **ASSINATURA / CARIMBO COORDENAÇÃO IMEDIATA**

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	FARMÁCIA		
	FORMULÁRIO		
	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO		
	FOR.FARM.002	Revisão: 00	Vigência: 21/07/2023

DADOS DO PACIENTE		
Nome: CARLOS ROBERTO LEMOS ELIAS	Idade	Sexo X Masc. ☐ Fem.
Nº Prontuário 434238	Leito:	

Diagnóstico: MEGACOLON CHAGASICO CID K59.3

Medicamento/ Material solicitado: GRAMPEADOR LINEAR 80MM + 2 CARGA EXTRA 80MM.
(PREFERENCIA POR GRAMPEADOR DE 3 LINHAS DE SUTURA)

Justificativa: REDUÇÃO DE TEMPO CIRURGICO, OTIMIZAÇÃO DE ANASTOMOSE, CELERIDADE DE POS OPERATORIO COM REDUÇÃO DE TEMPO DE INTERNAÇÃO

Posologia (mg/hora)	Previsão do tratamento	Custo Unitário
USO UNICO	04/03/2024	

MEDICAMENTO/ MATERIAL

Interessa acrescentá-lo na padronização: ☐ Sim ☒ Não

Principais indicações:

Justificativa da escolha em relação a outro substituto presente na padronização:

Quais MAT/MED padronizados devem ser excluídos com a substituição proposta:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Alex Caetano dos Sa
Cirurgião Geral
Supervisor do PRM de Cirurgia Geral
CRM-GO 8500 / RQE
COREME/HUG

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Evidência clínica/referências bibliográficas:

Relacionar a eficácia e/ou custo-benefício que justifiquem a solicitação:

*** Obrigatório o preenchimento de todos os campos**

SOLICITANTE		
Identificação do médico/enfermeiro solicitante		
Nome:		
CRM/COREN	Data 04 / /03 / 2024	Assinatura e Carimbo Alex Caetano dos Santos Cirurgião Geral Supervisor do PRM de Cirurgia Geral/Trauma CRM-GO 8500 / RQE COREME/HUGO
Coordenador da área		
Nome:		
CRM/COREN	Data / /	Assinatura e Carimbo

*** Obrigatório o preenchimento de todos os campos**

AUTORIZAÇÃO – Diretoria Técnica		
☒ Sim		☐ Não
Justificativa:		
Data: 15/03/2024	Assinatura e Carimbo	Roberto Zonta Diretor Técnico Médico CRM-GO 14641

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	FARMÁCIA		
	FORMULÁRIO		
	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO		
	FOR.FARM.002	Revisão: 00	Vigência: 21/07/2023

PARECER	
Farmácia:	Assinatura e Carimbo Priscila R. F. Ribeiro Farmacêutica CRF-GO 11204 Data: 14 / 03 / 24
Comissão de padronização:	Assinatura e Carimbo Data: / /
Diretoria Administrativa:	Assinatura e Carimbo Data: / /

Alex Caetano dos S
Cirurgião Ger
Supervisor do PRM de Cirurgia Ge
CRM-GO 8500 / RQ
COREME/HU

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

FORMALIZO POR MEIO DESDE DOCUMENTO O TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE OPME DESTINADO A OUTRO PACIENTE COM PROGRAMAÇÃO CIRURGICA ELETIVA, O SENHOR (PRONTUARIO), PARA O USO EM CARATER DE URGENCIA PARA ESTE PACIENTE, O SENHOR CARLOS ROBERTO LEMOS ELIAS (ATENDIMENTO 665766). FAÇO NOVA SOLICITAÇÃO DE COMPRA PARA REPOSIÇÃO DO EQUIPAMENTO. EQUIPE DE CIRURGIA GERAL À DISPOSIÇÃO.

Alex Caetano dos Santos
Cirurgião Geral
Supervisor do PRM de Cirurgia Geral/Trauma
CRM-GO 8500 / RQE
COREME/HUGO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Sistema Único da Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Indentificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
2 - CNES: 2338262
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECULTANTE: HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
4 - CNES: 2338262

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: CARLOS ROBERTO LEMOS ELIAS
6 - PRONTUÁRIO: 665766
7 - CARTÃO NCACIONAL DO SUS: 704206755958889
8 - DATA DE NASCIMENTO: 14/08/1983
9 - SEXO: M
10 - RAÇA/COR: 3 - Parda
11 - NOME DA MÃE: NORMI PEREIRA LEMOS
12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
14 - CONTATO DO RESPONSÁVEL:
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA POETA JOAQUIM BONIFACIO Q30 LT028 CASA 3 VILA CONCORDIA 0 VILA CONCORDIA
16 - MONICÍPIO DE RESIDENCIA: GOIANIA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: GOIANIA
18 - UF: GO
19 - CEP: 74770325

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE INTERNADO DEVIDO A TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR ARMA BRANCA, SUBMETIDO A LAPAROTOMIA COM CONFECÇÃO DE COLOSTOMIA. NECESSITA DE INTERNAÇÃO CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DO TRANSITO INTESTINAL

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EXAME FISICO, ANANMNESE E COLONOSCOPIA.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: S365 - TRAUMATISMO DO COLON
24 - CID 10 PRINCIPAL: S365
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0407020063
29 - CLÍNICA: CIRÚRGICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: ELETIVO
31 - DOCUMENTO: (x) CNS ( ) CPF
32 - Nº CNS/CPF DO PROF. SOLICITANTE: 708607519652186
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: PEDRO REIS GUTLER
34 - DATA SOLICITAÇÃO: 29/01/2024
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO):

Alex Caetano dos Santos
Chefe de Cirurgia Geral/Trauma/HUGO
Supervisor do RAM de Cirurgia Geral
CRM-GO 8500 / RQE 4722
COREME/HUGO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ○ ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ○ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ○ ACIDENTE TRABALHO TAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

○ EMPREGADO ○ EMPREGADOR ○ AUTÔNOMO ○ DESEMPREGADO ○ APOSENTADO ○ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: ○ CNS ○ CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	FARMÁCIA		
	FORMULÁRIO		
	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO		
	FOR.FARM.002	Revisão: 00	Vigência: 21/07/2023

DADOS DO PACIENTE		
Nome: GERALDO LIMA DA SILVA	Idade	Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.
Nº Prontuário 383376	Leito:	

Diagnóstico: COLOSTOMIA CID Z93.3

Medicamento/ Material solicitado: GRAMPEADOR LINEAR 80MM
(PREFERENCIA POR GRAMPEADOR DE 3 LINHAS DE SUTURA)

Justificativa: REDUÇÃO DE TEMPO CIRURGICO, OTIMIZAÇÃO DE ANASTOMOSE, CELERIDADE DE POS OPERATORIO COM REDUÇÃO DE TEMPO DE INTERNAÇÃO

Posologia (mg/hora)	Previsão do tratamento	Custo Unitário
USO UNICO	01/03/2024	

MEDICAMENTO/ MATERIAL

Interessa acrescentá-lo na padronização: ☐ Sim ☒ Não

Principais indicações:

Justificativa da escolha em relação a outro substituto presente na padronização:

Quais MAT/MED padronizados devem ser excluídos com a substituição proposta:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	FARMÁCIA		
	FORMULÁRIO		
	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO		
	FOR.FARM.002	Revisão: 00	Vigência: 21/07/2023

Evidência clínica/referências bibliográficas:

Relacionar a eficácia e/ou custo-benefício que justifiquem a solicitação:

*** Obrigatório o preenchimento de todos os campos**

SOLICITANTE		
Identificação do médico/enfermeiro solicitante		
Nome:		
CRM/COREN	Data 01 / 03 / 2024	Assinatura e Carimbo Andressa Pereira Médica CRM-GO 26191
Coordenador da área		
Nome:		
CRM/COREN	Data / /	Assinatura e Carimbo

*** Obrigatório o preenchimento de todos os campos**

AUTORIZAÇÃO – Diretoria Técnica	
☒ Sim	☐ Não
Justificativa:	
Data: 15/03/2024	Assinatura e Carimbo Roberto Zonta Diretor Técnico Médico CRM-GO 14641

CÓPIA NÃO CONTROLADA

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	FARMÁCIA		
	FORMULÁRIO		
	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO		
	FOR.FARM.002	Revisão: 00	Vigência: 21/07/2023

PARECER	
Farmácia:	Assinatura e Carimbo Priscila R. F. Ribeiro Farmacêutica CRF-GO 11204 Data: 14 / 03 / 24
Comissão de padronização:	Assinatura e Carimbo Data: / /
Diretoria Administrativa:	Assinatura e Carimbo Data: / /

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Paciente: 135704 - GERALDO LIMA DA SILVA

Mãe: MARIA DAS DORES

Data de Nascimento: 21-11-1938 **Idade:** 85 anos, 3 meses e 10 dias

Prestador Assistente: RAFAEL YUDI SCALLA CUNHA HOSHINO

Conselho / Número Cons.: CRM - 021552 **Função: MEDICO(A)**

EVOLUÇÃO MÉDICA (LIVRE)

Atendimento 8210338 **Leito:** UTI I L 8 **Admissão:** 27/02/2024 18:08

Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 46789429 (FECHADO)

Prestador(a) Responsável: ANDRESSA OLIVEIRA PEREIRA - CRM 26191 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência: 01/03/2024

Data/Hora do Documento: 01/03/2024 17:27

CIRURGIA GERAL - CC

FORMALIZO POR MEIO DESDE DOCUMENTO O TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE OPME DESTINADO A OUTRO PACIENTE COM PROGRAMAÇÃO CIRURGICA ELETIVA, O SENHOR (PRONTUARIO), PARA O USO EM CARATER DE URGENCIA PARA ESTE PACIENTE, O SENHOR GERALDO LIMA DA SILVA (ATENDIMENTO 8210338). FAÇO NOVA SOLICITAÇÃO DE COMPRA PARA REPOSIÇÃO DO EQUIPAMENTO. EQUIPE DE CIRURGIA GERAL À DISPOSIÇÃO.

Andressa Pereira
Medica
CRM-GO 26191

ANDRESSA OLIVEIRA PEREIRA
CRM 26191

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Sistema Único da Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Indentificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
2 - CNES: 2338262
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
4 - CNES: 2338262

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GERALDO LIMA DA SILVA
6 - PRONTUÁRIO: 135704
7 - CARTÃO NCACIONAL DO SUS: 708700142271792
8 - DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1938
9 - SEXO: M
10 - RAÇA/COR: 3 - Parda
11 - NOME DA MÃE: MARIA DAS DORES
12 - TELEFONE DE CONTATO: 62 991609244
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
14 - CONTATO DO RESPONSÁVEL:
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA MB 3 RESIDENCIAL MORADA DO BOSQUE QD20 LT28 0 QD20 LT28 RESIDENCIAL MORADA DO BOSQUE
16 - MONICÍPIO DE RESIDENCIA: SENADOR CANEDO
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: SENADOR CANEDO
18 - UF: GO
19 - CEP: 75250584

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TUMOR GÁSTRICO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
ACIMA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
TC DE ABDOME

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: C163 - NEOPLASIA MALIGNA DO ANTRO PILORICO
24 - CID 10 PRINCIPAL: C163
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: LAPAROTOMIA EXPLORADORA
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0407040161
29 - CLÍNICA: CIRÚRGICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
31 - DOCUMENTO: (x) CNS ( ) CPF
32 - Nº CNS/CPF DO PROF. SOLICITANTE: 708007328238828
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANDRESSA OLIVEIRA PEREIRA
34 - DATA SOLICITAÇÃO: 01/03/2024
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO): Andressa Pereira Medica CRM-GO 26191

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - O ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - O ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - O ACIDENTE TRABALHO TAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
O EMPREGADO O EMPREGADOR O AUTÔNOMO O DESEMPREGADO O APOSENTADO O NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR:
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: O CNS O CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	FARMÁCIA		
	FORMULÁRIO		
	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO		
	FOR.FARM.002	Revisão: 00	Vigência: 21/07/2023

DADOS DO PACIENTE		
Nome: MARENI FRANCISCA DE JESUS ARAUJO	Idade	Sexo ☐ Masc. ☒ Fem.
Nº Prontuário 434238	Leito:	

Diagnóstico: MEGACOLON CHAGASICO CID K59.3

48569 COVIDIEN

Medicamento/ Material solicitado: GRAMPEADOR LINEAR 80MM + ~~2 CARGA~~ EXTRA 80MM.
(PREFERENCIA POR GRAMPEADOR DE 3 LINHAS DE SUTURA)

Justificativa: REDUÇÃO DE TEMPO CIRURGICO, OTIMIZAÇÃO DE ANASTOMOSE, CELERIDADE DE POS OPERATORIO COM REDUÇÃO DE TEMPO DE INTERNAÇÃO

Posologia (mg/hora)	Previsão do tratamento	Custo Unitário
USO UNICO	04/03/2024	

MEDICAMENTO/ MATERIAL

Interessa acrescentá-lo na padronização: ☐ Sim ☒ Não

Principais indicações:

Justificativa da escolha em relação a outro substituto presente na padronização:

Quais MAT/MED padronizados devem ser excluídos com a substituição proposta:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Alex Caetano dos Santos
Cirurgião Geral
Supervisor do PRM de Cirurgia Geral/Trauma
CRM-GO 8500 / RQE 47
COREME/HUGO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Evidência clínica/referências bibliográficas:

_____

_____

_____

Relacionar a eficácia e/ou custo-benefício que justifiquem a solicitação:

_____

_____

*** Obrigatório o preenchimento de todos os campos**

SOLICITANTE		
Identificação do médico/enfermeiro solicitante		
Nome:		
CRM/COREN	Data 04 / /03 / 2024	Assinatura e Carimbo Alex Caetano dos Santos Cirurgião Geral Supervisor do PRM de Cirurgia Geral/Trauma CRM-GO 8500 / RQE 47 COREME/HUGO
Coordenador da área		
Nome:		
CRM/COREN	Data / /	Assinatura e Carimbo

*** Obrigatório o preenchimento de todos os campos**

AUTORIZAÇÃO – Diretoria Técnica	
X Sim	☐ Não
Justificativa:	
Data: 15 / 03 / 2024	Assinatura e Carimbo Roberto Zonta Diretor Técnico Médico CRM-GO 14641

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

PARECER	
Farmácia:	Assinatura e Carimbo Priscila R. F. Ribeiro Farmacêutica CRF-GO 11204 Data: 14 / 03 / 24
Comissão de padronização:	Assinatura e Carimbo Data: / /
Diretoria Administrativa:	Assinatura e Carimbo Data: / /

Alex Caetano dos Santos
Cirurgião Geral
Supervisor do PRM de Cirurgia Geral/Trauma
CRM-GO 8500 / RQE 4
COREME/HUGO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Sistema Único da Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Indentificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
2 - CNES: 2338262
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECULTANTE: HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
4 - CNES: 2338262

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARENI FRANCISCA DE JESUS ARAUJO
6 - PRONTUÁRIO: 434238
7 - CARTÃO NCACIONAL DO SUS: 164071657500007
8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1968
9 - SEXO: F
10 - RAÇA/COR: 3 - Parda
11 - NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE JESUS
12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: USB 07 CONDUTOR ITALO
14 - CONTATO DO RESPONSÁVEL:
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA 6 UNIDADE 101 PARQUE ATHENEU 0 PARQUE ATHENEU
16 - MONICÍPIO DE RESIDENCIA: GOIANIA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: GOIANIA
18 - UF: GO
19 - CEP: 74893250

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR ABDOMINAL HA 3 DIAS, COM VOMITOS RECORRENTE. COM MELHORA ALGICA APOS ANALGESIA, SONDA NASOGASTRICA PRODUTIVA. SEM FLATOS OU FEZES. ABD: GLOBOSO, RHA DEBIO, NORMOTIMPÂNICO, NORMOTENSO, DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA, SEM SINAL DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TC ABDOME: Alças intestinais do delgado com distensão líquida e gasosa, sem outras alterações ao método, sem sinais obstrutivos ao método, podendo corresponder a enterite/ileíte e/ou íleo metabólico.
Acúmulo de resíduos fecais e gases no cólon ascendente

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ANAMNSE + EF + SINAIS VITAIS + TC DE ABDOME + BIOQUIMICA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: K929 - DOENCA DO APARELHO DIGESTIVO, SEM OUTRA ESPECIFICACAO
24 - CID 10 PRINCIPAL: K929
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO DIGESTIVO
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0303070102
29 - CLÍNICA: CIRÚRGICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
31 - DOCUMENTO: (x) CNS ( ) CPF
32 - Nº CNS/CPF DO PROF. SOLICITANTE: 700009688969901
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: MURILO GOMES BRAZ
34 - DATA SOLICITAÇÃO: 18/02/2024
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO):

Alex Caetano dos Santos
Cirurgião Geral
Supervisor do PRM de Cirurgia Geral
CRM GO 8500 / ROE
COREME/HUGO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ○ ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ○ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ○ ACIDENTE TRABALHO TAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ○ EMPREGADO ○ EMPREGADOR ○ AUTÔNOMO ○ DESEMPREGADO ○ APOSENTADO ○ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR:
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: ○ CNS ○ CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

FORMALIZO POR MEIO DESDE DOCUMENTO O TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE OPME DESTINADO A OUTRO PACIENTE COM PROGRAMAÇÃO CIRURGICA ELETIVA, O SENHOR (PRONTUARIO), PARA O USO EM CARATER DE URGENCIA PARA ESTE PACIENTE, O SENHOR MARENI FRANCISCA DE JESUS ARAUJO (ATENDIMENTO 434238). FAÇO NOVA SOLICITAÇÃO DE COMPRA PARA REPOSIÇÃO DO EQUIPAMENTO. EQUIPE DE CIRURGIA GERAL À DISPOSIÇÃO.

Alex Caetano dos Santos
Cirurgião Geral
Supervisor do PRM de Cirurgia Geral/Trauma/HUGO
CRM-GO 8500 / RQE 4722
COREME/HUGO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

GO - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS
ULMV - Sistema de Gerenciamento de Compras
latório de Solicitação de Compras

Emitido por: RH70472
Em: 18/03/2024 11:11

Solicitação: 57371
Solicitante: PATRICIA FAUSTA
Setor: 1065 CAF - HUGO
Motivo: 15 COMPRA EMERGENCIAL

Data Solic.: 18/03/2024
Data da Impressão: 18/03/2024
Situação: SOLICITADO

Data Máxima: 18/04/2024

Obs: a

Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
48569	GRAMPEADOR CIRURGICO LINEAR CORTANTE 80MM	A	UNIDADE	3,00	5,00	0,00	2,00	10/02/2024	700,0000	CIRURGICA DMG

Especificação: - COM BLOQUEIO DE SEGURANÇA AUTOMÁTICO;
- COM CARGA E RECARREGÁVEL;
- ADAPTÁVEL PARA DIFERENTES TIPOS DE TECIDO;
- LINHA DE CORTE DE 80 MM;
- ESTÉRIL E DE USO ÚNICO;
- REGISTRO NA ANVISA.
ALTURA DO GRAMPO: 3.8MM

Data: 18 de Março de 2024

Valor Total: 0,00
Valor Total da Solicitação

Emissor: 2.100,00
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.

Documento assinado eletronicamente por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, 476.308.411-91, DIRETOR GERAL, em 19/03/2024 às 10:06, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020

Documento assinado eletronicamente por CARLOS EDUARDO OLIVEIRA, 406.849.858-02, COMPRADOR, em 19/03/2024 às 13:26, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020

Documento assinado eletronicamente por KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO, 397.407.901-78, DIRETOR ADMINISTRATIVO, em 19/03/2024 às 14:41, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020

Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 19/03/2024 às 20:58, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 368696 e o código verificador 51353.