



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL	
Processo nº E-27/1321	053 120 16
Data 26/8/16	Fls. 06
Rubrica	ID 2T8T3M5

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1) DA JUSTIFICATIVA:**

Este Termo de Referência tem por objetivo estabelecer as condições para a contratação de empresa especializada na prestação de serviços gráficos, com o objetivo de produzir 2 (dois) impressos utilizados pelo 1º Grupamento de Socorro de Emergência (GSE): Registro de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH) V 4.1 e Ficha de controle de insumos (FCI).

Estes impressos são importantes para o registro detalhado dos socorros realizados (RAPH) e do consumo de insumos e medicamentos durante estes socorros (FCI), operacionalizados pelas ambulâncias que compõem o Atendimento pré-Hospitalar desta corporação.

O impresso RAPH deverá ser numerado, o que é fundamental para a identificação de cada socorro sob o ponto de vista ético, jurídico e de sistema de informações corporativo.





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
Processo nº E-27/1321 053 12096  
Data 26/8/16 Fls. 02  
Rubrica 0 ID 8585341

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA

**2) DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:**

ITEM	PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SIGA
01	<b>Registro de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH) V 4.1:</b> Bloco formato 31,5 x 21,5 cm, com 100 folhas (50x2) frente e verso, sendo a primeira via em papel offset com gramatura aproximada de 75 g, na cor branca e a segunda via com papel S/B com gramatura aproximada de 75 g, na cor amarela. Logotipos coloridos conforme solicitação do órgão requisitante. Preenchimento numérico sequencial em todos os impressos, cujo numeral deverá ser solicitado ao requisitante antes da confecção (Item 3.3). A empresa vencedora do certame deverá realizar a entrega de forma fracionada, sendo 1.200 blocos a cada 2 meses, totalizando os 7.200 blocos solicitados em até 12 meses.	7.200	144733
02	<b>Ficha de Controle de Insumos (FCI):</b> Bloco formato 31,5 x 21,5 cm, com 50 folhas (50x1), em papel offset e gramatura aproximada de 70 g, na cor branca. Somente frente. Logotipos coloridos conforme solicitação do órgão requisitante. A empresa vencedora do certame deverá realizar a entrega de forma fracionada, sendo 600 blocos a cada 2 meses, totalizando os 3.600 blocos solicitados em até 12 meses.	3.600	136774



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL			
Processo nº E-2711321	053	120	16
Data	26/8/16	Fls.	08
Rubrica	0	ID	2581345

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

**3) DA MEMÓRIA DE CÁLCULO:**

Os quantitativos solicitados baseiam-se na demanda para 12 meses de atendimento do APH móvel, considerando o Consumo Médio Mensal (CMM) histórico dos últimos 2 anos (2014 e 2015) de liberação de cada item, acrescida de 20%, que caracterizam o estoque de segurança.

$$Q = (CMM \times 12) + 20\% (ES)$$

**Q: Quantitativo Solicitado**

**CMM: Consumo Médio Mensal (2014 e 2015)**

**ES: Estoque de Segurança**

**4) DA ENTREGA E CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO**

**4.1** - A aquisição do material dar-se-á conforme estabelecido neste Termo de Referência, assim como na forma das deliberações técnicas específicas emanadas pelo 1º Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do CBMERJ.

**4.2** – A entrega deverá ser realizada de forma fracionada, sendo 1.200 blocos de RAPH e 600 blocos de FCI a cada 2 meses, totalizando os 7.200 blocos e 3.600 solicitados, respectivamente, em até 12 meses, no Endereço Av. Bartolomeu de Gusmão, N° 850. São Cristóvão, RJ (Almoxarifado Médico e Farmácia - AMF do 1º GSE), em data e horário agendados previamente com a chefia deste setor, pelo telefone (021) 23342225.

**4.3** – A empresa contratada deverá realizar contato prévio com o setor solicitante, Almoxarifado Médico e Farmácia do 1º GSE, pelos telefones (021) 23342225 ou 985969010, e pelo





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL		
Processo nº E-27/1321_053_12016		
Data	26/8/16	Fls. 09
Rubrica	Q	ID 3585345

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

e-mail [pedidomensal@cbmerj.rj.gov.br](mailto:pedidomensal@cbmerj.rj.gov.br), a cada 2 meses, para definição da continuidade da numeração dos formulários e de possíveis alterações do conteúdo. **Em nenhuma hipótese, a licitada poderá iniciar a impressão e a numeração dos formulários sem consultar o referido setor quanto a possíveis alterações ou a numeração subsequente.**

**4.4** - Quando da entrega, o produto deverá estar em perfeitas condições, e as embalagens não danificadas.

**5) QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

I - Comprovação de aptidão, através de Atestados de Capacidade Técnica, fornecidos por Pessoas Jurídicas de Direito Público ou Privado, que demonstrem o fornecimento pela empresa do item objeto do certame em quantitativo compatível com o solicitado neste processo, e com prazos semelhantes;

II - Declaração de Existência de Instalações e de Equipamentos (parque gráfico) adequados e disponíveis para a realização do objeto da presente licitação, na forma do § 6º do Art. 30 da Lei nº 8.666/93.

**6) CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS:**





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
Processo nº E-27/1321 053 /2016  
Data 26/8/16 Fls. 10  
Rubrica D ID 2587375

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA

6.1- O pregão eletrônico reger-se-á pelo tipo **MENOR PREÇO GLOBAL POR LOTE.**

**7) RESULTADOS ESPERADOS:**

Com a contratação, espera-se a cobertura da demanda da Corporação no fornecimento de impressos utilizados nas ambulâncias que compõem o APH desta corporação.

**8) SANÇÕES:**

8.1 A inexecução dos serviços, total ou parcial, a execução imperfeita, a mora na execução ou qualquer inadimplemento ou infração contratual, sujeitará o contratado, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, às seguintes penalidades, que deverá(ão) ser graduada(s) de acordo com a gravidade da infração:

- a) advertência;
- b) multa administrativa;
- c) suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública;
- d) declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública.

8.1.1 - A sanção administrativa deve ser determinada de acordo com a natureza e a gravidade da falta cometida.

8.1.2 - Quando a penalidade envolver prazo ou valor, a natureza e a gravidade da falta cometida também deverão ser considerados para a sua fixação.





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL	053	120/16
Processo nº E-27/1321	Data 26/8/16	Fls. 11
Rubrica (1)		ID 2587345

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

8.1.3 - A imposição das penalidades é de competência exclusiva do órgão licitante, devendo ser aplicada pela autoridade competente, na forma abaixo descrita:

- a) a advertência e a multa, previstas nas alíneas a e b, do caput, serão impostas pelo Ordenador de Despesa, na forma do parágrafo único, do art. 35, do Decreto Estadual nº 3.149/80;
- b) a suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, prevista na alínea c, do caput, será imposta pelo próprio Secretário de Estado ou pelo Ordenador de Despesa, na forma do parágrafo único, do art. 35, do Decreto Estadual nº 3.149/80, devendo, neste caso, a decisão ser submetida à apreciação do próprio Secretário de Estado.
- c) a aplicação da sanção prevista na alínea d, do *caput*, é de competência exclusiva do Secretário de Estado.

8.1.4 - A multa administrativa, prevista na alínea b, do *caput*:

- a) corresponderá ao valor de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do Contrato, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas;
- b) poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra;
- c) não tem caráter compensatório e seu pagamento não exime a responsabilidade por perdas e danos das infrações cometidas;
- d) deverá ser graduada conforme a gravidade da infração;
- e) nas reincidências específicas, deverá corresponder ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento) do valor do contrato ou do empenho, conforme preceitua o artigo 87 do Decreto Estadual n.º 3.149/80.





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL	
Processo nº E-27/1321	053
Data	26/8/16
Rubrica	ID 2585345

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

8.1.5 - A suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, prevista na alínea c, do caput:

- a) não poderá ser aplicada em prazo superior a 2 (dois) anos;
- b) sem prejuízo de outras hipóteses, deverá ser aplicada quando o adjudicatário faltoso, sancionado com multa, não realizar o depósito do respectivo valor, no prazo devido.

8.1.6 - A declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, prevista na alínea d, do caput, perdurará pelo tempo em que os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração Pública pelos prejuízos causados.

8.1.7 - A reabilitação referida pelo parágrafo sexto poderá ser requerida após 2 (dois) anos de sua aplicação.

8.1.8 - O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de mora de 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor do contrato, da nota de empenho ou do saldo não atendido, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas.

8.1.9 - Se o valor das multas previstas na alínea b, do caput, e no parágrafo oitavo, aplicadas cumulativamente ou de forma independente, forem superiores ao valor da garantia prestada, além da perda desta, responderá o infrator pela sua diferença, que será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou cobrada judicialmente.

8.1.10 - A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL	
Processo nº E-27/132	053
Data	26/8/16
Rubrica	ID 2587347
Fls.	13

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

8.1.11 - A aplicação de qualquer sanção será antecedida de intimação do interessado que indicará a infração cometida, os fatos e os fundamentos legais pertinentes para a aplicação da penalidade, assim como a penalidade que se pretende imputar e o respectivo prazo e/ou valor, se for o caso.

8.1.12 - Ao interessado será garantido o contraditório e a defesa prévia.

8.1.13 - A intimação do interessado deverá indicar o prazo e o local para a apresentação da defesa.

8.1.14 - A defesa prévia do interessado será exercida no prazo de 5 (cinco) dias úteis, no caso de aplicação das penalidades previstas nas alíneas a, b e c, do caput, e no prazo de 10 (dez) dias, no caso da alínea d.

8.1.15 - Será emitida decisão conclusiva sobre a aplicação ou não da sanção, pela autoridade competente, devendo ser apresentada a devida motivação, com a demonstração dos fatos e dos respectivos fundamentos jurídicos.

8.1.16 - Os licitantes, adjudicatários e contratantes que forem penalizados com as sanções de suspensão temporária da participação em licitação e impedimento de contratar e a declaração de inidoneidade para licitar e contratar por qualquer Ente ou Entidade da Administração Federal, Estadual, Distrital e Municipal ficarão impedidos de contratar com a Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro enquanto perdurarem os efeitos da respectiva penalidade.

8.1.17 - As penalidades serão registradas pelo CONTRATANTE no Cadastro de Fornecedores do Estado, por meio do SIGA.

8.1.18 - Após o registro mencionado no parágrafo acima, deverá ser remetido para a Coordenadoria de Cadastros da Subsecretaria de Recursos Logísticos da SEPLAG o extrato de





SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
Processo nº E-27/132/ 053 120.76
Data 26/8/16 Fls. 14
Rubrica 0 ID 25853475

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
ALMOXARIFADO MÉDICO E FARMÁCIA**

publicação no Diário Oficial do Estado do ato de aplicação das penalidades citadas nas alíneas c e d do caput, de modo a possibilitar a formalização da extensão dos seus efeitos para todos os órgãos e entidades da Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro 22 de Julho de 2016

*Rivelli*  
Regiane de Fatima Rivelli  
**REGIANE DE FATIMA RIVELLI**  
COMANDANTE DO GSE  
CAP BM QOS/FARM/08 RG 41.715  
Chefe do Almoxarifado Médico do 1º GSE

APROVO O PRESENTE TERMO DE REFERÊNCIA:

*Rosemary Provenzano Thami*  
ROSEMARY PROVENZANO THAMI  
CEL. BM QOS /Méd/93  
COMANDANTE DO GSE  
CBMERJ 17560 - CBMERJ 52-46912

**CEL BM ROSEMARY PROVENZANO THAMI**  
**CEL BM QOS/Méd/93 RG 17.560**  
**Comandante do 1º GSE**

Data 26/8/10

RAPH / VAF

01. RAPH

Rubrica

02. TIPO DE SOCORRO

03. EVENTO COM VITIMA

04. OS SOLICITADO EM APOIO

05. SIM

06. NÃO

07. SIM

08. NÃO



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO  
SUBSECRETARIA DE DEFESA CIVIL  
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



LOCAL DO EVENTO	06. LOGRADOURO	23. Nº DO EVENTO OU DO CHAMADO																																																																																	
	07. BAIRRO	CIGS _____ OBM/COCB _____																																																																																	
	08. MUNICÍPIO	24. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 1-CIGS <input type="checkbox"/> 1.VERMELHA <input type="checkbox"/> 2.AMARELA <input type="checkbox"/> 3.VERDE <input type="checkbox"/> 4.AZUL 2-SOCORRISTA <input type="checkbox"/> 1.VERMELHA <input type="checkbox"/> 2.AMARELA <input type="checkbox"/> 3.VERDE <input type="checkbox"/> 4.AZUL																																																																																	
	09. NÚMERO	10. REFERÊNCIA	25. CARACTERÍSTICA DO EVENTO																																																																																
	11. TIPO DE LOCAL	<input type="checkbox"/> 1.Via Pública <input type="checkbox"/> 2.Residência <input type="checkbox"/> 3.Escola <input type="checkbox"/> 4.Local de Prática Desportiva <input type="checkbox"/> 5.Bar ou Similar <input type="checkbox"/> 6.Comércio/Serviços <input type="checkbox"/> 7.Indústrias/Construção <input type="checkbox"/> 88.Ignorado <input type="checkbox"/> 99.Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. CLÍNICO <input type="checkbox"/> 2.ACIDENTES EVOLUÇÃO <input type="checkbox"/> 3.PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 4.OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 99.Outros: _____																																																																																
	12. NOME DO PACIENTE	26. CONFIGURAÇÃO DE SOCORRO										27. TIPO DE SAÍDA																																																																							
	13. ENDEREÇO DO PACIENTE (LOGRADOURO, BAIRRO, MUNICÍPIO E NÚMERO)	<input type="checkbox"/> 1.AVANÇADO <input type="checkbox"/> 2.BÁSICO <input type="checkbox"/> 3.INTERMEDIÁRIO										<input type="checkbox"/> 1.Isolada <input type="checkbox"/> 2.Em Combóio																																																																							
	14. OCUPAÇÃO	28. TIPO DE VIATURA										29. PREFIXO	30. BASE (OBM,DBM, ETC)																																																																						
	15. TELEFONE	16. DATA DE NASCIMENTO	17. IDADE	1. Horas 2. Dias 3. Meses 4. Anos 88.Ignorado	1. Ambulância <input type="checkbox"/> 5. Neonatal 2. Vatura Rápida (ASE L) <input type="checkbox"/> 6. Cegonha 3. Vatura Híbrida (ATE) <input type="checkbox"/> 7. Superavançada 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 8. Ambulância										<input type="checkbox"/> 99.Outros: _____																																																																				
	18. CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº (RG/CNS)	31. ACIONADA POR										32. ÁREA																																																																							
19. SEGURO-SAÚDE	<input type="checkbox"/> 1.CIGS <input type="checkbox"/> 2. OBM <input type="checkbox"/> 3. ASE Básica <input type="checkbox"/> 4. ASE Intermediária <input type="checkbox"/> 5. Vatura Rápida(ASE L) <input type="checkbox"/> 6. Vatura Híbrida (ATE) <input type="checkbox"/> 99.Outros: _____										<input type="checkbox"/> 1.Própria <input type="checkbox"/> 2.Outra  (nome da outra base)																																																																								
21. ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> 1.SIM <input type="checkbox"/> 2.NÃO <input type="checkbox"/> 88.IGNORADO	33. HORÁRIOS DE ATENDIMENTO										34. APOIO SOLICITADO:																																																																								
22. COR	<table border="1"><tr><td>1. Action. Socorro</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td>6. Saída 1º Hosp</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>2. Saída da Base</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td>7. Chegada 2º Hosp</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>3. Chegada Local</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td>9. Saída 2º Hosp</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>4. Saída do Local</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td>9. Retorno Base</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>5. Chegada 1º Hosp</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td>10. Action. em Trânsito</td><td>: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr></table>										1. Action. Socorro	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					6. Saída 1º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					2. Saída da Base	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					7. Chegada 2º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					3. Chegada Local	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					9. Saída 2º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					4. Saída do Local	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					9. Retorno Base	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					5. Chegada 1º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					10. Action. em Trânsito	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					1. Base  2. Acomodamento <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> : <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> 3. Chegada Local <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> :												
1. Action. Socorro	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					6. Saída 1º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																												
2. Saída da Base	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					7. Chegada 2º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																												
3. Chegada Local	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					9. Saída 2º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																												
4. Saída do Local	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					9. Retorno Base	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																												
5. Chegada 1º Hosp	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					10. Action. em Trânsito	: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																												
23. DADOS DA VITIMA	35. MOTIVO DO ATENDIMENTO/QP										36. TIPO DE OCORRÊNCIA	37. ACIDENTE DE TRANSPORTE	38. TIPO DE VITIMA	39. MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VITIMA	40. OUTRA PARTE ENVOLVIDA	41. DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	42. QUAL O ITEM DE SEGURANÇA EM USO	43. CONDIÇÕES AGRAVANTES																																																																	
	<input type="checkbox"/> 1. Dispnéia <input type="checkbox"/> 2. Convulsão <input type="checkbox"/> 3. Cefaléia <input type="checkbox"/> 4. Dor Abdominal <input type="checkbox"/> 5. Dor Tórica <input type="checkbox"/> 6. Inconsidênia <input type="checkbox"/> 7. Síncope <input type="checkbox"/> 8. Paresia/Parestesia <input type="checkbox"/> 9. Agitação <input type="checkbox"/> 10. Mal Estar <input type="checkbox"/> 11. Dor Lombar <input type="checkbox"/> 12. Dor MS <input type="checkbox"/> 13. Dor MI <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____																																																																																		
											36. TIPO DE OCORRÊNCIA	37. TIPO DE ACIDENTE	38. TIPO DE VITIMA	39. MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VITIMA	40. OUTRA PARTE ENVOLVIDA	41. DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	42. QUAL O ITEM DE SEGURANÇA EM USO	43. CONDIÇÕES AGRAVANTES																																																																	
											<input type="checkbox"/> 1. Acidente de Transporte <input type="checkbox"/> 2. Queda <input type="checkbox"/> 3. Agressão/Maus Tratos <input type="checkbox"/> 4. Queimadura <input type="checkbox"/> 5. Suicídio/Tentativa de <input type="checkbox"/> 6. Afogamento <input type="checkbox"/> 88. Ignorado <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. Colisão <input type="checkbox"/> 2. Atropelamento <input type="checkbox"/> 3. Queda de Moto <input type="checkbox"/> 4. Queda de Bicleta <input type="checkbox"/> 5. Capotamento <input type="checkbox"/> 88. Ignorado																																																																							
											<input type="checkbox"/> 99. Outros: _____																																																																								
44. QUEDA	a-Tipo de Queda	45. AGRESSÃO	46. QUEIMADURA	47. SUICÍDIO OU TENTATIVA DE	48. AFOGAMENTO	49. OUTROS ACIDENTES																																																																													
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> 4. Passageiro Traseiro <input type="checkbox"/> 88. Ignorado <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. Da Própria Altura <input type="checkbox"/> 2. Buraco <input type="checkbox"/> 3. Escada/Degrado <input type="checkbox"/> 4. Laje/Rebordo <input type="checkbox"/> 5. Árvore <input type="checkbox"/> 6. Leito <input type="checkbox"/> 88. Ignorado <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____  b-Altura da Queda _____ m	<input type="checkbox"/> 1. Apê <input type="checkbox"/> 7.Trem <input type="checkbox"/> 2. Automóvel <input type="checkbox"/> 8.Caminhão <input type="checkbox"/> 3. Motocicleta <input type="checkbox"/> 88. Ignorado <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. Força Corporal/Espancamento <input type="checkbox"/> 2. Arma de Fogo <input type="checkbox"/> 3. Arma Branca <input type="checkbox"/> 4. Objeto Contundente <input type="checkbox"/> 5. Envenenamento <input type="checkbox"/> 6. Substância/Objeto Quente <input type="checkbox"/> 7. Sexual <input type="checkbox"/> 88. Ignorado <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input type="checkbox"/> 7.Animal <input type="checkbox"/> 2. Motocicleta <input type="checkbox"/> 8.Trem <input type="checkbox"/> 3. Bicicleta <input type="checkbox"/> 9.Caminhão <input type="checkbox"/> 4. Ônibus/MCO <input type="checkbox"/> 77. Não se Aplica <input type="checkbox"/> 5. Van/Kombi <input type="checkbox"/> 88. Ignorado <input type="checkbox"/> 6. Objeto Fixo <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 77. Não se Aplica <input type="checkbox"/> 88. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Cinto de Segurança <input type="checkbox"/> 2. Air-Bag <input type="checkbox"/> 3. Cadeira/Assento para Criança <input type="checkbox"/> 4. Capacete <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____	<input type="checkbox"/> 1. Vítima Ejetada do veículo <input type="checkbox"/> 2. Desencarceramento >20min <input type="checkbox"/> 3. Óbito no Mesmo Veículo <input type="checkbox"/> 4. Acid Alta Velocidade																																																																												
50. USO/INDÍCIOS DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA nas 6h Anteriores	51. USO/INDÍCIOS DE USO DROGAS	52. Evento Ocorrido Durante o Trabalho ou no Trajeto do trabalho:	53. Evento Considerado pela Vítima como Acidente:	54. Evento Envolvendo Múltiplas Vítimas:	55. Acidente Envolvendo Produtos Perigosos:																																																																														
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado  3.Tipo <input type="checkbox"/> 1(5-10 vítimas) <input type="checkbox"/> 2(11-20 vítimas) <input type="checkbox"/> 3(acima de 20 vítimas)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado  Qual: _____																																																																														
56. ANTECEDENTES	57. ALERGIAS																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1. Sem Antecedentes <input type="checkbox"/> 5. IAM <input type="checkbox"/> 9. Epilepsia <input type="checkbox"/> 13. Depend. Química <input type="checkbox"/> 2. HAS <input type="checkbox"/> 6. ICC <input type="checkbox"/> 10. D. Mental <input type="checkbox"/> 14. Neoplasia <input type="checkbox"/> 3. DM <input type="checkbox"/> 7. DPOC <input type="checkbox"/> 11. Eúlismo <input type="checkbox"/> 15. Medicamento(s) em Uso <input type="checkbox"/> 4. AVE <input type="checkbox"/> 8. IRC <input type="checkbox"/> 12. Tabagismo	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Ignorado  Qual (s)? _____																																																																																		

EXAME FÍSICO	58. TRAUMA 1. Presença de Lesão <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO 2. Politrauma <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO										EVOLUÇÃO DE PARÂMETROS VITais			ABERT. OCULAR RESP. VERBAL RESP. MOTORA		
	59. PRINCIPAIS LESÕES	a. ESCORIÃO	b. CONTUSÃO	c. LACERAÇÃO	d. PENAETRANTE	e. FRATURA	f. ESMAGAMENTO	g. AMPUTAÇÃO	h. QUEIMADURA	i. HEMORragia	HORÁRIO	60. Primeira Avaliação	61. Última Avaliação			
		1. CRÂNIO									1. PA	x	x		6	OBEDE. COMANDOS
		2. FACE									2. FC				5	ORIENTADO LOCALIZA DOR
		3. PESCOÇO									3. FR				4	CONFUSO RETIRADA À DOR
		4. DORSO									4. GLICEMIA				3	À VOZ PAL. DESCONHEC. FLEXÃO ANORMAL
		5. TÓRAX									5. OXIMETRIA				2	À DOR SONS ININTELIG. EXTE. ANORMAL
		6. ABDOME									6. ESCALA DOR				1	AUSENTES AUSENTES
		7. PELVE									7. ESC. COMA				SUBTOTAL	
		8. MAMSS	E	D	E	D	E	D	E	D	E	F	G		8. ESC. TRAUMA	
9. MMII	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E			P.A. MÁXIMA ESCALA DE COMA		
													0	10 a 29 MAIS DE 89 13 a 15		
													3	MAIS DE 29 76 a 89 9 a 12		
													2	6 a 9 50 a 75 6 a 8		
													1	1 a 5 1 a 49 4 a 5		
													0	0 0 3		
													SUBTOTAL			
EXAME FÍSICO	62. VÍTIMA MANIPULADA ANTES DA GUARDAÇÃO	63. VIAS AÉREAS	64. RESPIRAÇÃO	65. CARDIOVASCULAR	66. PELE/MUCOSAS	67. NEUROLÓGICO	68. ABDOME	69. MEMBROS								
	<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 88. IGNORADO POR QUEM:	<input type="checkbox"/> 1. PÓRVEAS <input type="checkbox"/> 2. OBSTRUÍDAS 1. SE OBSTRUÍDAS, POR: <input type="checkbox"/> 1. Queda Língua <input type="checkbox"/> 2. CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> 3. EDEMA	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. MY ALTERADO 1. SE OBSTRUÍDAS, POR: <input type="checkbox"/> 1. Queda Língua <input type="checkbox"/> 2. CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> 3. EDEMA	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. S/PULSO PERIF. 1. SIBILOS/RONCOS 2. ESTERTORES 3. APNEA/BRAD 6. TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. PALIDEZ 1. SIBILOS/RONCOS 2. ESTERTORES 3. APNEA/BRAD 6. TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. DESORIENTAÇÃO 1. CIANOSE 2. ENCH CAP > 2s 5. SUDORESE FRIA 6. HIPOCORDADAS	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. DÉFICIT MOTOR 1. AGIT. PSICOMOTOR 2. INCONSCIÊNCIA 3. DECORTICAÇÃO 5. ANSÓCORIA 6. MIDRÍASE BILAT	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. DISTENDIDO 1. DOR À PALPAÇÃO 2. EVISCERACAO 5. RÍGIDO	<input type="checkbox"/> 1. SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> 2. EDEMA 1. FLÔGOSE 2. ALTER.COR 5. DEFORMIDADE							
OBS:	70. OBSERVAÇÕES EXAME FÍSICO															
ÓBITO	71. ÓBITO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	72. DETALHE DO ÓBITO <input type="checkbox"/> 1. JÁ EM ÓBITO <input type="checkbox"/> 2. ÓBITO DURANTE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 3. ÓBITO DURANTE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 4. ÓBITO AO DAR ENTRADA NO HOSPITAL														
ÓBITO	73. 1. DATA DA CONSTATAÇÃO ____ / ____ / ____	2. HORA DA CONSTATAÇÃO ____ : ____ h	74. CONSTATADO POR: 1. NOME DO MÉDICO: _____ 2. CRM: _____													
HD	75. CADÁVER AOS CUIDADOS DE															
CONDUTA REGULADA	76. 1. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PRIMÁRIA	2. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA SECUNDÁRIA														
CONDUTA REGULADA	77. CONDUTA REGULADA <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SE APLICA	78. NOME DO MÉDICO REGULADOR														
EVOLUÇÃO	79. VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> 1. SEM INTERVENÇÃO <input type="checkbox"/> 2. ABERTURA DEVAS <input type="checkbox"/> 3. ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 4. CÁNULA DE GUEDEL <input type="checkbox"/> 5. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> 6. ENTUBAÇÃO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> 7. MÁSCARA LARINGEA <input type="checkbox"/> 8. CRICOTIREOSTOMIA	80. CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> 9. VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> 10. TORACOCENTSE 11. MÁSCARA FACIAL 12. 02 L/min 13. NEBULIZAÇÃO 14. OXIMETRIA 99. Outros: _____	81. IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 1. SEM INTERVENÇÃO <input type="checkbox"/> 2. CERVICAL <input type="checkbox"/> 3. KED 4. PRANCHA LONGA 5. QUADRIL 6. MMSS 7. MMII 99. Outros: _____													
EVOLUÇÃO	83. QUADRO CLÍNICO <input type="checkbox"/> 1. MELHORA <input type="checkbox"/> 2. PIORA <input type="checkbox"/> 3. INALTERADO	84. DESFECHO <input type="checkbox"/> 1. VÍTIMA ATENDIDA E REMOVIDA <input type="checkbox"/> 3. VÍTIMA NÃO ATENDIDA <input type="checkbox"/> 2. VÍTIMA ATENDIDA E LIBERADA <input type="checkbox"/> 4. VÍTIMA RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 6. TRANSFERIDA P/OUTRA VTR. QUAL: _____	99. Outros: _____ 77. NÃO SE APLICA													
CRUZO DO EVENTO	85. INTERCORRÊNCIAS NA CENA DO EVENTO (SE VÍTIMA NÃO ATENDIDA) <input type="checkbox"/> 1. SEM INTERCORRÊNCIAS <input type="checkbox"/> 2. VÍTIMA JÁ REMOVIDA <input type="checkbox"/> 3. SOCORRO CANCELADO <input type="checkbox"/> 4. FALSO AVISO/TROTE 5. ENDEREÇO NÃO LOCALIZADO 6. PACIENTE NÃO ENCONTRADO NO LOCAL SOLICITADO 7. LOCAL DE DIFÍCIL ACESSO GEOGRÁFICO 8. CENÁRIO DE RISCO PARA EQUIPE 99. Outros: _____	86. INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 1. SEM INTERCORRÊNCIAS <input type="checkbox"/> 2. HIPOTENSÃO 3. HIPERTENSÃO 4. ARRITMIAS 5. VÔMITOS 6. QUEDA SATURAÇÃO O2 7. ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA 8. AGITAÇÃO PSICOMOTOR 99. Outros: _____	81. PERDA DO ACESSO VENOSO <input type="checkbox"/> 10. EXTRABAÇÃO 11. PCR 99. Outros: _____													
HOSPITAL	87. NOME DO HOSPITAL	92. NOME DO HOSPITAL														
88. INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	89. QUAIS INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. RECEBIDO COM CONFLITO <input type="checkbox"/> 3. RECUSOU RECEBER O PACIENTE <input type="checkbox"/> 2. RECEBIDO COM MACA PRESA <input type="checkbox"/> 99. OUTROS	93. INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. RECEBIDO COM CONFLITO <input type="checkbox"/> 3. RECUSOU RECEBER O PACIENTE <input type="checkbox"/> 2. RECEBIDO COM MACA PRESA <input type="checkbox"/> 99. OUTROS														
90. MOTIVO DA INTERCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 1. FALTA DE VAGA NA EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 5. FORA DE PERFIL DO HR <input type="checkbox"/> 2. FALTA DE VAGA EM UTI <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 3. FALTA DE ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> 4. FALTA DE EXAMES/MATERIAL	91. RUBRICA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL	94. QUAIS INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. FALTA DE VAGA NA EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 5. FORA DE PERFIL DO HR <input type="checkbox"/> 2. FALTA DE VAGA EM UTI <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 3. FALTA DE ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> 4. FALTA DE EXAMES/MATERIAL	95. MOTIVO DA INTERCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 1. FALTA DE VAGA NA EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 5. FORA DE PERFIL DO HR <input type="checkbox"/> 2. FALTA DE VAGA EM UTI <input type="checkbox"/> 99. Outros: _____													
Nº BAM/H.R.	97. Nº BAM HOSPITAL GUARDAÇÃO	98. CHEFE: 1.RG _____ 2. NOME DE GUERRA _____ 99. AUXILIAR: 1.RG _____ 2. NOME DE GUERRA _____ 100. CONDUTOR: 1.RG _____ 2. NOME DE GUERRA _____	101. RUBRICA E CARIMBO DO CHEFE DA GUARDAÇÃO													
OBS:	102. OBSERVAÇÕES GERAIS	FRV:	103. FICHA DE RECOLHIMENTO DE VALORES <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO													



## CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL

## 1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA (1º GSE)

FCI V2.0

## FICHA DE CONTROLE DE INSUMOS

NÚMERO DO RAPH: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

AVANÇADA ( ) INTERMEDIÁRIA ( )

NOME DA OBM: \_\_\_\_\_

PREFIXO DA VTR: \_\_\_\_\_

BÁSICA ( ) MOTO ( ) GOA ( ) NEO ( )

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
Processo nº E-27/1321 053 16  
Data 26/8/16 Fis. 16  
Rubrica N ID 2585345

COD	MEDICAMENTOS	QTD
A1	AAS 100MG COMPRIMIDO (UN)	
A2	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250MG/5ML AMP (UN)	
A3	ADENOSINA 6MG 2ML/AMP (UN)	
A4	ADRENALINA 1MG/ML AMP (UN)	
A5	AGUA DESTILADA 10ML/AMP (UN)	
A6	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML/AMP (UN)	
A7	AMIODARONA 50MG/ML 3ML/AMP (UN)	
A8	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML/AMP (UN)	
A9	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML/AMP (UN)	
A10	BROMOPRIDA 10MG 2ML/AMP (UN)	
A11	CAPTOPRIL 25MG/COMP (UN)	
A12	CETOPROFENO IM 100MG/FR (UN)	
A13	CETOPROFENO IV 100MG/FR (UN)	
A14	CLORETO DE POTÁSSIO 10% 10ML/AMP (UN)	
A15	CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML/AMP (UN)	
A16	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML/AMP (UN)	
A17	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML FR (UN)	
A18	DICLOFENACO SÓDIO 75MG/3ML AMP (UN)	
A19	DIPIRONA 500MG/ML 2ML/AMP (UN)	
A20	DOBUTAMINA 250MG/ML 20ML/AMP (UN)	
A21	DOPAMINA 5MG/ML 10ML/AMP (UN)	
A22	FENOTEROL 5MG/ML FR (GOTAS)	
A23	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML/AMP (UN)	
A24	GLICOSE HIPERTÔNICA 25% 10ML/AMP (UN)	
A25	GLICOSE HIPERTÔNICA 50% 10ML/AMP (UN)	
A26	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ML/AMP (UN)	
A27	HIDRALAZINA 20MG/ML AMP (UN)	
A28	HIDROCORTISONA 100MG/FR-AMP (UN)	
A29	HIDROCORTISONA 500MG/FR-AMP (UN)	
A30	HIOSCINA 20MG/ML 2ML/AMP (UN)	
A31	IPRATRÓPIO 0,250MG/ML FR (GOTAS)	
A32	ISOSSORBIDA 5MG COMP (UN)	
A33	LIDOCAINA 2% 20ML/FR (UN)	
A34	LIDOCAINA 2% 5ML/AMP (UN)	
A35	ME <sup>+</sup> TPREDNISOLONA 500 MG/FR (UN)	
A36	ME <sup>+</sup> OCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML/AMP (UN)	
A37	ME <sup>+</sup> OPROLOL 1MG/ML AMP (UN)	
A38	NITROGLICERINA 25MG 5ML/AMP (UN)	
A39	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG/AMP (UN)	
A40	NOREPINEFRINA 2MG/ML 4ML/AMP (UN)	
A41	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML/AMP (UN)	
A42	RANITIDINA 50MG/ML 2ML/AMP (UN)	
A43	SUXAMETÔNIO 100MG/FR (UN)	
A44	TENOXICAM 20MG FR-AMP (UN)	

COD	MEDICAMENTOS CONTROLADOS	QTD
C1	CETAMINA 50MG/ML 10ML/FR	
C2	DIAZEPAN 5MG/ML 2ML/AMP	
C3	FENITOÍNA SÓDICA 5% 5ML/AMP	
C4	FENOBARBITAL 200MG/2ML AMP	
C5	FENTANILA 50MCG/ML 5ML/AMP	
C6	FENTANILA 50MCG/ML 10ML/AMP	
C7	FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML/AMP	
C8	HALOPERIDOL 5MG/ML AMP	
C9	KIT ANTI RETROVIRAL (AZT + 3TC)	
C10	MIDAZOLAN 5MG/ML 3ML/AMP 15MG	
C11	MIDAZOLAN 5MG/ML 10ML/AMP 50 MG	
C12	MORFINA 10MG/ML AMP	
C13	NAOXONA 0,4MG/ML AMP	
C14	TRAMADOL 50MG/ML 2ML/AMP	
C15	VECURÔNIO 4MG FR-AMP	

COD	INSUMOS	QTD
D1	AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5 (UN)	
D2	AGULHA DESCARTÁVEL 25x07 (UN)	
D3	AGULHA DESCARTÁVEL 25x08 (UN)	
D4	AGULHA DESCARTÁVEL 30x07 (UN)	
D5	AGULHA DESCARTÁVEL 30x08 (UN)	
D6	AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 (UN)	
D7	ATADURA DE CREPOM 10CM (UN)	
D8	ATADURA DE CREPOM 15CM (UN)	
D9	ATADURA DE CREPOM 20CM (UN)	
D10	ATADURA DE CREPOM 30CM (UN)	
D11	CATETER UMBILICAL Nº3 (UN)	
D12	CATETER UMBILICAL Nº5 (UN)	
D13	CIRCUITO P/ ASPIRAÇÃO (UN)	
D14	CIRCUITO P/ OXIGENIOTERAPIA (UN)	
D15	CLAMP UMBILICAL (UN)	
D16	ELETRODO DE E.C.G (UN)	
D17	EQUIPO C/INJ LATERAL (UN)	
D18	EQUIPO DE BOMBA INFUSORA (UN)	
D19	EQUIPO (FOTO) BOMBA INFUSORA (UN)	
D20	EXTENSOR DE 60CM (PERFUSOR) (UN)	
D21	EXTENSOR DE 120CM (PERFUSOR) (UN)	
D22	FITA DE HGT ACCU-CHECK (UN)	
D23	FIXADOR DE TOT (UN)	
D24	JELCO INTRAVENOSO Nº14 (UN)	
D25	JELCO INTRAVENOSO Nº16 (UN)	
D26	JELCO INTRAVENOSO Nº18 (UN)	
D27	JELCO INTRAVENOSO Nº20 (UN)	
D28	JELCO INTRAVENOSO Nº22 (UN)	
D29	JELCO INTRAVENOSO Nº24 (UN)	
D30	KIT IDENTIFICAÇÃO (UN)	
D31	KIT PARTO	
D32	LÂMINA DE BISTURI (UN)	
D33	LANCETAS PARA PUNCÃO MANUAL (UN)	
D34	LUVA ESTÉRIL Nº7,0 (PAR)	
D35	LUVA ESTÉRIL Nº7,5 (PAR)	
D36	LUVA ESTÉRIL Nº8,0 (PAR)	
D37	LUVA ESTÉRIL Nº8,5 (PAR)	

COD	CONTINUAÇÃO INSUMOS	QTD
D38	LUVA PROCEDIMENTO TAM P (PAR)	
D39	LUVA PROCEDIMENTO TAM M (PAR)	
D40	LUVA PROCEDIMENTO TAM G (PAR)	
D41	MANTA TÉRMICA (UN)	
D42	MÁSCARA DESCARTÁVEL (UN)	
D43	MÁSCARA LARÍNGEA Nº03 (UN)	
D44	MÁSCARA LARÍNGEA Nº04 (UN)	
D45	MÁSCARA LARÍNGEA Nº05 (UN)	
D46	MÁSCARA N95 (UN)	
D47	POLIFIX 2 OU 4 VIAS NEO (UN)	
D48	POLIFIX 2 OU 4 VIAS ADULTO (UN)	
D49	SCALP INTRAVENOSO Nº19 (UN)	
D50	SCALP INTRAVENOSO Nº21 (UN)	
D51	SCALP INTRAVENOSO Nº23 (UN)	
D52	SCALP INTRAVENOSO Nº25 (UN)	
D53	SCALP INTRAVENOSO Nº27 (UN)	
D54	SERINGA DESCART 1ML (UN)	
D55	SERINGA DESCART 3ML (UN)	
D56	SERINGA DESCART 5ML (UN)	
D57	SERINGA DESCART 10ML (UN)	
D58	SERINGA DESCART 20ML (UN)	
D59	SERINGA DESCART 60ML (UN)	
D60	SONDA ASPIRAÇÃO Nº04 (UN)	
D61	SONDA ASPIRAÇÃO Nº06 (UN)	
D62	SONDA ASPIRAÇÃO Nº08 (UN)	
D63	SONDA ASPIRAÇÃO Nº10 (UN)	
D64	SONDA ASPIRAÇÃO Nº12 (UN)	
D65	SONDA ASPIRAÇÃO Nº14 (UN)	
D66	SONDA ASPIRAÇÃO Nº16 (UN)	
D67	SONDA ASPIRAÇÃO Nº18 (UN)	
D68	SONDA NASOGÁSTRICA Nº04 (UN)	
D69	SONDA NASOGÁSTRICA Nº06 (UN)	
D70	SONDA NASOGÁSTRICA Nº08 (UN)	
D71	SONDA NASOGÁSTRICA Nº10 (UN)	
D72	SONDA NASOGÁSTRICA Nº12 (UN)	
D73	SONDA NASOGÁSTRICA Nº14 (UN)	
D74	SONDA NASOGÁSTRICA Nº16 (UN)	
D75	SONDA NASOGÁSTRICA Nº18 (UN)	
D76	SONDA NASOGÁSTRICA Nº20 (UN)	
D77	TOT Nº2,0 (UN)	
D78	TOT Nº2,5 (UN)	
D79	TOT Nº3,0 (UN)	
D80	TOT Nº3,5 (UN)	
D81	TOT Nº4,0 (UN)	
D82	TOT Nº4,5 (UN)	
D83	TOT Nº5,0 (UN)	
D84	TOT Nº5,5 (UN)	
D85	TOT Nº6,0 (UN)	
D86	TOT Nº6,5 (UN)	
D87	TOT Nº7,0 (UN)	
D88	TOT Nº7,5 (UN)	
D89	TOT Nº8,0 (UN)	
D90	TOT Nº8,5 (UN)	
D91	TOT Nº9,0 (UN)	
D92	TOT Nº9,5 (UN)	

COD	SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME	QTD
B1	RINGER COM LACTATO 500ML BOLSA/FR (UN)	
B2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML BOLSA/FR (UN)	
B3	SORO GLICOSADO 5% 500ML BOLSA/FR (UN)	

MILITAR: \_\_\_\_\_

(GRADUAÇÃO/ NOME DE GUERRA)

RG: \_\_\_\_\_

(CARIMBO)