



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
CONTRATO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016

PROCESSO N.º 004/2016

TIPO DE LICITAÇÃO: MENOR VALOR POR ITEM

ENTREGA DOS ENVELOPES: 28/01/2016 das 08h30min às 9hs.

CREDENCIAMENTO: 28/01/2016 das 09h às 09h30min.

ABERTURA DAS PROPOSTAS: 28/01/2016 às 09h30min.

LOCAL PARA ENTREGA DOS ENVELOPES E CREDENCIAMENTO: Auditório da FAHECE na Rua Presidente Coutinho, n.º 160 – Centro – Florianópolis/SC – fone: (48) 3212-1350.

RECIBO DE EDITAL

EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016

PROCESSO N.º 004/2016

NOME DA LICITANTE: _____

CNPJ/MF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONES: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

PESSOA PARA CONTATO: _____

_____, ____/____/____

(Assinatura)

1 - ESTE RECIBO DEVERÁ SER DEVIDAMENTE PREENCHIDO E REMETIDO AO SETOR DE LICITAÇÕES PARA EVENTUAIS COMUNICAÇÕES AOS INTERESSADOS, ATRAVÉS DO E-MAIL licitacao@fahece.org.br

2 - TODA INFORMAÇÃO ADICIONAL DESTES CERTAME SERÁ DIVULGADA CONFORME EXIGÊNCIA EM LEI. **O NÃO ENVIO DESTES DOCUMENTOS OU PREENCHIMENTO INCORRETO EXIME A ADMINISTRAÇÃO DA OBRIGAÇÃO DE ENVIAR DIRETAMENTE À LICITANTE EVENTUAIS INFORMAÇÕES SOBRE ESTE PREGÃO.**

EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2015

PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016

PROCESSO N.º 004/2016

TIPO DE LICITAÇÃO: MENOR VALOR POR ITEM

ENTREGA DOS ENVELOPES: 28/01/2016 das 08h30min às 9hs.

CRENCIAMENTO: 28/01/2016 das 09h às 09h30min.

ABERTURA DAS PROPOSTAS: 28/01/2016 às 09h30min.

LOCAL PARA ENTREGA DOS ENVELOPES E CRENCIAMENTO: Auditório da FAHECE na Rua Presidente Coutinho, n.º 160 – Centro – Florianópolis/SC – fone: (48) 3212-1350.

A FAHECE - Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON, com sede na Rua Presidente Coutinho, 160 - Centro - Florianópolis - SC, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 86.897.113/0001-57, torna público, para conhecimento dos interessados, que o pregoeiro e sua equipe de apoio, designados através do Ato de Designação n.º 004/2016 por seu Presidente, reunir-se-ão no dia, hora e local indicados neste Edital, a fim de receber, abrir e examinar propostas e documentação de empresas que pretendam participar da licitação na modalidade **PREGÃO PRESENCIAL**, do tipo "**MENOR VALOR POR ITEM**", destinada ao recebimento de propostas para **REGISTRO DE PREÇOS** para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON**, a ser regido pela Lei n.º 10.520, de 17/07/2002, e pelas regras próprias de contratações da FAHECE aprovadas pela Instrução Normativa nº 011/2014, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei Federal n.º 8.666, de 21/06/1993 e suas alterações, conforme as exigências constantes neste Edital e seus Anexos.

São Partes integrantes deste Edital:

- **ANEXO I:** Minuta da Ata de Registro de Preço;
- **ANEXO II:** Declaração de cumprimento dos requisitos de Habilitação;
- **ANEXO III:** Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo de habilitação e de trabalho do menor;
- **ANEXO IV:** Declaração de inexistência de fato impeditivo à sua participação em licitação.
- **ANEXO V:** Atestado de Capacidade Técnica.
- **ANEXO VI:** Declaração expressa de que os produtos ofertados condizem com as especificações exigidas no Termo de Referência.
- **ANEXO VII:** Declaração expressa de que os preços contidos na proposta incluem todos os custos e despesas.
- **ANEXO VIII:** Modelos dos impressos e suas características.
- **ANEXO IX:** Modelo da Proposta de Preço e Planilha de Preço Máximo.

1 - DO OBJETO

1.1 O presente Edital tem por objeto a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON**.

1.2. Os Materiais, quantitativos e especificações, estão estabelecidos no **ANEXO IX** deste Edital, facultando-se à licitante a participação em quantos lotes forem de seu interesse.

2. DO PREÇO MÁXIMO

2.1. O preço máximo dos itens do objeto está estipulado na Planilha de Preço Máximo (**ANEXO IX**), e propostas com valores acima serão desclassificadas.

3 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes desta licitação correrão por conta de recursos advindos do **CONTRATO DE GESTÃO n.º 001/2007 e 002/2007 e seus termos aditivos**, firmado entre o Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria do Estado da Saúde, e a FAHECE.

4 - DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar desta licitação os interessados do ramo com atuação compatível com o objeto desta licitação e que atendam a todas as exigências constantes deste Edital.

4.2. A participação na licitação importa total e irrestrita submissão das licitantes às condições deste Edital, bem como a de arcar com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas.

4.3. As empresas deverão consultar o site desta Fundação (<http://www.fahece.org.br>) para informações sobre as fases e etapas da licitação (Link: Compras / Licitações), sendo facultada a este órgão a divulgação de informações por outro meio que garanta a ampla publicidade do processo.

4.4. Não poderão participar da presente as empresas:

- a) Concordatárias ou em processo de recuperação judicial ou de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- b) Que tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, ou que estejam com tal direito suspenso;
- c) Estrangeiras que não funcionem no País;
- d) Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, qualquer que seja sua forma de constituição;
- e) Empresa cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto deste Pregão;
- f) Empresas alcançadas por quaisquer das hipóteses elencadas no § 4º, do art. 3º, da Lei Complementar nº 123/2006.

4.5. Envio de proposta via postal:

a) As empresas que encaminharem suas propostas por via postal deverão indicar no anverso do envelope, além do endereço completo desta Fundação (descrito na página 1), as seguintes informações:

A/C DO PREGOEIRO

NÚMERO E MODALIDADE DA LICITAÇÃO

DATA E HORA DE ABERTURA DOS ENVELOPES

b) Caso os envelopes não tenham chegado à Divisão de Licitação até o horário aprazado, não se tomará conhecimento da proposta.

c) Se a licitante não credenciar nenhum representante para acompanhar as sessões, as propostas de preço e os documentos de habilitação, constantes no item 07 do presente Edital, deverão ser enviados em um terceiro envelope, juntamente com a declaração de cumprimento de habilitação (**ANEXO II**).

5 - DA REPRESENTAÇÃO E DO CREDENCIAMENTO

5.1. A licitante deverá ser representada por qualquer pessoa designada por procuração com firma reconhecida, acompanhada do Contrato ou Estatuto Social que comprove os poderes de quem os outorgou ao procurador (fotocópia autenticada), e documento de identidade civil do procurador.

5.1.1. Tratando-se de Representante Legal:

Ato Constitutivo da Empresa (Estatuto Social ou outro instrumento de registro comercial), devidamente registrado na Junta Comercial; e, no caso de Sociedade Por Ações, acompanhado dos documentos referentes às eleições de seus administradores. Em ambos os casos, deverão estar expostos nos documentos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura;

5.1.2. Tratando-se de Procurador:

a) Qualquer instrumento de procuração, do qual constem poderes para representar a licitante para formular lances, acompanhado do correspondente documento, dentre os indicados no Item anterior, que comprove os poderes do mandante para a outorga. A procuração deverá fazer-se acompanhar de documento comprobatório da capacidade do outorgante para constituir mandatários.

5.2. Os documentos exigidos nos subitens 5.1.1 e 5.1.2 do item 5.1 deverão ser apresentados em original ou por processo de cópia autenticada em cartório competente ou por um membro da equipe de apoio (desde que acompanhado do original), ou através da publicação em órgão da imprensa oficial.

5.3. Em ambos os casos do item 5.1, no momento do credenciamento deverá ser apresentada a Declaração de Pleno Atendimento aos Requisitos de Habilitação de acordo com o modelo estabelecido no **ANEXO II** deste Edital, que pode ser elaborada de próprio punho pelo representante legal.

5.4. Cada representante somente poderá representar uma única licitante. Nenhuma pessoa física, ainda que munida de procuração, poderá representar mais de uma empresa neste PREGÃO, exceto para Itens diferentes, sob pena de exclusão sumária de ambas as licitantes representadas.

5.5. Não será permitido o credenciamento de menores de 18 (dezoito) anos, exceto se emancipados.

5.6. Durante o trabalho só será permitida a manifestação oral ou escrita do representante legal ou credenciado da licitante, cujas declarações a obrigarão administrativa e civilmente.

5.7. O prazo para credenciamento encerra-se no momento da abertura do primeiro envelope contendo as propostas.

5.8. A não apresentação, incorreção do documento de credenciamento ou ausência do representante, não importará na desclassificação da sua proposta no presente certame. Contudo, não poderá apresentar lances verbais ou manifestar-se em nome da mesma, na sessão deste PREGÃO.

6 - DO TRATAMENTO DIFERENCIADO DISPENSADO ÀS MICROEMPRESAS - ME E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE - EPP

6.1. Na presente licitação e, em especial no que tange à definição dos critérios de empate entre as propostas apresentadas, será dispensado às ME/EPP, assim definidas em lei, tratamento jurídico diferenciado, tal qual preceitua a Lei Complementar n.º 123, de 14 de dezembro de 2006, bem como o Decreto n.º 6.204, de 05 de setembro de 2007.

6.2. Será considerada ME/EPP a pessoa jurídica enquadrada no conceito trazido pelo artigo 3º da LC 123/06. A licitante que desejar receber o referido tratamento diferenciado deverá apresentar, em conjunto com a documentação exigida para o credenciamento e, para fins de comprovação de tal condição, Declaração para microempresa e empresa de pequeno porte, expedida pela Junta Comercial ou Registro Civil de Pessoas Jurídicas, em caso de sociedade simples.

6.3. Desta feita, conforme explanam os artigos 44 e 45 da LC 123/06, bem como o artigo 5º do Decreto n.º 6.204/07, serão consideradas empatadas à proposta mais bem classificada, as propostas pelas ME/EPP que sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores àquela.

6.4. Ocorrendo o empate, a ME/EPP mais bem classificada poderá apresentar nova proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, situação em que será adjudicado em seu favor o objeto licitado. Tal apresentação deverá ocorrer no prazo máximo de 05 (cinco) minutos, a contar da convocação pelo pregoeiro, sob pena de preclusão.

6.5. No caso de equivalência dos valores apresentados pelas ME/EPP que se encontrem no intervalo de 5% (cinco por cento) acima aludido, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

6.5.1. Em sendo apresentada melhor oferta pela ME/EPP vencedora do sorteio, será a essa adjudicado o objeto do certame.

6.5.2. Não se aplica o sorteio acima aludido quando, por sua natureza, o procedimento não admitir o empate real, como acontece na fase de lances do pregão, em que os lances equivalentes não são considerados iguais, sendo classificados conforme a ordem de apresentação pelos licitantes.

6.6. Na hipótese da não-contratação de nenhuma ME/EPP, na forma do item 6.4., o objeto licitado será adjudicado em favor da proposta originalmente vencedora da etapa de lances verbais.

6.7. O acima aludido somente se aplicará quando a melhor oferta, desde logo, não tiver sido apresentada por ME/EPP.

6.8. O momento para a verificação do empate e aplicação das disposições acima se dará ao final da etapa de lances verbais.

6.9. Serão assegurados às ME/EPP, ainda, os benefícios elencados nos artigos 1º ao 5º do Decreto nº 6.204/07.

7 - DA PROPOSTA DE PREÇOS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

7.1. A Proposta de Preços e os Documentos de Habilitação deverão ser apresentados no local, dia e hora determinados no preâmbulo deste Edital, em 02 (dois) envelopes distintos, devidamente fechados, lacrados e identificados, atendendo aos seguintes requisitos:

- ENVELOPE N.º 1 PROPOSTA DE PREÇOS

- ENVELOPE N.º 2 DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

7.1.1. Os envelopes deverão conter em sua parte externa os seguintes dizeres, respectivamente:

ENVELOPE N.º 01 PROPOSTA DE PREÇOS

FAHECE - FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2015

ITEM N.º

RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE:

CNPJ:

ENVELOPE N.º 02 DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

FAHECE - FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2015

ITEM N.º

RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE:

CNPJ:

7.1.2. Recomenda-se que as páginas da proposta de preço e dos documentos de habilitação sejam **numeradas** e rubricadas, não cabendo aos proponentes quaisquer reivindicações relativas à ausência de documentos, no caso de inobservância desta recomendação.

7.2. Quanto ao **ENVELOPE N.º 01- PROPOSTA DE PREÇOS:**

7.2.1. As licitantes deverão apresentar a Proposta de Preços, em 01 (uma) via impressa em papel timbrado próprio ou, na sua falta, em todas as suas folhas deverá conter o seu carimbo do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF. Deverá, ainda, ser apresentada em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, redigida com clareza, sem emendas, rasuras, acréscimos ou entrelinhas, devidamente datada, assinada e rubricadas todas as folhas pelo representante legal da licitante ou pelo seu procurador.

7.2.2. A Proposta de Preços deverá conter:

a) Descrição do objeto da presente licitação, em conformidade com as especificações do folheto descritivo - **ANEXO IX** deste Edital;

b) Indicação do nome ou razão social da licitante, n.º do CNPJ/MF, endereço completo, telefone, fax, e endereço eletrônico (e-mail);

c) Conter valores expressos em moeda corrente nacional, por preço unitário e total para cada item, atribuídos aos materiais objeto da presente licitação.

d) **Declaração expressa (ANEXO VI)** de que os materiais gráficos ofertados condizem com as especificações exigidas no Termo de Referência (**ANEXO IX**), em especial com as características técnicas do mesmo;

e) **Declaração expressa (ANEXO VII)** de que os preços contidos na proposta incluem todos os custos e despesas, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, materiais, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, frete, embalagens, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste Edital;

f) Oferta firme e precisa, sem alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado;

7.2.3. Quaisquer tributos, custos e despesas diretos ou indiretos omitidos da proposta ou incorretamente cotados serão considerados como inclusos nos preços, não sendo considerados pleitos de acréscimos a esse ou qualquer título, devendo os materiais ser fornecidos sem ônus adicionais.

7.2.4. Serão desclassificadas as propostas que não atendam às exigências deste Edital e do Termo de Referência respectivo, que sejam omissas ou apresentem irregularidades, ou defeitos capazes de dificultar o julgamento.

7.2.5. A apresentação das propostas implicará na plena aceitação, por parte da licitante, das condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.

7.2.6. Nos valores propostos, havendo discrepância entre o preço unitário e o total e entre os por extenso e em algarismos, serão considerados em ambos os casos os primeiros, e entre esses o valor por extenso. Na falta de indicação dos valores por extenso, as propostas serão aceitas desde que não comprometa o entendimento claro do valor cotado.

7.2.7. No caso de omissões puramente formais em Propostas, inclusive quanto ao seu prazo de validade, serão considerados aqueles previstos neste Edital.

7.2.8. Para os casos em que a licitante não credenciar nenhum representante para o acompanhamento das Sessões, deverão ser enviados na forma do item 5 deste Edital, declaração a que se refere o **ANEXO II** do presente Edital, em um terceiro envelope.

7.2.9. A empresa vencedora do certame deverá apresentar amostra unitária do produto para análise e aprovação antes da confecção do material.

7.3. Quanto ao **ENVELOPE N.º 02- DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**:

7.3.1. Para habilitar-se na presente licitação, a licitante deverá apresentar o "ENVELOPE N.º 02" contendo os seguintes documentos:

7.3.2. Regularidade Fiscal:

- a) Certificado de Regularidade de Situação junto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - CRS/FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal - CEF;
- b) Certidão Negativa de Débitos expedida pelo Instituto Nacional de Seguro Social - CND/INSS.
- c) Prova de regularidade tributária para com a Fazenda Federal - Certidão Negativa Conjunta de Tributos Federais e de Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e Secretaria da Receita Federal, comprovando sua regularidade Fiscal Federal;
- d) Certidão Negativa ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, comprovando sua regularidade com a Fazenda Estadual, do domicílio ou sede da licitante;
- e) Certidão Negativa ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, comprovando sua regularidade com a Fazenda Municipal, do domicílio ou sede da licitante;
- f) Prova de inscrição no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF;
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII - A da Consolidação das Leis do Trabalho.

7.3.3. Relativamente à situação Jurídica:

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;
- c) Decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento, devidamente publicado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento, expedido pelo órgão

competente, quando a atividade assim o exigir;

- d) Ato Constitutivo devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de investidura ou nomeação da diretoria em exercício;

7.3.3.1. Os documentos relacionados nas alíneas do subitem 7.3.3. Não precisarão constar do “**Envelope Documentos de Habilitação**”, se tiverem sido apresentados para o credenciamento do Pregão.

7.3.4. Qualificação Técnica:

- a) Apresentar no mínimo 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica (**ANEXO V**) expedido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprove a venda e distribuição de materiais similares ao objeto desta licitação.

7.3.5. Qualificação Econômico-Financeira:

7.3.5.1. Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da Lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta. Contudo, conforme dispõe a Instrução Normativa 787/07, da Receita Federal do Brasil, as empresas tributadas pelo Lucro Real e pelo Lucro Presumido passarão a entregar o SPED Contábil. Nesse caso, a documentação deverá ser acompanhada de uma declaração do contador, afirmando que a empresa está sujeita à tributação pelo Lucro Real ou pelo Lucro Presumido;

7.3.5.2. O balanço patrimonial deverá estar assinado por contador ou outro profissional equivalente, devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade;

7.3.5.3. As empresas constituídas no exercício em curso deverão apresentar cópia do balanço de abertura ou cópia do livro diário contendo o balanço de abertura, inclusive com os termos de abertura e fechamento;

7.3.5.4. No caso de licitação para fornecimento de bens para pronta entrega, não se exigirá da microempresa ou empresa de pequeno porte a apresentação de balanço patrimonial do último exercício social;

7.3.5.5. Caso a licitante seja cooperativa, tais documentos deverão ser acompanhados da última auditoria contábil-financeira, conforme dispõe o artigo 112 da Lei n.º 5.764, de 1971, ou de declaração sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador;

7.3.5.6. A boa situação financeira do licitante será avaliada pelos Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), maiores que 1 (um), resultantes da aplicação das fórmulas abaixo, com os valores extraídos de seu balanço patrimonial ou apurados mediante consulta online, no caso de empresas inscritas no SICAF:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo não Circulante}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo não Circulante}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

A licitante que apresentar resultados econômicos iguais ou inferiores a 1 (um) em qualquer dos índices de liquidez geral, solvência geral e liquidez corrente deverá comprovar que possui capital social mínimo ou patrimônio líquido equivalente a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação ou item pertinente.

7.3.5.7. Certidão Negativa de Falências, recuperação judicial e Concordatas expedida pelo distribuidor da sede do domicílio da licitante.

7.3.6. As licitantes deverão apresentar ainda:

- a) Declaração da licitante, devidamente datada e assinada, de que não há fato impeditivo à sua habilitação para participar desta licitação (**ANEXO IV**) em especial de que não foi declarada inidônea

perante o Poder Público, bem como estar ciente de que deverá declará-la quando ocorrida durante o procedimento licitatório e/ou da vigência do Contrato;

- b) Declaração de cumprimento ao disposto no art. 7º, inciso XXXIII da Constituição da República. **(ANEXO III deste Edital).**
- c) Serão consideradas válidas, por 90 (noventa) dias, as Certidões e provas em que não constem expressamente seu prazo de validade.
- d) Todos os documentos relacionados à regularidade fiscal deverão se referir a um mesmo estabelecimento, e datados no período de até 90 (noventa) dias, quando não tiver prazo de validade fixado pelo órgão expedidor.
- e) A licitante microempresa ou empresa de pequeno porte deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, ainda que esta apresente alguma restrição.
- f) Os documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na **inabilitação** da licitante.
- g) Caso a empresa já tenha cadastro na FAHECE, poderá, em substituição aos documentos de regularidade fiscal e regularidade jurídica, apresentar o CRC/FAHECE, com prazo de vigência válido.

8 - DO RECEBIMENTO E DA ABERTURA DOS ENVELOPES

8.1. A reunião para recebimento e abertura dos envelopes, contendo as Propostas de Preços e os Documentos de Habilitação será pública, dirigida pelo Pregoeiro e realizada de acordo com a legislação vigente e em conformidade com este Edital e seus Anexos, no dia, hora e local já determinados.

8.2. No dia, hora e local designados, a licitante ou seu representante legal deverá comprovar, por meio de instrumento próprio, poderes para formulação de ofertas e lances verbais para a prática de todos os demais atos inerentes ao certame, conforme item 5 deste Edital e legislação correlata.

8.3. Aberta a sessão, a licitante ou seus representantes legais entregarão ao pregoeiro ou equipe de apoio, em envelopes separados, a Proposta de Preços (envelope nº 01), Documentação de Habilitação (envelope nº 02) e a Documentação exigida para o Credenciamento.

8.4. Se a licitante não se fizer representar na sessão de licitação, na forma do item 5 deste Edital, deve apresentar a declaração a que se refere o **ANEXO II** do presente Edital, em separado, em um **terceiro envelope**.

8.5. Declarado o encerramento para recebimento de envelopes, nenhum outro será aceito.

8.6. Aberto, inicialmente, o envelope contendo as Propostas de Preços, após o devido credenciamento, será feita a sua conferência e posterior rubrica pelo pregoeiro e equipe de apoio.

8.7. Os envelopes contendo os Documentos de Habilitação somente serão abertos na forma descrita no subitem 9.13. deste Edital.

9 - DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E ADJUDICAÇÃO

9.1. As propostas serão julgadas e adjudicadas pelo MENOR PREÇO POR ITEM na própria sessão;

9.2. Após a abertura dos envelopes, contendo as Propostas de Preços, a comissão de licitação fará a análise das mesmas e classificará as que atenderem ao Edital e desclassificará as que assim não o fizerem;

9.3. Após esta etapa, o pregoeiro e sua equipe de apoio classificarão a licitante autora da proposta de MENOR PREÇO POR ITEM e as que tenham apresentado propostas em valores sucessivos e até 10% (dez por cento) superiores àquela;

9.3.1. No caso de não haver no mínimo 03 (três) propostas escritas de preços nas condições definidas no item 9.3, o pregoeiro classificará as melhores propostas subseqüentes, até o máximo de 03 (três), para que seus autores participem dos lances verbais, quaisquer que sejam os preços oferecidos nas propostas escritas, conforme disposto no inciso IX, do art. 4º, da Lei nº 10.520/2002;

9.4. O empate entre duas ou mais licitantes somente ocorrerá quando houver igualdade de preços entre as propostas escritas classificadas, e quando não houver lances para definir o desempate. Neste caso, o desempate ocorrerá por meio de sorteio, a ser realizado durante a sessão do presente PREGÃO;

- 9.5. Às licitantes classificadas será dada oportunidade para nova disputa, por meio de lances verbais e sucessivos pelo MENOR PREÇO POR ITEM, de valores distintos e decrescentes, iniciando-se pelo último classificado e prosseguindo-se com as demais licitantes em ordem decrescente de classificação, até a proclamação do vencedor;
- 9.5.1. O pregoeiro, se reputar necessário, poderá definir parâmetros ou percentagem de redução dos lances e, inclusive, no decorrer da etapa de lances, alterar tais parâmetros ou percentagem;
- 9.5.2. Ainda, o pregoeiro poderá definir tempo máximo para que a licitante apresente lance, sob pena de exclusão da etapa de lances;
- 9.6 Os lances verbais destinam-se a cobrir o lance do primeiro classificado (MENOR PREÇO POR ITEM), ou seja, deverão ser obrigatoriamente, inferior a este, não sendo aceitos lances para igualar valores;
- 9.7. A desistência da licitante de apresentar lance verbal, quando convocada pelo pregoeiro, implicará sua exclusão da etapa de lances verbais e a manutenção do último preço/desconto por ela apresentado, para efeito de ordenação das propostas;
- 9.8. Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sujeitando-se a licitante desistente às penalidades estabelecidas deste Edital;
- 9.9. Caso não se realizarem lances verbais, será verificada a compatibilidade entre a proposta escrita de menor preço do item e o respectivo valor estimado para a aquisição do item.
- 9.10 Nas situações previstas nos itens acima, o pregoeiro poderá negociar diretamente com a licitante para tentar obter preço melhor;
- 9.11. Encerrada a etapa de lances, ocorrendo o empate a que se refere o art. 44, da Lei Complementar n.º 123/2006, ou seja, quando a proposta da Microempresa ou a Empresa de Pequeno Porte for até 5% (cinco por cento) superior ao melhor preço, o pregoeiro concederá à empresa, beneficiada pela lei complementar, 5 (cinco) minutos para o exercício do direito de preferência, que se traduz na oportunidade de apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, conforme o art. 45, I, da Lei Complementar n.º 123/2006;
- 9.12. Declarada encerrada a etapa competitiva e ordenadas as propostas, exclusivamente pelo critério de menor preço por item, o pregoeiro examinará a aceitabilidade da primeira classificada, decidindo motivadamente a respeito. Caso o lance vencedor seja de um produto ainda não utilizado, será aberto diligência para teste do produto;
- 9.13. Sendo aceita a proposta classificada de menor preço por item será aberto o envelope n.º 02, contendo a Documentação de Habilitação da licitante;
- 9.14. Se a proposta de menor preço por item for de autoria de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, esta deverá apresentar todos os documentos de habilitação exigidos no Edital, inclusive os pertinentes à regularidade fiscal, conforme art. 42, da Lei Complementar n.º 123/2006;
- 9.15. Se os documentos pertinentes à regularidade fiscal da Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentarem irregularidades ou defeitos, a habilitação dela permanecerá suspensa e ela será declarada vencedora, dispondo de quatro dias úteis para apresentar ao pregoeiro os documentos de regularidade fiscais devidos, sob pena de inabilitação;
- 9.16. Não serão motivos de desclassificação simples omissões, que sejam irrelevantes para o entendimento da proposta, que não causem prejuízo à FAHECE e nem firam os direitos das demais licitantes;
- 9.17. A verificação será certificada pelo pregoeiro, devendo ser anexados aos autos os documentos passíveis de obtenção por meio eletrônico, salvo impossibilidade devidamente justificada;
- 9.18. Se a proposta classificada em primeiro lugar não for aceitável ou o seu autor não atender aos requisitos de habilitação, o pregoeiro examinará a oferta subsequente, na ordem de classificação, até a apuração de licitante que atenda a todas as exigências do Edital, inclusive quanto à Documentação de Habilitação, a qual será declarada vencedora, sendo-lhe adjudicados os Itens que venceu;
- 9.19. Constatado o atendimento pleno às exigências editalícias, será a licitante declarada vencedora pelo pregoeiro, sendo-lhe adjudicado o objeto do certame, conforme este Edital e seus Anexos;

9.20. A licitante declarada vencedora deverá apresentar ao pregoeiro, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após o encerramento do PREGÃO, nova proposta de preços, por escrito, contemplando o lance final ofertado;

9.21. Da sessão lavrar-se-á ata circunstanciada, na qual serão registradas as ocorrências relevantes, ao final, deverá obrigatoriamente ser assinada pelo pregoeiro e pelas licitantes presentes, facultada a assinatura da equipe de apoio;

9.22. Serão desclassificadas as propostas que:

9.22.1. Descumprirem os requisitos estabelecidos neste Edital e seus Anexos;

9.22.2. Apresentarem preços excessivos ou manifestamente inexeqüíveis, assim considerados aqueles que não demonstrarem sua viabilidade por meio de documentação que comprove que os custos dos insumos são coerentes com os de mercado;

9.22.3. Apresentarem preços totais ou unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero;

9.22.4. Apresentarem proposta alternativa;

9.22.5. Forem omissas ou apresentarem irregularidades ou prejuízos capazes de dificultar o julgamento.

10 - DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

10.1. Até 02 (dois) dias úteis da data fixada para abertura das propostas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providencias ou impugnar o ato convocatório do Pregão.

10.1.1. Caberá ao pregoeiro decidir sobre a petição no prazo de 24 (vinte quatro) horas.

10.1.2. Acolhida a petição contra o ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame.

11 - DOS RECURSOS

11.1. Qualquer licitante poderá manifestar imediata e motivadamente a intenção de interpor recurso, mediante registro em Ata da síntese das suas razões, sendo-lhe concedido o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação das correspondentes razões, ficando as demais licitantes, desde logo, intimadas para apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo da recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

11.2. A falta de manifestação imediata e motivada de qualquer licitante, durante a Sessão, importará a preclusão do direito de recurso e a adjudicação do objeto pelo pregoeiro à vencedora.

11.3. O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

11.4. A petição poderá ser feita na própria sessão de recebimento e, se oral, será reduzida a termo em ata.

11.5. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados.

11.6. Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente homologará a adjudicação para determinar a contratação da licitante vencedora.

11.7. O recurso interposto em desacordo com as condições deste Edital não será conhecido.

12 – ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

12.1. A minuta da Ata de Registro de Preços encontra-se anexada ao presente Edital (**ANEXO I**).

13 - DO PRAZO E DA ENTREGA DOS MATERIAIS

13.1. O prazo de entrega dos materiais será de até 15 (quinze) dias corridos a partir da data do envio da Autorização de Fornecimento ou instrumento equivalente.

13.1.1. A entrega do objeto desta licitação vai correr por conta da Contratada, bem como as despesas de seguros, transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes do fornecimento.

13.2. Se ocorrer eventos que impeçam a entrega dos materiais dentro dos prazos acordados, a licitante vencedora deverá notificar prontamente a FAHECE, por escrito, o motivo da demora, sua provável

duração e suas causas. Logo após o recebimento do aviso da licitante vencedora, a FAHECE deverá avaliar a situação e poderá, a seu critério, prorrogar o prazo estabelecido.

13.3. O local de entrega dos materiais deverá ser no Almoxarifado da FAHECE, na Rodovia Virgílio Várzea, SC 401, nº 2975, Saco Grande, CEP: 88032-001, Florianópolis- SC. **A nota fiscal deverá ser emitida para Fundação de Apoio ao Hemosc/Cepon, CNPJ 86.897.113/0002-38, Inscrição Estadual n.º 257.254.056 no endereço acima.** No momento da entrega, junto a nota fiscal deverá acompanhar uma cópia da autorização de fornecimento.

13.4. Os materiais deverão ser entregues devidamente embalados, de forma a não serem danificados durante a operação de transporte, carga e descarga, assinalando-se na embalagem a marca e as demais características que os identifiquem. Deverão acompanhá-los 02 (duas) vias da nota fiscal com as suas especificações detalhadas ou documento equivalente, necessário à conferência dos materiais.

13.5. Todos os materiais estarão sujeitos ao amplo teste de qualidade, reservando-se à FAHECE/HEMOSC o direito de rejeitá-lo, no todo ou em parte, obrigando-se a licitante vencedora a promover a substituição sem qualquer ônus adicional e, eventualmente, sujeitando-se à aplicação de penalidade. Após os testes, o HEMOSC emitirá o Certificado de Aceitação dos Materiais.

14 - DO PAGAMENTO

14.1. O pagamento será realizado pela FAHECE, após a apresentação da Nota Fiscal/Fatura, que deverá conter a descrição dos materiais e o recolhimento de multas aplicadas, se houver, e dos encargos sociais, em parcela única, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias a contar do recebimento do material. Para tanto, a licitante vencedora deve informar à FAHECE, por escrito, o Banco, a agência e o número da conta corrente para pagamento, preferencialmente o Banco do Brasil.

14.1.1. O Fornecedor deverá mencionar na Nota Fiscal: o(s) nº(s) do lote de fabricação, do Pregão e da Autorização de Fornecimento.

14.2. Caso haja interesse de ambas as partes, o prazo de pagamento poderá ser reduzido.

14.3. O prazo de pagamento começará a correr após a entrega do material, sendo que o mesmo será efetuado na quinta-feira subsequente ao vencimento do prazo negociado, através de DOC Bancário na conta corrente do Fornecedor.

14.4. O Frete deverá ser pago pelo fornecedor (CIF).

14.5. Não será aceito bloqueto ou outro sistema de cobrança.

15 - DA FRAUDE E CORRUPÇÃO

15.1. As licitantes deverão observar os mais altos padrões éticos durante o processo licitatório e na execução do Contrato, estando sujeitas às sanções previstas na legislação brasileira.

16 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

16.1. A FAHECE poderá aplicar à licitante vencedora a multa de 0,5% (meio por cento) sobre o valor da Autorização de Fornecimento, por dia em que, sem justa causa, não cumprir as obrigações assumidas, ou cumpri-las em desacordo com o estabelecido neste PREGÃO, bem como as sanções previstas na Lei n.º 8.666/93, na Lei n.º 10.520/2002, no Decreto n.º 3.555/2000, valendo ressaltar que:

16.1.1. A multa a que alude o item acima não impede que a FAHECE rescinda unilateralmente o contrato;

16.1.2. A multa será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela FAHECE, conforme art. 86, § 3º, da Lei nº 8.666/1993.

16.1.3. Quem, convocado dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios e, será descredenciado no SICAF ou nos sistemas semelhantes mantidos por

Estados, Distrito Federal ou Municípios, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas em Edital e no contrato e das demais cominações legais.

16.2. É facultada a defesa prévia da licitante, em qualquer caso de aplicação de penalidade, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato.

16.3. As sanções previstas neste Edital poderão ser relevadas na hipótese de caso fortuito e força maior, ou de ausência de responsabilidade da licitante, devidamente comprovadas perante a FAHECE.

16.4. As sanções pelo descumprimento das obrigações contratuais estão previstas no Termo de Contrato, parte integrante deste Edital.

16.5. O contratado fica obrigado a conceder livre acesso aos documentos e registros contábeis da empresa, referentes ao objeto contratado, para os servidores dos órgãos e entidades públicas concedentes no **CONTRATO DE GESTÃO n.º 001/2007 e 002/2007** financiador deste contrato.

17 - DA HOMOLOGAÇÃO

17.1. Declarado(s) o(s) vencedor(es) da licitação e não havendo manifestação das demais licitantes quanto à intenção de interposição de recurso, o processo será remetido à Presidência da FAHECE para homologação.

17.2 No caso de interposição de recurso, a homologação ocorrerá após seu julgamento.

18 - DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

18.1. A ATA DE REGISTRO DE PREÇOS é um documento vinculativo, obrigacional, com característica de compromisso para eventual e futura contratação, na qual se registra a(s) licitante(s) classificada(s) e o(s) item(ns) com os respectivo(s) preço(s) unitário(s).

18.2. Após a homologação do resultado deste pregão, a FAHECE, respeitada a ordem de classificação, poderá convocar a(s) licitante(s) habilitada(s), inclusive na hipótese do item 18.8, para assinatura da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS.

18.3. A convocação de que trata o item anterior deverá ser atendida no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, contados da intimação por e-mail, prorrogável apenas uma vez a critério da FAHECE, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas.

18.4. Caso as licitantes classificadas e convocadas não assinem a ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, no prazo que trata o subitem 18.3, a partir da NOTIFICAÇÃO, ficarão sujeitos, MEDIANTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, à multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total estimado para a contratação, obtido por meio da aplicação do valor unitário do(s) item(ns) sobre a quantidade máxima estimada para os 12 (doze) meses de registro.

18.5. Na hipótese de ocorrência do previsto no subitem anterior, será emitida NOTIFICAÇÃO DE COBRANÇA às licitantes classificadas, que deverão fazer o recolhimento do valor da multa a FAHECE, no prazo definido no respectivo Processo Administrativo.

18.6. Ao assinar a Ata, a licitante classificada e habilitada, conforme dispõem os subitens 18.2 e 18.3, passará a ser denominada de DETENTOR DA ATA, comprometendo-se a cumprir todas as condições a serem determinadas neste Edital e na proposta apresentada.

18.7. O prazo de validade da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS será de até 12 (doze) meses, conforme Minuta da Ata de Registro de Preços, ficando o seu detentor obrigado a manter o preço registrado por igual período.

18.8. Durante a vigência da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, a FAHECE poderá convocar os demais fornecedores habilitados para fornecimento do objeto, obedecendo a ordem de classificação dos preços após a etapa de lances, como registrados na Ata do pregão, na hipótese de ocorrerem as seguintes situações:

18.8.1. Inexecução, pelo DETENTOR DA ATA, por qualquer motivo, e consequente cancelamento de seu registro, inclusive em caso fortuito ou de força maior; ou

18.8.2. Quando, no caso de revisão de preços do classificado em primeiro lugar, este resultar em preço superior aos demais preços registrados.

18.9. Na hipótese do item 18.8.2 nova ordem de classificação deverá ser estabelecida entre os preços registrados.

18.10. No caso de ocorrer a situação citada no subitem 18.8, as licitantes melhor classificadas, segundo a ordem de classificação das propostas registradas na Ata da Sessão de Julgamento, serão convocadas a fornecer o objeto, com o saldo do quantitativo e período remanescente da ATA DE REGISTRO DE PREÇO anterior, e pelo preço consignado na Ata da Sessão.

18.10.1. A licitante classificada e já habilitada em segundo lugar ou, se for o caso, nos subsequentes, será notificada de sua convocação e terá o prazo de 2 (dois) dias úteis para se pronunciar.

18.10.2. Caso a licitante notificada não concorde em fornecer o objeto, o pedido de cancelamento de seu registro deverá ser protocolado antes da data limite estabelecida no subitem 18.10.1. Os motivos alegados pela licitante serão apreciados com base na justificativa apresentada, na documentação acostada e no interesse público envolvido, ficando a critério da FAHECE o seu deferimento.

19 - DA REVISÃO DE PREÇOS

19.1. O preço pactuado pelas partes para fornecimento do(s) objeto(s) da presente licitação poderá ser revisado a fim de se manter o equilíbrio econômico-financeiro inicial da proposta, sempre que for verificada alteração substancial e prejudicial a qualquer delas na relação entre os encargos do DETENTOR DA ATA e a retribuição financeira da FAHECE para justa remuneração do fornecedor.

19.2. Quando a FAHECE constatar que o preço registrado é superior ao preço de mercado, convocará o DETENTOR DA ATA para negociar a redução do preço. Se essa negociação não for satisfatória a FAHECE poderá negociar com as demais licitantes habilitados, obedecida a ordem de classificação ou realizar nova licitação específica para contratação desejada.

19.3. Quando o DETENTOR DA ATA demonstrar que o preço de mercado é superior ao registrado e que não pode cumprir o compromisso, a FAHECE poderá liberá-lo do compromisso sem a aplicação de penalidade. Nesta hipótese, poderá negociar com as demais licitantes habilitadas, obedecida a ordem de classificação.

19.4. O pedido de revisão dos preços poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que antes da emissão da Autorização de Fornecimento.

19.5. O pedido, fundamentado e devidamente instruído com provas que evidencie a necessidade da revisão de preço, deverá ser endereçado à Gerência de Apoio Logístico da FAHECE, no endereço: Rua Presidente Coutinho, n.º 160- Centro - Florianópolis/SC – CEP: 88015-230, com identificação do número da ATA DE REGISTRO DE PREÇO, ou por e-mail: licitacao@fahece.org.br.

19.6. Não será apreciado o pedido de revisão de preços que não comprovar o desequilíbrio econômico-financeiro sofrido.

20 - DO FORNECIMENTO

20.1. A formalização do PEDIDO DE ENTREGA do objeto desta licitação, dar-se-á por intermédio do recebimento por e-mail e pelo instrumento denominado Autorização de Fornecimento.

20.2. O recebimento do e-mail obriga o DETENTOR DA ATA a efetuar a entrega dos objetos pelo preço registrado, e nas quantidades estipuladas na Autorização de Fornecimento.

20.3. A partir do 1º dia útil após o recebimento do e-mail, conforme disposto no item 20.1, iniciará, para o DETENTOR DA ATA o prazo de entrega dos objetos, que será conforme especificado no Objeto Detalhado na proposta apresentada pela licitante.

20.4. O quantitativo expresso no Objeto Detalhado é estimado e representa a previsão da FAHECE para as aquisições durante o período de 12 (doze) meses.

20.5. A FAHECE não está obrigada a adquirir o produto especificado no Objeto Detalhado, ficando a seu exclusivo critério a definição da quantidade e o momento da aquisição.

20.6. Durante o prazo de validade da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, seu DETENTOR fica obrigado a fornecer o objeto ofertado, nas quantidades indicadas pelo FAHECE em cada Autorização de

Fornecimento.

20.7. A existência do preço registrado não obriga a FAHECE a firmar as contratações que dele poderão advir, facultada a utilização de outros meios, respeitada a legislação vigente, sendo assegurado ao DETENTOR DA ATA a preferência em igualdade de condições.

20.8. No caso de desistência de fornecimento, ocorrerá o cancelamento do registro do DETENTOR DA ATA, sujeitando-se este às sanções administrativas pertinentes.

20.9. Ocorrendo a situação prescrita no subitem anterior, as demais licitantes habilitadas serão convocadas para fornecer o(s) produto(s), observado o preço registrado na Ata, e a respectiva ordem de classificação.

21 - DA RESPONSABILIDADE DO DETENTOR DA ATA

21.1. O DETENTOR DA ATA tem o dever de:

21.1.1. Fornecer os objetos nas condições, no preço e no prazo estipulados na proposta.

21.1.2. Manter, durante o prazo de validade do registro, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

21.2. Impossibilitado de cumprir o(s) prazo(s) de entrega, o DETENTOR DA ATA deverá adotar os seguintes procedimentos:

21.2.1. Protocolar o pedido de prorrogação de prazo antes da data limite para entrega, junto à Gerência de Apoio Logístico da FAHECE, no endereço: Rua Presidente Coutinho, n.º 160 - Centro - Florianópolis/SC – CEP: 88015-230, com identificação do número da ATA DE REGISTRO DE PREÇO, ou pelo e-mail: licitacao@fahece.org.br, devendo, no mínimo, constar:

21.2.1.1. identificação do objeto, número do pregão, número do empenho e da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS;

21.2.1.2. justificativa, plausível, quanto à necessidade da prorrogação;

21.2.1.3. documentação comprobatória; e

21.2.1.4. indicação do novo prazo a ser cumprido.

21.2.2. O(s) pedido(s) de prorrogação de prazo, em conformidade com o disposto no subitem anterior, será (ão) apreciado(s) com base na justificativa apresentada, na documentação acostada e no interesse público envolvido, ficando a critério da FAHECE seu deferimento;

21.2.3. Caso a FAHECE conceda a prorrogação do prazo, nova data-limite será estabelecida, em conformidade com o deferido;

21.2.4. Caso a FAHECE não conceda a prorrogação do prazo, o DETENTOR DA ATA estará sujeito às sanções administrativas pertinentes;

21.2.5. Serão considerados intempestivos os pedidos de prorrogação efetuados após a expiração do prazo de entrega; e

21.2.6. O não cumprimento do disposto nos incisos anteriores facultará a FAHECE a adoção de medidas objetivando possível rescisão contratual, incorrendo o DETENTOR DA ATA, conforme o caso, nas sanções administrativas cabíveis.

22 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. Fica assegurado à FAHECE o direito de:

22.1.1. Adiar a data de abertura da presente licitação, dando conhecimento aos interessados, notificando por escrito as licitantes que já tenham retirado o Edital, com antecedência de pelo menos 24h (vinte e quatro horas).

22.1.2. Anular ou revogar, no todo ou em parte, o presente PREGÃO, a qualquer tempo, desde que ocorram as hipóteses de ilegalidade ou interesse público, dando ciência aos interessados.

22.1.3. Alterar as condições deste Edital ou qualquer documento pertinente a este PREGÃO, fixando novo prazo, não inferior a 08 (oito) dias úteis, para a abertura das propostas, a contar da publicação das alterações.

22.2. O pregoeiro poderá, a qualquer tempo, suspender ou cancelar o presente PREGÃO, desde que devidamente justificado.

22.3. A participação neste PREGÃO implicará aceitação integral e irrevogável das normas deste Edital, além dos preceitos legais e regulamentares vigentes, ressalvados os direitos de impugnação e recurso.

22.4. É facultada ao pregoeiro ou à autoridade competente, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento que deveria constar no ato da sessão pública.

22.5 A licitante vencedora ficará responsável por quaisquer danos que venha a causar a terceiros ou ao patrimônio da FAHECE, reparando às suas custas, durante a entrega dos materiais, sem que lhe caiba nenhuma indenização por parte da FAHECE.

22.6 Os envelopes de Habilitação que não forem abertos serão devolvidos pela FAHECE no prazo de 15 (quinze) dias.

22.7 Os materiais deverão ser entregues rigorosamente dentro das especificações estabelecidas neste Edital e seus Anexos. Sua inobservância implicará recusa com a aplicação das penalidades contratuais.

22.8 Caso a licitante vencedora se recuse a cumprir o objeto contratual deste Edital, ou venha a fazê-lo fora das especificações estabelecidas, a FAHECE poderá independentemente de qualquer aviso ou notificação, rescindir o Contrato e optar pela convocação das demais licitantes na ordem de classificação.

22.9 Até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório do PREGÃO. Acolhido algum pedido de impugnação contra o ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame.

22.10. Qualquer pedido de esclarecimento, impugnações, recursos e contrarrazões deverão ser entregues na FAHECE, Gerência de Apoio Logístico, na Rua Presidente Coutinho, n.º 160, Centro, Florianópolis/SC, fone: (48) 3212-1350, e fax (48) 3212-1374, de segunda à sexta-feira, no horário das 14h às 17h, ou pelo e-mail: licitacao@fahece.org.br.

Florianópolis, 15 de janeiro de 2016.

Tertuliano Xavier de Brito
PRESIDENTE - FAHECE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
CONTRATO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

ANEXO I - MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N.º ____/2016

No dia (dia corrente), na Presidência da Fundação de Apoio ao Hemosc/Cepon, sito à rua Presidente Coutinho, 160, Centro, Florianópolis/SC, foram registrados nesta Ata as quantidades e preços da empresa (Nome Empresa vencedora), CNPJ (número), resultantes do Pregão Presencial n.º 004/2016, cujo objeto é o REGISTRO DE PREÇOS para a AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON. As especificações técnicas constantes do processo licitatório n.º 004/2016, assim como todas as obrigações e condições descritas no Edital, no Termo de Referência e na Proposta de Preços, integram esta Ata de Registro de Preços, independente de transcrição.

A validade desta Ata de Registro de Preços é de 12 (doze) meses, a contar de ____/____/2016.

ITEM N.º	Código	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Valor Global						

Valor Global por extenso: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Presidente da FAHECE

Empresa Vencedora

ANEXO II

PREGÃO N.º 004/2016

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE HABILITAÇÃO

(art. 4º, inciso VII da Lei Federal n.º 10.520/2002)

Após análise do Edital, a empresa _____, CNPJ/MF n.º _____, declara junto ao pregoeiro da FAHECE - Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação, com os documentos devidamente atualizados na forma da legislação vigente, que se encontram dentro do Envelope n.º 02 - Documentos de Habilitação, em conformidade com o inciso VII do Art. 4º da Lei Federal n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, para fins de participação da licitação na modalidade de **PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016**, que se realizará no dia __/__/____, às __:__ horas.

_____, ____ de _____ de 2016.

Carimbo e Assinatura do Representante Legal

Obs.: Entregar esta declaração no momento do credenciamento.

ANEXO III

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DE HABILITAÇÃO E DE TRABALHO DO MENOR

....., inscrito no CNPJ n.º....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n.º..... e do CPF n.º....., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n.º 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz () .

_____, ____ de _____ de 2016.

.....
(Representante legal)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

ANEXO IV

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO À SUA PARTICIPAÇÃO EM LICITAÇÃO

.....(nome empresa)....., inscrito no CNPJ n.º....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n.º..... e do CPF n.º, **DECLARA**, para fins de participação no processo de licitação, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo à sua participação no Pregão Presencial n.º. 004/2015, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder Público de qualquer esfera, ou suspensão de contratar com a administração, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade firmo presente.

_____, ____ de _____ de 2016.

.....
(Representante legal)

(Observação: Modelo acima deve ser impresso em papel timbrado da empresa.)



ANEXO V

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

.....(nome empresa que comprou equipamento similar)....., inscrito no CNPJ nº....., atesta para os devidos fins que adquiriu da empresa
o(s) seguinte(s) produto(s):(descrever o material/Serviço).....

Atestamos ainda que o produto foi entregue satisfatoriamente, não existindo em nossos registros, até a presente data, fatos que desabonem sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas.

_____, ____ de _____ de 2016.

.....
(Representante legal)

(Observação: Modelo acima deve ser impresso em papel timbrado da empresa que adquiriu os produtos.)

ANEXO VI

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

DECLARAÇÃO EXPRESSA DE QUE OS PRODUTOS OFERTADOS CONDIZEM COM AS ESPECIFICAÇÕES EXIGIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA

.....(nome empresa)....., inscrito no CNPJ n.º....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n.º..... e do CPF n.º, **DECLARA**, para fins de participação no processo de licitação, sob as penas da Lei, que os materiais ofertados condizem com as especificações exigidas no Termo de Referência, em especial com as características técnicas do mesmo.

Por ser verdade firmo a presente.

_____, ____ de _____ de 2016.

.....
(Representante legal)

(Observação: Modelo acima deve ser impresso em papel timbrado da empresa.)

ANEXO VII

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

DECLARAÇÃO EXPRESSA DE QUE OS PREÇOS CONTIDOS NA PROPOSTA INCLUEM TODOS OS CUSTOS E DESPESAS

.....(nome empresa)....., inscrito no CNPJ n.º....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n.º..... e do CPF n.º, **DECLARA**, para fins de participação no processo de licitação, sob as penas da Lei, que os preços contidos na proposta incluem todos os custos e despesas, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, materiais, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, frete, embalagens, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste Edital.

Por ser verdade firmo a presente.

_____, ____ de _____ de 2016.

.....
(Representante legal)

(Observação: Modelo acima deve ser impresso em papel timbrado da empresa.)

ANEXO VIII

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 004/2016

Modelos dos Impressos

Item 01 - Adesivo Acompanhante CEPON



Item 02 - Adesivo Consulta CEPON





FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC E CEPON

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
CONTRATO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

Item 03 - Adesivo Visitante CEPON



Item 08 - Pasta para laudo de exames Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

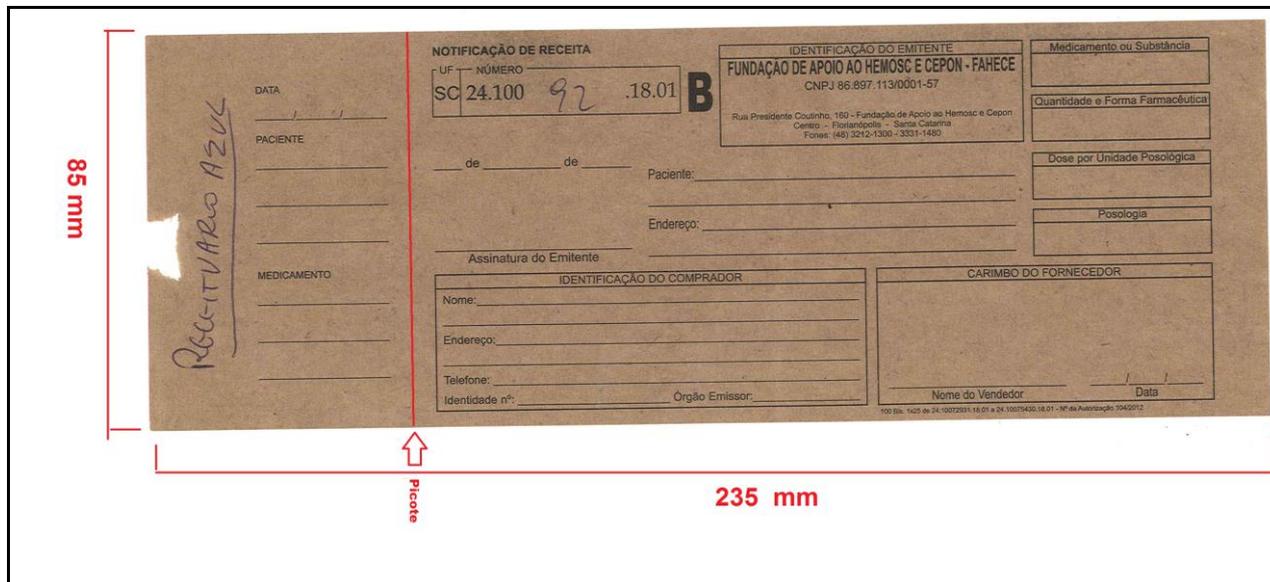


Item 10 - Receita Médica



The form for Item 10 is a medical prescription form. It features the FAHECE logo and name at the top left. The header includes 'FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE', 'SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA', and 'RECEITA'. The form is divided into several sections: 'UNIDADE', 'NOME', and 'ENDEREÇO' at the top; a large central area for the prescription; and 'DATA', 'ASSINATURA DO MÉDICO', and 'CRM' at the bottom. Red dimension lines indicate a width of 150 mm and a height of 200 mm.

Item 11 - Receituário Azul



The form for Item 11 is a blue receipt form. It includes a 'NOTIFICAÇÃO DE RECEITA' section with fields for 'UF' (SC) and 'NÚMERO' (24.100 92 .18.01 B). The 'IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE' section identifies the 'FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE' with its CNPJ (86.897.113/0001-57) and address. The form also contains fields for 'Medicamento ou Substância', 'Quantidade e Forma Farmacéutica', 'Dose por Unidade Posológica', and 'Posologia'. There are sections for 'Assinatura do Emitente', 'IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR' (Name, Address, Telephone, Identity number, Issuing organ), and 'CARIMBO DO FORNECEDOR' (Name of the seller, Date). A handwritten note 'RECEITÁRIO AZUL' is visible on the left side. Red dimension lines indicate a height of 85 mm and a width of 235 mm. A red arrow points to a vertical line labeled 'Picote'.

Item 12 - Receituário Controle Especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>CEPON - CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS CNPJ: 86.897.113/0001-57 Rodovia Admar Gonzaga (SC-404), 655 Itacorubi - Florianópolis - Santa Catarina Fone: (48) 3331-1400</p>	<p>1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE</p> <p style="text-align: center;">_____ CARIMBO DO MÉDICO</p>
<p>Paciente: _____</p>	
<p>Endereço: _____</p>	
<p>Prescrição</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome: _____ Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____</p>

150 mm

205 mm

Item 13 - Sacola em plástico leitoso (32x44cm)



Item 14 - Sacola em plástico leitoso (38x48cm)



Item 15 – Adesivo Doador



HEMOSC
CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA



Doar para ser feliz.

Doador

Data: ____ / ____ / ____

Cód. 416

60 mm

40 mm

Item 16 – Adesivo Doador por Aférese



Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina

HEMOSC

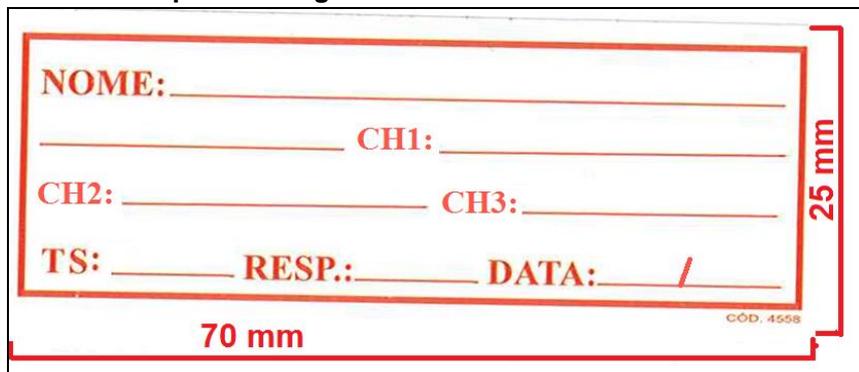
DOADOR POR AFÉRESE

Data: ____ / ____ / ____

60 mm

40 mm

Item 17 – Etiqueta de Segmento de Bolsa Adesiva



NOME: _____

_____ **CH1:** _____

CH2: _____ **CH3:** _____

TS: _____ **RESP.:** _____ **DATA:** ____ / ____

70 mm

25 mm

CÓD. 4558

Item 18 – Adesivo Tubo de Amostra

<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Dia Nascimento: ___/___/___ Coletador: _____</p> <p>Dia Coleta: ___/___/___ Hora Coleta: ____:____</p>	<p>25 mm</p>
<p>65 mm</p>	

Item 19 – Adesivo Visitante

<p>HEMOSC CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA</p> <p></p> <p>Visitante</p> <p>Data: ___/___/___</p>	<p>40 mm</p>
<p>60 mm</p>	

Item 20 – Adesivo Acompanhante

<p>HEMOSC CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA</p> <p></p> <p>Acompanhante</p> <p>Data: ___/___/___</p> <p>Cód. 3741</p>	<p>40 mm</p>
<p>60 mm</p>	

Item 22 – Atestado Médico



FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO,
QUE O(A) SR.(A) _____

IDENTIDADE OU REGISTRO _____ FOI
ATENDIDO(A) _____
CLÍNICA OU SERVIÇO
DO _____
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO
NO DIA ___/___/___ ÀS ___ HORAS, NECESSITANDO
DE _____ (_____) DIAS DE REPOUSO,
POR EXTENSO
POR MOTIVO DE DOENÇA.
CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL/DATA

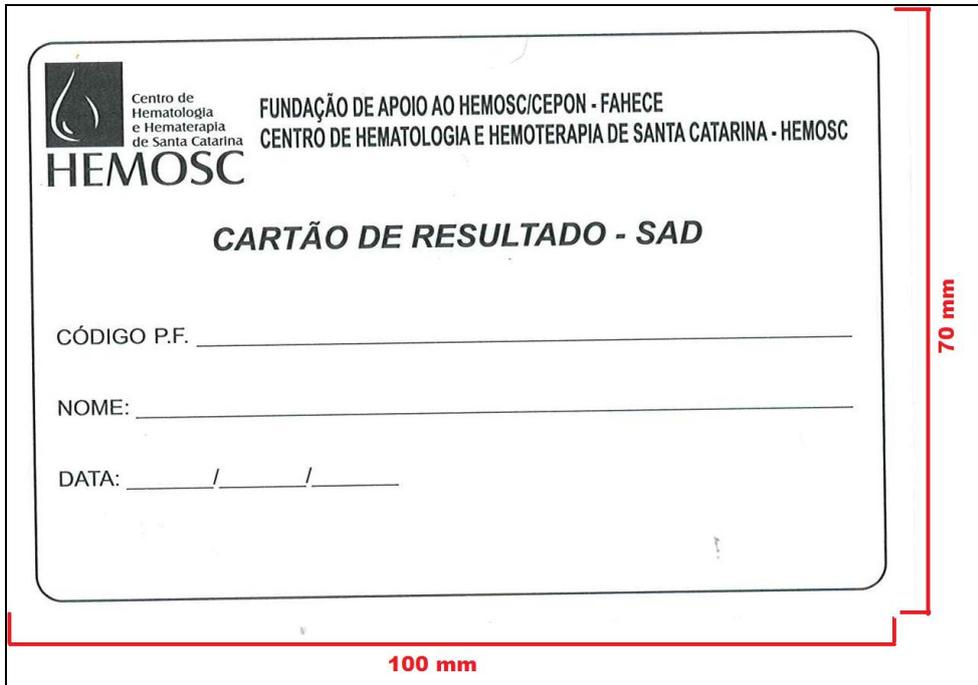
MÉDICO/ODONTÓLOGO REGISTRO CRM/CRO

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADO PELO DECRETO N.º. 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM- 1.190/84; SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

150 mm

210 mm

Item 25 – Cartão Resultado SAD



Centro de Hematologia e Hematerapia de Santa Catarina
HEMOSC

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC

CARTÃO DE RESULTADO - SAD

CÓDIGO P.F. _____

NOME: _____

DATA: ____ / ____ / ____

70 mm

100 mm

Item 26 – Carteira de Protocolo de Doação

FRENTE

Protocolo de doação



A cada doação é obrigatório apresentar Carteira de Identidade ou outro documento oficial com foto.

cód 421

VERSO

QUALQUER DÚVIDA, ENTRE EM CONTATO CONOSCO

TELEFONES DOS HEMOCENTROS

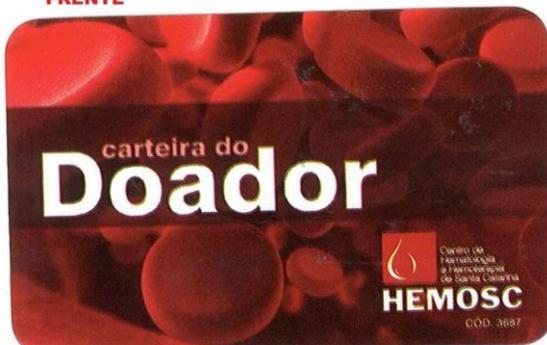
Florianópolis	(48) 3251 9712 / 3251 9711
Lages	(49) 3289 7011
Joaçaba	(49) 3527 2219
Criciúma	(48) 3444 7414
Chapecó	(49) 3700 6410 / 3700 6411
Joinville	(47) 3433 1378
Blumenau	(47) 3222 9800
Tubarão	(48) 3621 2405
Jaraguá do Sul	(47) 3055 0454
Canoinhas	(47) 3622 6900

70 mm

100 mm

Item 27 – Carteira Doador

FRENTE



VERSO



53 mm

84 mm

Item 28 – Comunicação Interna

FRENTE		VERSO											
<p>COMUNICAÇÃO INTERNA</p> <table border="1"> <tr> <td>DE</td> <td>Nº</td> </tr> <tr> <td>PARA</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ASSUNTO</td> </tr> </table>		DE	Nº	PARA	DATA	ASSUNTO		<p>COMUNICAÇÃO INTERNA</p> <table border="1"> <tr> <td>DE</td> <td>Nº</td> </tr> <tr> <td>PARA</td> <td></td> </tr> </table>		DE	Nº	PARA	
DE	Nº												
PARA	DATA												
ASSUNTO													
DE	Nº												
PARA													
150 mm		20 mm											
210 mm		95 mm											
		95 mm											

Item 29 – Declaração de Comparecimento

FRENTE	VERSO						
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Declaração de Comparecimento</td> <td>HMR.03.15.09</td> </tr> <tr> <td>HEMOCENTRO:</td> <td></td> <td>Nº</td> </tr> </table> <p>Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) _____</p> <p>Compareceu a este Hemocentro às _____ horas. Encerrou às _____ horas.</p> <p>Na ocasião</p> <p><input type="checkbox"/> Doou hemocomponentes (plaquetas e/ou hemácias) por aférese voluntariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Doou hemocomponentes (plaquetas e/ou hemácias) por aférese em benefício do paciente _____</p> <p>Internado no Hospital _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não se apresentava apto para doar hemocomponentes por aférese.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizou coleta de amostras, para exames pré doação por aférese.</p> <p>LOCAL E DATA _____</p> <p>ASSINATURA RESPONSÁVEL _____</p>		Declaração de Comparecimento	HMR.03.15.09	HEMOCENTRO:		Nº	<p>LEI Nº 1.075 - DE 27 DE MARÇO DE 1950 DISPÕE SOBRE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE</p> <p>O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei.</p> <p>Art. 1º - Será considerada com louvor na folha de serviço Militar, de funcionário público, civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue feita a Banco mantido por organismo de serviço estatal ou para estatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição.</p> <p>Art. 2º - Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil, de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos.</p> <p>Art. 3º - O doador voluntário que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluído, em igualdade de condições exigidas em lei, entre os que prestam serviços relevantes à Sociedade e a Pátria.</p> <p>Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.</p> <p>Rio de Janeiro, 27 de março de 1950, 129º da Independência e 62º da República. (Ass.) EURICO GASPARD DUTRA</p> <p>De acordo com o Decreto-Lei nº 229 de 28/02/67, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho, qualquer empregado que doar sangue terá o dia abonado uma vez por ano. LEI Nº 7.757 DE 10 DE OUTUBRO de 1989 (Governo do Estado de SC)</p> <p>CONCEDE ESTÍMULOS ESPECIAIS A PESSOAS DOMICILIADAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA, DENOMINADAS DOADORES VOLUNTÁRIOS E SISTEMÁTICOS DE SANGUE.</p>
	Declaração de Comparecimento	HMR.03.15.09					
HEMOCENTRO:		Nº					
150 mm	210 mm						

Item 30 – Declaração de Doação de Sangue

FRENTE



FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON – FAHECE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA – HEMOSC
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

Av. Othon Gama D'Éca, 756 – Praça D. Pedro I | Fone: (48) 3251-9700 | Fax: (48) 3223-0797 | Centro CEP 88015-240 | Florianópolis – Santa Catarina

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) _____

compareceu a este Hemocentro às _____ horas de hoje. Na ocasião:

Doou seu sangue voluntariamente.

Doou seu sangue em benefício do paciente _____

internado no Hospital _____

Não se apresentava apto para doar sangue.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

RESPONSÁVEL

CID: 844

VERSO

LEI Nº 1.075 – DE 27 DE MARÇO DE 1950
DISPÕE SOBRE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SAÚDE

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei.

Art. 1º - Será considerada com louvor na folha de serviço militar, de funcionário público, civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue feita a Banco, mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da Instituição.

Art. 2º - Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil, de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos.

Art. 3º - O doador voluntário que não for servidor público civil ou militar nem da autarquia será incluído, em igualdade de condições exigidas em Lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria.

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de março de 1950, 129ª da Independência e 62ª da República.

Ass. EURICO GASPAR DUTRA

De acordo com o Decreto-Lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho, qualquer empregado que doar sangue terá o dia abonado uma vez por ano.

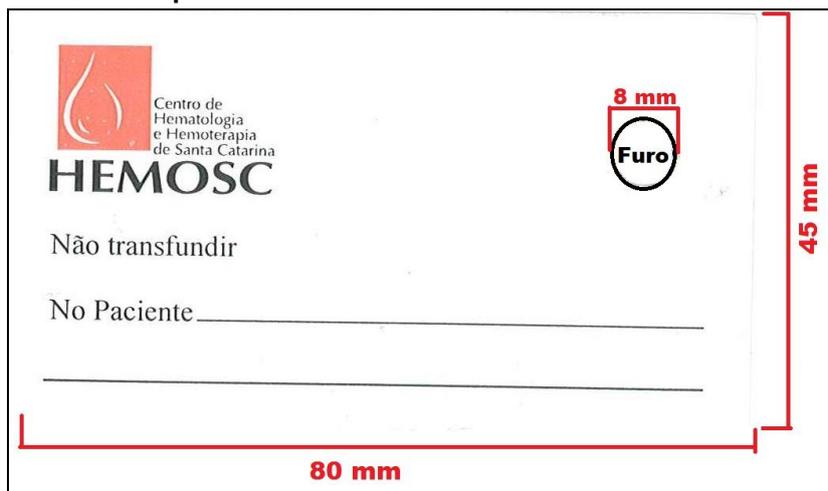
LEI Nº 7.757 DE 10 DE OUTUBRO DE 1989 (Governo do Estado de Santa Catarina).

CONCEDE ESTÍMULOS ESPECIAIS A PESSOAS DOMICILIADAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA, DENOMINADAS DOADORES VOLUNTÁRIOS E SISTEMÁTICOS DE SANGUE.

210 mm

150 mm

Item 31 – Etiqueta Não Transfundir




 Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HEMOSC


 8 mm
 Furo

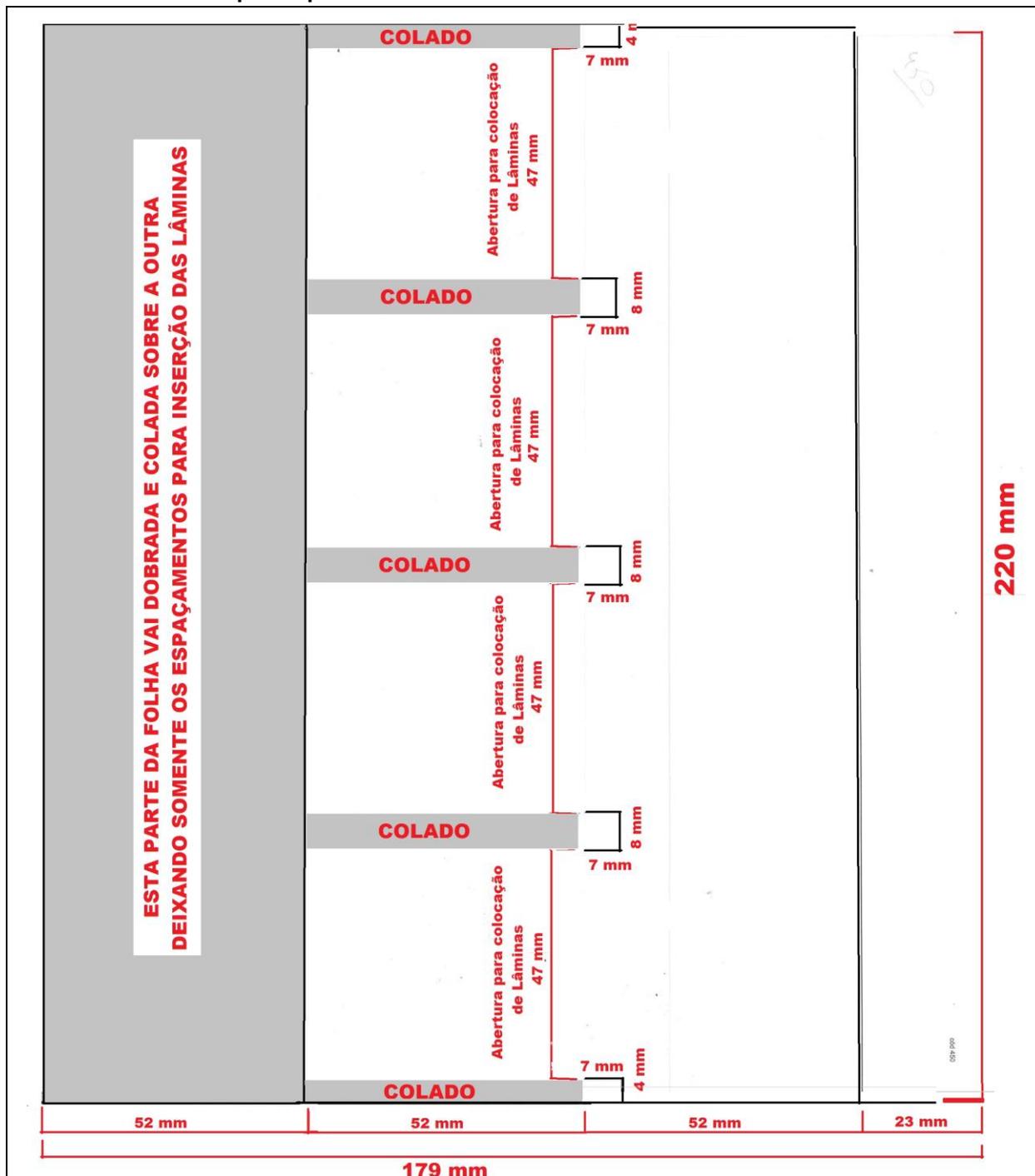
Não transfundir

No Paciente _____

80 mm

45 mm

Item 33 – Ficha de Arquivos para Lâminas



Item 34 – Ficha de Triagem Clínica

FRENTE		VERSO																																																																																																																																																																																																																																									
 <p>FICHA DE TRIAGEM CLÍNICA</p> <p>CÓDIGO DE TRIAGEM</p> <p>Senhor(a) doador(a), você passará por uma entrevista cujas perguntas estão relacionadas abaixo. Leia com atenção e responda com sinceridade, assinalando com um X em SIM ou NÃO. Esta etapa é muito importante, pois visa proteger você e as pessoas que irão receber seu sangue.</p> <p>Apesar de serem feitos vários exames com o sangue doado, antes de ser liberado para outra pessoa, não existe 100% de segurança para o receptor, pois há um período chamado Janela Imunológica, que é o período entre a infecção por um vírus, como por exemplo o HIV, e o aparecimento do resultado positivo nos exames laboratoriais. Neste período, os exames das pessoas contaminadas poderão apresentar resultados negativos. Portanto, não doe sangue para fazer exames. Se existir a possibilidade de você estar contaminado, poderá transmitir o vírus para pessoa que irá receber seu sangue.</p> <p>Pré-triagem: Ht: _____ Hb: _____ Altura: _____ PA: _____ FC: _____ Peso: _____ T: _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>PERGUNTAS</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tr> <td>01</td> <td>Você leu a orientação acima e entendeu o que é Janela Imunológica?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Você já doou sangue?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Seu parceiro ou parceira também doa sangue?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Alimentou-se hoje?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>Fez uso de alimentação rica em gordura há menos de 4 horas?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>Você já foi recusado na entrevista ou teve exames alterados em doações anteriores?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>Repousou bem a noite?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>Vai dirigir caminhão, ônibus, moto ou fazer atividades de risco (altura, escada, andaime ou telhado), trabalhar com máquina pesada (serra, prensa), mergulho, surfe, etc.? Se a resposta for SIM você deverá preferencialmente interromper as atividades por 12 horas.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>Sentiu-se mal em alguma doação anterior?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Tomou bebida alcoólica nas últimas 12 horas?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Possui hábito de tomar bebida alcoólica todos os dias?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Está resfriado, em crise de rinite, tosse ou dor de garganta?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Teve febre inexplicável nos últimos 7 dias?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Está tomando ou tomou qualquer tipo de remédio nos últimos 15 dias?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Faz ou fez uso de Acitretina, Dutasterida, Etretnate, Finasterida, Isotretinoína (Roacutan) ou outra medicação teratogênica?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Faz ou fez uso de hormônio de crescimento de origem humana?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Faz ou fez uso de hormônio anabolizante?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>Recebeu vacina nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Fez tatuagem ou piercing nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>Possui piercing na cavidade oral (boca, língua) e/ou região genital?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>Teve hepatite após os 11 anos de idade ou contato com sangue, secreção ou relação sexual com portadores de hepatite?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>É portador de doença de Chagas ou teve malária?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>Teve tuberculose ou alguma doença pulmonar?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>Você tem ou teve algum problema cardiovascular (AVC, infarto, marcapasso, arritmia, dor no peito ou falta de ar/cansaço...)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>Já teve algum tipo de câncer?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>Já teve desmaio ou convulsão (ataque epilético)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>É portador(a) de diabetes (açúcar no sangue)?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">CONTINUA NO VERSO →</p>		Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO	01	Você leu a orientação acima e entendeu o que é Janela Imunológica?			02	Você já doou sangue?			03	Seu parceiro ou parceira também doa sangue?			04	Alimentou-se hoje?			05	Fez uso de alimentação rica em gordura há menos de 4 horas?			06	Você já foi recusado na entrevista ou teve exames alterados em doações anteriores?			07	Repousou bem a noite?			08	Vai dirigir caminhão, ônibus, moto ou fazer atividades de risco (altura, escada, andaime ou telhado), trabalhar com máquina pesada (serra, prensa), mergulho, surfe, etc.? Se a resposta for SIM você deverá preferencialmente interromper as atividades por 12 horas.			09	Sentiu-se mal em alguma doação anterior?			10	Tomou bebida alcoólica nas últimas 12 horas?			11	Possui hábito de tomar bebida alcoólica todos os dias?			12	Está resfriado, em crise de rinite, tosse ou dor de garganta?			13	Teve febre inexplicável nos últimos 7 dias?			14	Está tomando ou tomou qualquer tipo de remédio nos últimos 15 dias?			15	Faz ou fez uso de Acitretina, Dutasterida, Etretnate, Finasterida, Isotretinoína (Roacutan) ou outra medicação teratogênica?			16	Faz ou fez uso de hormônio de crescimento de origem humana?			17	Faz ou fez uso de hormônio anabolizante?			18	Recebeu vacina nos últimos 12 meses?			19	Fez tatuagem ou piercing nos últimos 12 meses?			20	Possui piercing na cavidade oral (boca, língua) e/ou região genital?			21	Teve hepatite após os 11 anos de idade ou contato com sangue, secreção ou relação sexual com portadores de hepatite?			22	É portador de doença de Chagas ou teve malária?			23	Teve tuberculose ou alguma doença pulmonar?			24	Você tem ou teve algum problema cardiovascular (AVC, infarto, marcapasso, arritmia, dor no peito ou falta de ar/cansaço...)?			25	Já teve algum tipo de câncer?			26	Já teve desmaio ou convulsão (ataque epilético)?			27	É portador(a) de diabetes (açúcar no sangue)?			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>PERGUNTAS</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tr> <td>28</td> <td>Tem ou teve doença hemorrágica, sangramento ou anemia?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>Você já recebeu sangue? Se sim, em que ano foi a última transfusão? Ano: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>Seu parceiro(a) recebeu sangue/plaquetas nos últimos 12 meses ou fez hemodíalise?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>É portador(a) de Hanseníase (lepra) ou possui alguma doença de pele?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>Possui doença reumatológica ou doença autoimune?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>33</td> <td>É portador de doença renal (rim)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>34</td> <td>É portador de doença e/ou alteração da tireoide?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>Já foi internado(a) em clínica psiquiátrica ou de recuperação por uso de álcool ou drogas?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>Fez qualquer tipo de tratamento dentário nos últimos 7 dias?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>37</td> <td>Fez alguma cirurgia odontológica nos últimos 12 meses (implante, enxerto, etc)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>Fez cirurgia nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>39</td> <td>Fez endoscopia, colonoscopia ou outro procedimento invasivo nos últimos 6 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>Já fez algum tipo de transplante de órgãos?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>Teve perda de peso inexplicável nos últimos 6 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>Teve diarreia nos últimos 7 dias?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Teve ou está com gânglios aumentados pelo corpo (língua no pescoço, axila e virilha)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>Tem ou teve lesões esbranquiçadas na boca ou garganta (afta, herpes)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>É portador(a) ou teve: sífilis, gonorreia, HIV, HPV, herpes ou outra DST?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>Utilizou ou utiliza drogas ilícitas (cocaína, crack, heroína, LSD, maconha) ou outras?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>Foi preso por mais de 72 horas ou teve contato sexual com detento nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>Você tem ou já teve relação sexual com parceiro(a) do mesmo sexo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>49</td> <td>Você teve mais de 1 parceiro(a) sexual nos últimos 12 meses? Se sim, quantos parceiros teve? Nº de parceiros: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>Você teve relação sexual com profissionais do sexo nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>Você fez ou faz sexo em troca de dinheiro ou drogas?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>52</td> <td>Você foi vítima de violência sexual nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>53</td> <td>Feriu-se com material contaminado de sangue de outra pessoa nos últimos 12 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>54</td> <td>Veio doar exclusivamente para fazer exames de AIDS, hepatite ou outras doenças?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>Esteve fora de Santa Catarina nos últimos 12 meses ou esteve na Europa após 1980?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>56</td> <td>Você tem ou teve algum outro problema de saúde que não tenha sido perguntado?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO	28	Tem ou teve doença hemorrágica, sangramento ou anemia?			29	Você já recebeu sangue? Se sim, em que ano foi a última transfusão? Ano: _____			30	Seu parceiro(a) recebeu sangue/plaquetas nos últimos 12 meses ou fez hemodíalise?			31	É portador(a) de Hanseníase (lepra) ou possui alguma doença de pele?			32	Possui doença reumatológica ou doença autoimune?			33	É portador de doença renal (rim)?			34	É portador de doença e/ou alteração da tireoide?			35	Já foi internado(a) em clínica psiquiátrica ou de recuperação por uso de álcool ou drogas?			36	Fez qualquer tipo de tratamento dentário nos últimos 7 dias?			37	Fez alguma cirurgia odontológica nos últimos 12 meses (implante, enxerto, etc)?			38	Fez cirurgia nos últimos 12 meses?			39	Fez endoscopia, colonoscopia ou outro procedimento invasivo nos últimos 6 meses?			40	Já fez algum tipo de transplante de órgãos?			41	Teve perda de peso inexplicável nos últimos 6 meses?			42	Teve diarreia nos últimos 7 dias?			43	Teve ou está com gânglios aumentados pelo corpo (língua no pescoço, axila e virilha)?			44	Tem ou teve lesões esbranquiçadas na boca ou garganta (afta, herpes)?			45	É portador(a) ou teve: sífilis, gonorreia, HIV, HPV, herpes ou outra DST?			46	Utilizou ou utiliza drogas ilícitas (cocaína, crack, heroína, LSD, maconha) ou outras?			47	Foi preso por mais de 72 horas ou teve contato sexual com detento nos últimos 12 meses?			48	Você tem ou já teve relação sexual com parceiro(a) do mesmo sexo?			49	Você teve mais de 1 parceiro(a) sexual nos últimos 12 meses? Se sim, quantos parceiros teve? Nº de parceiros: _____			50	Você teve relação sexual com profissionais do sexo nos últimos 12 meses?			51	Você fez ou faz sexo em troca de dinheiro ou drogas?			52	Você foi vítima de violência sexual nos últimos 12 meses?			53	Feriu-se com material contaminado de sangue de outra pessoa nos últimos 12 meses?			54	Veio doar exclusivamente para fazer exames de AIDS, hepatite ou outras doenças?			55	Esteve fora de Santa Catarina nos últimos 12 meses ou esteve na Europa após 1980?			56	Você tem ou teve algum outro problema de saúde que não tenha sido perguntado?		
Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO																																																																																																																																																																																																																																								
01	Você leu a orientação acima e entendeu o que é Janela Imunológica?																																																																																																																																																																																																																																										
02	Você já doou sangue?																																																																																																																																																																																																																																										
03	Seu parceiro ou parceira também doa sangue?																																																																																																																																																																																																																																										
04	Alimentou-se hoje?																																																																																																																																																																																																																																										
05	Fez uso de alimentação rica em gordura há menos de 4 horas?																																																																																																																																																																																																																																										
06	Você já foi recusado na entrevista ou teve exames alterados em doações anteriores?																																																																																																																																																																																																																																										
07	Repousou bem a noite?																																																																																																																																																																																																																																										
08	Vai dirigir caminhão, ônibus, moto ou fazer atividades de risco (altura, escada, andaime ou telhado), trabalhar com máquina pesada (serra, prensa), mergulho, surfe, etc.? Se a resposta for SIM você deverá preferencialmente interromper as atividades por 12 horas.																																																																																																																																																																																																																																										
09	Sentiu-se mal em alguma doação anterior?																																																																																																																																																																																																																																										
10	Tomou bebida alcoólica nas últimas 12 horas?																																																																																																																																																																																																																																										
11	Possui hábito de tomar bebida alcoólica todos os dias?																																																																																																																																																																																																																																										
12	Está resfriado, em crise de rinite, tosse ou dor de garganta?																																																																																																																																																																																																																																										
13	Teve febre inexplicável nos últimos 7 dias?																																																																																																																																																																																																																																										
14	Está tomando ou tomou qualquer tipo de remédio nos últimos 15 dias?																																																																																																																																																																																																																																										
15	Faz ou fez uso de Acitretina, Dutasterida, Etretnate, Finasterida, Isotretinoína (Roacutan) ou outra medicação teratogênica?																																																																																																																																																																																																																																										
16	Faz ou fez uso de hormônio de crescimento de origem humana?																																																																																																																																																																																																																																										
17	Faz ou fez uso de hormônio anabolizante?																																																																																																																																																																																																																																										
18	Recebeu vacina nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
19	Fez tatuagem ou piercing nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
20	Possui piercing na cavidade oral (boca, língua) e/ou região genital?																																																																																																																																																																																																																																										
21	Teve hepatite após os 11 anos de idade ou contato com sangue, secreção ou relação sexual com portadores de hepatite?																																																																																																																																																																																																																																										
22	É portador de doença de Chagas ou teve malária?																																																																																																																																																																																																																																										
23	Teve tuberculose ou alguma doença pulmonar?																																																																																																																																																																																																																																										
24	Você tem ou teve algum problema cardiovascular (AVC, infarto, marcapasso, arritmia, dor no peito ou falta de ar/cansaço...)?																																																																																																																																																																																																																																										
25	Já teve algum tipo de câncer?																																																																																																																																																																																																																																										
26	Já teve desmaio ou convulsão (ataque epilético)?																																																																																																																																																																																																																																										
27	É portador(a) de diabetes (açúcar no sangue)?																																																																																																																																																																																																																																										
Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO																																																																																																																																																																																																																																								
28	Tem ou teve doença hemorrágica, sangramento ou anemia?																																																																																																																																																																																																																																										
29	Você já recebeu sangue? Se sim, em que ano foi a última transfusão? Ano: _____																																																																																																																																																																																																																																										
30	Seu parceiro(a) recebeu sangue/plaquetas nos últimos 12 meses ou fez hemodíalise?																																																																																																																																																																																																																																										
31	É portador(a) de Hanseníase (lepra) ou possui alguma doença de pele?																																																																																																																																																																																																																																										
32	Possui doença reumatológica ou doença autoimune?																																																																																																																																																																																																																																										
33	É portador de doença renal (rim)?																																																																																																																																																																																																																																										
34	É portador de doença e/ou alteração da tireoide?																																																																																																																																																																																																																																										
35	Já foi internado(a) em clínica psiquiátrica ou de recuperação por uso de álcool ou drogas?																																																																																																																																																																																																																																										
36	Fez qualquer tipo de tratamento dentário nos últimos 7 dias?																																																																																																																																																																																																																																										
37	Fez alguma cirurgia odontológica nos últimos 12 meses (implante, enxerto, etc)?																																																																																																																																																																																																																																										
38	Fez cirurgia nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
39	Fez endoscopia, colonoscopia ou outro procedimento invasivo nos últimos 6 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
40	Já fez algum tipo de transplante de órgãos?																																																																																																																																																																																																																																										
41	Teve perda de peso inexplicável nos últimos 6 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
42	Teve diarreia nos últimos 7 dias?																																																																																																																																																																																																																																										
43	Teve ou está com gânglios aumentados pelo corpo (língua no pescoço, axila e virilha)?																																																																																																																																																																																																																																										
44	Tem ou teve lesões esbranquiçadas na boca ou garganta (afta, herpes)?																																																																																																																																																																																																																																										
45	É portador(a) ou teve: sífilis, gonorreia, HIV, HPV, herpes ou outra DST?																																																																																																																																																																																																																																										
46	Utilizou ou utiliza drogas ilícitas (cocaína, crack, heroína, LSD, maconha) ou outras?																																																																																																																																																																																																																																										
47	Foi preso por mais de 72 horas ou teve contato sexual com detento nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
48	Você tem ou já teve relação sexual com parceiro(a) do mesmo sexo?																																																																																																																																																																																																																																										
49	Você teve mais de 1 parceiro(a) sexual nos últimos 12 meses? Se sim, quantos parceiros teve? Nº de parceiros: _____																																																																																																																																																																																																																																										
50	Você teve relação sexual com profissionais do sexo nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
51	Você fez ou faz sexo em troca de dinheiro ou drogas?																																																																																																																																																																																																																																										
52	Você foi vítima de violência sexual nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
53	Feriu-se com material contaminado de sangue de outra pessoa nos últimos 12 meses?																																																																																																																																																																																																																																										
54	Veio doar exclusivamente para fazer exames de AIDS, hepatite ou outras doenças?																																																																																																																																																																																																																																										
55	Esteve fora de Santa Catarina nos últimos 12 meses ou esteve na Europa após 1980?																																																																																																																																																																																																																																										
56	Você tem ou teve algum outro problema de saúde que não tenha sido perguntado?																																																																																																																																																																																																																																										

PERGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MULHERES

57	Está com cólica menstrual e fluxo intenso?		
58	Está grávida, com atraso menstrual ou amamentando?		
59	Você já engravidou? Se sim, quantas vezes? Nº de gestações: _____		
60	Você teve aborto ou parto há menos de 3 meses?		
61	Você recebeu vacina (imunoglobulina) pós-parto nos últimos 12 meses?		

PARA USO DO HEMOSC

() Apto () Inapto Temporariamente () Inapto Definitivamente () Sangue () Aférese () Amostra

Código de inaptidão: _____ Tempo de inaptidão: _____ dias

Reação à doação: () Não () Sim, qual: _____

Assinatura e carimbo pelo responsável pela triagem: _____

Assinatura do doador: _____

297 mm

210 mm

Item 37 – Nota de Fornecimento de Hemocomponentes



Nota de Fornecimento de Hemocomponentes

HEMOSC fornecedor: _____ Agência fornecedora: _____
Endereço /telefone fornecedor: _____
Hospital/Clinica solicitante: _____
Endereço/telefone solicitante: _____
Nome solicitante: _____
Data solicitação: _____ Hora solicitação: _____

Hemocomponente	ABO/Rh	Número bolsa

Hemocomponente	ABO/Rh	Número bolsa

As bolsas acima relacionadas apresentam sorologia não reagente para Hepatite B, Hepatite C, Sífilis, Chagas, HIV 1 e 2, HTLV I/II, NAT RNA não detectável para HIV, HCV e HBV

Normas para Transporte e Armazenamento de Hemocomponentes:

Concentrado de Hemácias

Transporte em caixa térmica, temperatura de 1 a 10 ° C, sem contato direto com gelo;
Armazenamento em câmara de conservação com temperatura entre 2 a 6° C.
Temperatura de Saída do HEMOSC: _____ ° C.
Temperatura/horário de Chegada no Solicitante: _____ ° C/ _____.
Assinatura do responsável pelo recebimento no solicitante: _____.

Concentrado de Plaquetas

Transporte em caixa térmica de 20 a 24° C;
Armazenamento em agitador de plaquetas com temperatura entre 20 a 24° C.
Temperatura de Saída do HEMOSC: _____ ° C.
Temperatura/horário de Chegada no Solicitante: _____ ° C/ _____.
Assinatura do responsável pelo recebimento no solicitante: _____.

Plasma e Crioprecipitado

Transporte em caixa térmica com temperatura próxima da de armazenamento de modo a manter os hemocomponentes totalmente congelados, sendo o ideal com gelo seco;
Armazenamento em freezer com temperatura inferior a -18° C (18° C negativos).
Temperatura de Saída do HEMOSC: _____ ° C.
Temperatura/horário de Chegada no Solicitante: _____ ° C/ _____.
Assinatura do responsável pelo recebimento no solicitante: _____.

O HEMOSC realiza os testes de controle de qualidade em hemocomponentes exigidos pela legislação vigente.
O HEMOSC recomenda a realização de testes de detecção bacteriana em concentrado de plaquetas randômicas.
As caixas térmicas utilizadas para o transporte das bolsas devem ser resistente a impactos, impedir vazamentos, permitir a higienização regular e manter a temperatura adequada.
Deve ser realizada inspeção visual em cada hemocomponente (verificar coloração, integridade do sistema, presença de hemólise, coágulo, etc) durante todo o manuseio.
A legislação vigente deve ser seguida para todas as atividades pertinentes.

Saída dos hemocomponentes:

Data fornecimento: _____ Hora fornecimento: _____
Responsável pelo atendimento do HEMOSC: _____
Assinatura do responsável pelo atendimento do HEMOSC: _____

Eu _____ (nome completo e legível) RG. N° _____

recebi as bolsas relacionadas.
Declaro que entendi todos os cuidados acima citados e me responsabilizo pelo transporte e a entrega dos referidos hemocomponentes.
Assinatura do responsável pelo transporte: _____

Motivo do atendimento em contingência:

Contingência HEMOSIS Extrema urgência Simulação/treinamento Outro _____
Registros no HEMOSIS em: _____ por: _____

O atendimento para não conveniados somente será realizado em caso de emergência e deve-se observar:
a) o pedido ser encaminhado, juntamente com amostra de sangue devidamente identificado para realização de testes de compatibilidade doador e receptor, assinado e carimbado pelo médico assistente;
b) pedido ser em papel timbrado da instituição solicitante, contendo nome, endereço, telefone, fax e o setor da instituição onde se realizará o ato transfusional;
c) conter o número do prontuário do paciente, o nome completo e a idade;
d) conter a quantidade e o nome do hemocomponente, acompanhados da indicação de uso.
A instituição solicitante fica obrigada a devolver as bolsas de hemocomponentes utilizadas ou não à instituição distribuidora, em até 48 horas após o recebimento. Esta devolução deverá ser realizada juntamente com a devida documentação relativa à utilização ou não do (s) hemocomponente (s).

297 mm

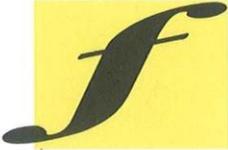
210 mm



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
CONTRATO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

Item 39 – Receita Médica

<p>375</p>  <p>FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA</p> <p style="text-align: right;">RECEITA</p>		
UNIDADE		
NOME		
ENDEREÇO		
		
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO	CRM

150 mm

205 mm

Item 40 – Receituário de Controle Especial

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 1ª VIA BRANCA: FARMÁCIA 2ª VIA ROSA: PACIENTE </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div> <p style="margin: 0;">HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Av. Othon Gama D' Eça, 756 - Praça D. Pedro I - Centro - 88015-240 - Florianópolis-SC - Fone: (48) 3251-9700</p> </div> </div> </div>	
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____	
____/____/____ Data	_____ Assinatura do Emitente
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0; font-weight: bold;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> Nome: _____ Ident. nº: _____ Órg. Em.: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0; font-weight: bold;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> Assinatura do Farmacêutico _____ ____/____/____ Data </div> </div>

205 mm

140 mm

Item 41 – Requisição de Exames



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE
SANTA CATARINA - HEMOSC

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME				MUNICÍPIO	LOCAL *	Nº. REGISTRO	Nº																																																																														
				□ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □																																																																															
IDADE	SEXO	ALTURA	PESO	<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA		<input type="checkbox"/> EGRESSO <input type="checkbox"/> LEITO																																																																															
	M F																																																																																				
<p>CÓDIGOS BÁSICOS</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 523001 - HEMOGRAMA</td> <td><input type="checkbox"/> 502019 - MAGNÉSIO</td> <td><input type="checkbox"/> 538025 - VDRL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 517001 - VHS</td> <td><input type="checkbox"/> 500020 - CLORO</td> <td><input type="checkbox"/> 521004 - GRUPO SANGÜÍNEO + RH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518029 - PLAQUETAS (CONTAGEM)</td> <td><input type="checkbox"/> 477001 - LIPÍDEOS</td> <td><input type="checkbox"/> 528011 - BETA HCG PLASMÁTICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518046 - HEMATÓCRITO</td> <td><input type="checkbox"/> 480001 - SÓDIO</td> <td><input type="checkbox"/> 526016 - T3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518057 - HEMOGLOBINA</td> <td><input type="checkbox"/> 478001 - POTÁSSIO</td> <td><input type="checkbox"/> 526005 - T4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518004 - RETICULÓCITOS (CONTAGEM)</td> <td><input type="checkbox"/> 507048 - LÍTIOS (DOSAGEM)</td> <td><input type="checkbox"/> 526007 - TSH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 520022 - LEUCOMETRIA</td> <td><input type="checkbox"/> 502005 - FRUTOSAMINA</td> <td><input type="checkbox"/> 526017 - T4 LIVRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518049 - ERITROGRAMA</td> <td><input type="checkbox"/> 507001 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA</td> <td><input type="checkbox"/> 530004 - T3 LIVRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518005 - TAP</td> <td><input type="checkbox"/> 491001 - TGO</td> <td><input type="checkbox"/> 526001 - LH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518070 - KPTT</td> <td><input type="checkbox"/> 490001 - TGP</td> <td><input type="checkbox"/> 526024 - FSH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 520001 - FIBRINOGENO</td> <td><input type="checkbox"/> 485001 - FOSFATASE ALCALINA</td> <td><input type="checkbox"/> 528016 - ESTRADIOL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 522029 - TEMPO DE COAGULAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 485005 - FOSF. ALCALINA + FRAÇÕES</td> <td><input type="checkbox"/> 528004 - PROLACTINA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518040 - TEMPO DE SANGRAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> 496002 - GAMA GT</td> <td><input type="checkbox"/> 528014 - PROGESTERONA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 518075 - RETRAÇÃO DO COÁGULO</td> <td><input type="checkbox"/> 502032 - BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES</td> <td><input type="checkbox"/> 528012 - TESTOSTERONA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 476001 - GLICOSE</td> <td><input type="checkbox"/> 509001 - AMILASE</td> <td><input type="checkbox"/> 530017 - PSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 500005 - GLICOSE PÓS-PRANDIAL</td> <td><input type="checkbox"/> 486001 - LIPASE</td> <td><input type="checkbox"/> 544023 - TOXOPLASMOSE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 481001 - URÉIA</td> <td><input type="checkbox"/> 506007 - DESIDROGENASE LÁCTICA</td> <td><input type="checkbox"/> 542023 - RUBÉOLA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 474001 - CREATININA</td> <td><input type="checkbox"/> 502020 - MUCOPROTEINAS</td> <td><input type="checkbox"/> 564045 - UROCULTURA +TSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 470001 - ÁCIDO ÚRICO</td> <td><input type="checkbox"/> 479001 - PROTEINAS E FRAÇÕES</td> <td><input type="checkbox"/> 568010 - PARCIAL DE URINA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 500008 - COLESTEROL TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/> 538044 - ASLO</td> <td><input type="checkbox"/> 568061 - DENSIDADE URINÁRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 494001 - HDL</td> <td><input type="checkbox"/> 538059 - FATOR REUMATÓIDE (LATEX)</td> <td><input type="checkbox"/> 513001 - PARASITOLÓGICO DE FEZES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 494002 - LDL</td> <td><input type="checkbox"/> 538050 - PROTEÍNA C REATIVA</td> <td><input type="checkbox"/> 514020 - MIFF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 494005 - VLDL</td> <td><input type="checkbox"/> 540003 - WALTER ROSE</td> <td><input type="checkbox"/> 514040 - PESQ. DE SANGUE OCULTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 498001 - TRIGLICERÍDEOS</td> <td><input type="checkbox"/> 538009 - TESTE DE GRAVIDEZ (URINA)</td> <td><input type="checkbox"/> 514036 - PESQ. LEUCÓCITO NAS FEZES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 471001 - CÁLCIO</td> <td><input type="checkbox"/> 518003 - COOMBS DIRETO</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 475001 - FÓSFORO</td> <td><input type="checkbox"/> 518073 - COOMBS INDIRETO</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 523001 - HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> 502019 - MAGNÉSIO	<input type="checkbox"/> 538025 - VDRL	<input type="checkbox"/> 517001 - VHS	<input type="checkbox"/> 500020 - CLORO	<input type="checkbox"/> 521004 - GRUPO SANGÜÍNEO + RH	<input type="checkbox"/> 518029 - PLAQUETAS (CONTAGEM)	<input type="checkbox"/> 477001 - LIPÍDEOS	<input type="checkbox"/> 528011 - BETA HCG PLASMÁTICO	<input type="checkbox"/> 518046 - HEMATÓCRITO	<input type="checkbox"/> 480001 - SÓDIO	<input type="checkbox"/> 526016 - T3	<input type="checkbox"/> 518057 - HEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/> 478001 - POTÁSSIO	<input type="checkbox"/> 526005 - T4	<input type="checkbox"/> 518004 - RETICULÓCITOS (CONTAGEM)	<input type="checkbox"/> 507048 - LÍTIOS (DOSAGEM)	<input type="checkbox"/> 526007 - TSH	<input type="checkbox"/> 520022 - LEUCOMETRIA	<input type="checkbox"/> 502005 - FRUTOSAMINA	<input type="checkbox"/> 526017 - T4 LIVRE	<input type="checkbox"/> 518049 - ERITROGRAMA	<input type="checkbox"/> 507001 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 530004 - T3 LIVRE	<input type="checkbox"/> 518005 - TAP	<input type="checkbox"/> 491001 - TGO	<input type="checkbox"/> 526001 - LH	<input type="checkbox"/> 518070 - KPTT	<input type="checkbox"/> 490001 - TGP	<input type="checkbox"/> 526024 - FSH	<input type="checkbox"/> 520001 - FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/> 485001 - FOSFATASE ALCALINA	<input type="checkbox"/> 528016 - ESTRADIOL	<input type="checkbox"/> 522029 - TEMPO DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> 485005 - FOSF. ALCALINA + FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> 528004 - PROLACTINA	<input type="checkbox"/> 518040 - TEMPO DE SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 496002 - GAMA GT	<input type="checkbox"/> 528014 - PROGESTERONA	<input type="checkbox"/> 518075 - RETRAÇÃO DO COÁGULO	<input type="checkbox"/> 502032 - BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> 528012 - TESTOSTERONA	<input type="checkbox"/> 476001 - GLICOSE	<input type="checkbox"/> 509001 - AMILASE	<input type="checkbox"/> 530017 - PSA	<input type="checkbox"/> 500005 - GLICOSE PÓS-PRANDIAL	<input type="checkbox"/> 486001 - LIPASE	<input type="checkbox"/> 544023 - TOXOPLASMOSE	<input type="checkbox"/> 481001 - URÉIA	<input type="checkbox"/> 506007 - DESIDROGENASE LÁCTICA	<input type="checkbox"/> 542023 - RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> 474001 - CREATININA	<input type="checkbox"/> 502020 - MUCOPROTEINAS	<input type="checkbox"/> 564045 - UROCULTURA +TSA	<input type="checkbox"/> 470001 - ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 479001 - PROTEINAS E FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> 568010 - PARCIAL DE URINA	<input type="checkbox"/> 500008 - COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 538044 - ASLO	<input type="checkbox"/> 568061 - DENSIDADE URINÁRIA	<input type="checkbox"/> 494001 - HDL	<input type="checkbox"/> 538059 - FATOR REUMATÓIDE (LATEX)	<input type="checkbox"/> 513001 - PARASITOLÓGICO DE FEZES	<input type="checkbox"/> 494002 - LDL	<input type="checkbox"/> 538050 - PROTEÍNA C REATIVA	<input type="checkbox"/> 514020 - MIFF	<input type="checkbox"/> 494005 - VLDL	<input type="checkbox"/> 540003 - WALTER ROSE	<input type="checkbox"/> 514040 - PESQ. DE SANGUE OCULTO	<input type="checkbox"/> 498001 - TRIGLICERÍDEOS	<input type="checkbox"/> 538009 - TESTE DE GRAVIDEZ (URINA)	<input type="checkbox"/> 514036 - PESQ. LEUCÓCITO NAS FEZES	<input type="checkbox"/> 471001 - CÁLCIO	<input type="checkbox"/> 518003 - COOMBS DIRETO	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 475001 - FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 518073 - COOMBS INDIRETO	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> 523001 - HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> 502019 - MAGNÉSIO	<input type="checkbox"/> 538025 - VDRL																																																																																			
<input type="checkbox"/> 517001 - VHS	<input type="checkbox"/> 500020 - CLORO	<input type="checkbox"/> 521004 - GRUPO SANGÜÍNEO + RH																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518029 - PLAQUETAS (CONTAGEM)	<input type="checkbox"/> 477001 - LIPÍDEOS	<input type="checkbox"/> 528011 - BETA HCG PLASMÁTICO																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518046 - HEMATÓCRITO	<input type="checkbox"/> 480001 - SÓDIO	<input type="checkbox"/> 526016 - T3																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518057 - HEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/> 478001 - POTÁSSIO	<input type="checkbox"/> 526005 - T4																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518004 - RETICULÓCITOS (CONTAGEM)	<input type="checkbox"/> 507048 - LÍTIOS (DOSAGEM)	<input type="checkbox"/> 526007 - TSH																																																																																			
<input type="checkbox"/> 520022 - LEUCOMETRIA	<input type="checkbox"/> 502005 - FRUTOSAMINA	<input type="checkbox"/> 526017 - T4 LIVRE																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518049 - ERITROGRAMA	<input type="checkbox"/> 507001 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 530004 - T3 LIVRE																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518005 - TAP	<input type="checkbox"/> 491001 - TGO	<input type="checkbox"/> 526001 - LH																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518070 - KPTT	<input type="checkbox"/> 490001 - TGP	<input type="checkbox"/> 526024 - FSH																																																																																			
<input type="checkbox"/> 520001 - FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/> 485001 - FOSFATASE ALCALINA	<input type="checkbox"/> 528016 - ESTRADIOL																																																																																			
<input type="checkbox"/> 522029 - TEMPO DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> 485005 - FOSF. ALCALINA + FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> 528004 - PROLACTINA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518040 - TEMPO DE SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 496002 - GAMA GT	<input type="checkbox"/> 528014 - PROGESTERONA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 518075 - RETRAÇÃO DO COÁGULO	<input type="checkbox"/> 502032 - BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> 528012 - TESTOSTERONA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 476001 - GLICOSE	<input type="checkbox"/> 509001 - AMILASE	<input type="checkbox"/> 530017 - PSA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 500005 - GLICOSE PÓS-PRANDIAL	<input type="checkbox"/> 486001 - LIPASE	<input type="checkbox"/> 544023 - TOXOPLASMOSE																																																																																			
<input type="checkbox"/> 481001 - URÉIA	<input type="checkbox"/> 506007 - DESIDROGENASE LÁCTICA	<input type="checkbox"/> 542023 - RUBÉOLA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 474001 - CREATININA	<input type="checkbox"/> 502020 - MUCOPROTEINAS	<input type="checkbox"/> 564045 - UROCULTURA +TSA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 470001 - ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 479001 - PROTEINAS E FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> 568010 - PARCIAL DE URINA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 500008 - COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 538044 - ASLO	<input type="checkbox"/> 568061 - DENSIDADE URINÁRIA																																																																																			
<input type="checkbox"/> 494001 - HDL	<input type="checkbox"/> 538059 - FATOR REUMATÓIDE (LATEX)	<input type="checkbox"/> 513001 - PARASITOLÓGICO DE FEZES																																																																																			
<input type="checkbox"/> 494002 - LDL	<input type="checkbox"/> 538050 - PROTEÍNA C REATIVA	<input type="checkbox"/> 514020 - MIFF																																																																																			
<input type="checkbox"/> 494005 - VLDL	<input type="checkbox"/> 540003 - WALTER ROSE	<input type="checkbox"/> 514040 - PESQ. DE SANGUE OCULTO																																																																																			
<input type="checkbox"/> 498001 - TRIGLICERÍDEOS	<input type="checkbox"/> 538009 - TESTE DE GRAVIDEZ (URINA)	<input type="checkbox"/> 514036 - PESQ. LEUCÓCITO NAS FEZES																																																																																			
<input type="checkbox"/> 471001 - CÁLCIO	<input type="checkbox"/> 518003 - COOMBS DIRETO	<input type="checkbox"/> _____																																																																																			
<input type="checkbox"/> 475001 - FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 518073 - COOMBS INDIRETO	<input type="checkbox"/> _____																																																																																			
CARIMBO UNIDADE SOLICITANTE		AUTORIZADOR	DATA	TOTAL DE EXAMES																																																																																	
			____/____/____																																																																																		
		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL																																																																																			

210 mm

230 mm

Item 44 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Sangria Terapêutica

FRENTE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SANGRIA TERAPÊUTICA</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">HMR.03.10.08</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HEMOCENTRO:</td> <td style="text-align: center;">Nº</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 20px;">SANGRIA TERAPÊUTICA</p> <p>Nome: _____ RG/CPF: _____</p> <p>Eu, acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar a SANGRIA TERAPÊUTICA, procedimento que consiste na retirada de uma bolsa de sangue, com volume médio de 450ml, com o objetivo de reduzir a quantidade de glóbulos vermelhos ou dos estoques de ferro do meu organismo.</p> <p>Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas minhas dúvidas foram esclarecidas.</p> <p>Estou ciente que poderão haver reações leves a graves, imediatas ou tardias da sangria terapêutica, como náuseas, hipotensão, tontura, hematoma no local da punção, flebite entre outras. Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a sangria, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido à devida assistência especializada.</p> <p>Posso o direito de revogar esta autorização de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SANGRIA TERAPÊUTICA	HMR.03.10.08	HEMOCENTRO:	Nº
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SANGRIA TERAPÊUTICA	HMR.03.10.08				
HEMOCENTRO:	Nº				
VERSO	<p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">297 mm</p> <p>Por livre iniciativa autorizo a sangria terapêutica e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.</p> <p>Nome: _____ Nome: _____ RG/CPF: _____ CRM: _____/SC - Carimbo: _____ Ass. Paciente/Responsável: _____ Ass. Médico Assistente: _____ LOCAL: _____ DATA: ____/____/____</p> <p>Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão:</p> <p>_____ _____</p> <p><small>Código de Ética Médica - Art. 5º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.</small></p> <p>MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)</p> <p>() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. () Não foi possível a coleta desde Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.</p> <p>Santa Catarina, _____ de _____ de _____ Hora: _____</p> <p>Médico, CRM, carimbo e assinatura _____ Médico, CRM, carimbo e assinatura _____</p> <p>REVOGAÇÃO: SC, ____/____/____ Hora: _____</p> <p>(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)</p>				

210 mm

Item 46 – Voto de Auto exclusão

LEIA COM ATENÇÃO

ESTA INFORMAÇÃO PRESTADA POR VOCÊ É CONFIDENCIAL E SERÁ MANTIDA SOB SIGILO. NÃO TEM QUALQUER IMPLICAÇÃO PESSOAL, TEM A FINALIDADE DE PROTEGER A PESSOA QUE IRÁ RECEBER O SEU SANGUE.

RESPONDA COM SINCERIDADE MARCANDO UM "X" UMA DAS ALTERNATIVAS:

SIM, Meu sangue PODE SER USADO PARA TRANSFUSÃO.

NÃO, Meu sangue NÃO PODE SER USADO PARA TRANSFUSÃO, pois estou, ou passei, por situação de risco.

100 mm

210 mm

CAP 028

Item 47 – Adesivo de Painei "DOE SANGUE"



Item 48 – Adesivo de Vidro “DOE SANGUE”



Item 49 – Adesivo de Painel “DOE PLAQUETAS”



Item 50 – Adesivo de vidro “DOE PLAQUETAS”



*corte acompanha o desenho

Item 51 – Cartaz Coleta Externa (CAP001)



600 mm

Data: _____

Horário: _____

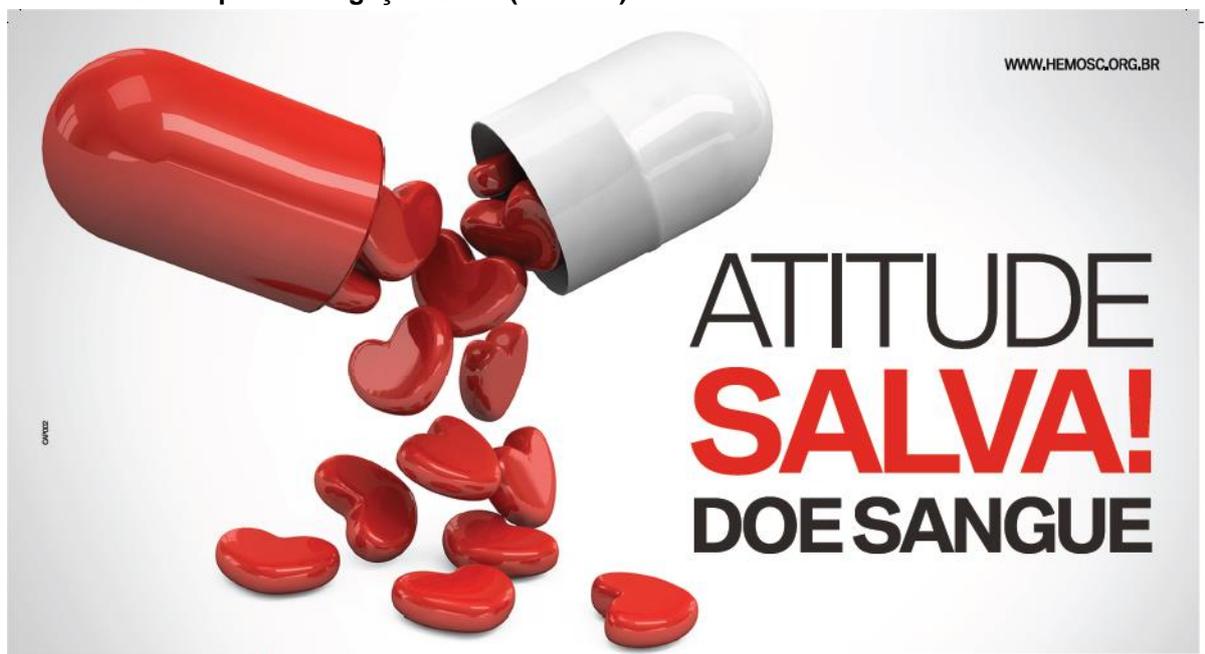
Local: _____

				Florianópolis	(48) 3258 8782
				Lages	(48) 3258 7871
				Itajaí	(48) 3627 2218
				Itapicuma	(48) 3708 8471
				Joinville	(48) 3648 7474
				Maracá	(47) 3481 7183
				Blumenau	(47) 3222 9830
				Tubarão	(48) 3825 2468
				União de São João	(47) 3385 0434
				Comunidade	(47) 3832 8883

WWW.HEMOSC.ORG.BR

400 mm

Item 52 – Cartaz para Divulgação Geral (CAP002)



WWW.HEMOSC.ORG.BR

ATITUDE **SALVA!** DOE SANGUE

PARA DOAR SANGUE VOCÊ PRECISA:

- ✓ Idade entre 16 e 69 anos
- ✓ Jovens com 16 e 17 anos devem estar acompanhados de um responsável legal
- ✓ Idade máxima de 60 anos para a primeira doação
- ✓ Peso superior a 50kg
- ✓ Boas condições de saúde
- ✓ Estar alimentado e portar documento de identificação com foto, expedido por órgão oficial

 Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
 FAHECE
 GOVERNO DE SANTA CATARINA

465 mm

310 mm

Item 53 – Carta Convite de Coleta Externa (CAP003)



FRENTE

130 mm



VERSC

130 mm

180 mm

Item 54 – Encarte Carteira de Doador (CAP004)



EXTERNO

220 mm

vinco



INTERNO

vinco

220 mm

195 mm

Item 55 – Informativo do Projeto Escola (CAP005)



FLORIANÓPOLIS (48) 3251 9712
LAGES (49) 3289 7011
JOAÇABA (49) 3527 2219
CHAPECÓ (49) 3700 6411
CRICIÓMA (48) 3444 7414
JOINVILLE (47) 3481 7413
BLUMENAU (47) 3222 9800
TUBARÃO (48) 3621 2405
JARAGUÁ DO SUL (47) 3055 0454
CANOINHAS (47) 3622 6900

www.hemosc.org.br

Projeto ESCOLA HEMOSC

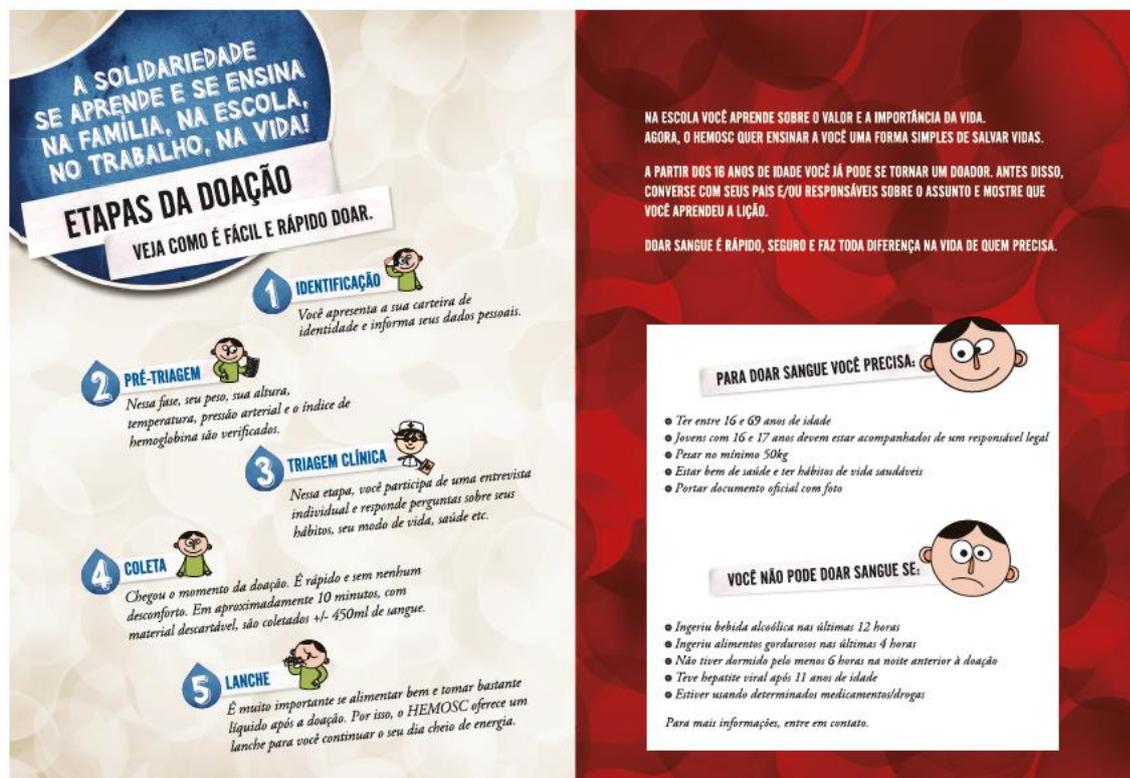
APRENDA HOJE, SALVE VIDAS AMANHÃ.

210 mm

Frete

vinco

297 mm



A SOLIDARIEDADE SE APRENDE E SE ENSINA NA FAMÍLIA, NA ESCOLA, NO TRABALHO, NA VIDA!

ETAPAS DA DOAÇÃO
VEJA COMO É FÁCIL E RÁPIDO DOAR.

- 1 IDENTIFICAÇÃO**
Você apresenta a sua carteira de identidade e informa seus dados pessoais.
- 2 PRÉ-TRIAGEM**
Nessa fase, seu peso, sua altura, temperatura, pressão arterial e o índice de hemoglobina são verificados.
- 3 TRIAGEM CLÍNICA**
Nessa etapa, você participa de uma entrevista individual e responde perguntas sobre seus hábitos, seu modo de vida, saúde etc.
- 4 COLETA**
Chegou o momento da doação. É rápido e sem nenhum desconforto. Em aproximadamente 10 minutos, com material descartável, são coletados +- 450ml de sangue.
- 5 LANCHE**
É muito importante se alimentar bem e tomar bastante líquido após a doação. Por isso, o HEMOSC oferece um lanche para você continuar o seu dia cheio de energia.

NA ESCOLA VOCÊ APRENDE SOBRE O VALOR E A IMPORTÂNCIA DA VIDA. AGORA, O HEMOSC QUER ENSEJAR A VOCÊ UMA FORMA SIMPLES DE SALVAR VIDAS.

A PARTIR DOS 16 ANOS DE IDADE VOCÊ JÁ PODE SE TORNAR UM DOADOR. ANTES DISSO, CONVERSE COM SEUS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS SOBRE O ASSUNTO E MOSTRE QUE VOCÊ APRENDEU A LIÇÃO.

DOAR SANGUE É RÁPIDO, SEGURO E FAZ TODA DIFERENÇA NA VIDA DE QUEM PRECISA.

PARA DOAR SANGUE VOCÊ PRECISA:

- Ter entre 16 e 69 anos de idade
- Jovens com 16 e 17 anos devem estar acompanhados de seu responsável legal
- Pesar no mínimo 50kg
- Estar bem de saúde e ter hábitos de vida saudáveis
- Portar documento oficial com foto

VOCÊ NÃO PODE DOAR SANGUE SE:

- Ingeriu bebida alcoólica nas últimas 12 horas
- Ingeriu alimentos gordurosos nas últimas 4 horas
- Não tiver dormido pelo menos 6 horas na noite anterior à doação
- Teve hepatite viral após 11 anos de idade
- Estiver usando determinados medicamentos/drogas

Para mais informações, entre em contato.

Verso

210 mm

Item 56 – Folder para Uso de Todos os Programas (CAP006)

CP-006

HOMENS



Podem doar em um intervalo mínimo de 2 meses, não ultrapassando 4 doações por ano.

MULHERES



Podem doar em um intervalo mínimo de 3 meses, não ultrapassando 3 doações por ano.

HONESTIDADE TAMBÉM SALVA VIDAS.

Quando seu sangue é coletado, é realizada uma série de exames: Hepatite, Sífilis, Doença de Chagas, HIV e outros. Porém, só com exames não é possível garantir 100% de segurança para quem recebe o sangue. Isso acontece devido a um período chamado JANELA IMUNOLÓGICA. Ou seja, caso você tenha se contaminado há pouco tempo, os exames podem não detectar. Por isso, é muito importante sua transparência durante a entrevista que precede a doação. Além da generosidade, doar sangue é um ato de responsabilidade.

LOCALS QUE REALIZAM EXAMES DE SANGUE:

FLORIANÓPOLIS
Fone: 48 3952 0120

SÃO JOSÉ
Centro Habitico - Fone: 48 3357 6940
Bomretiros - Fone: 48 3288 4393
Campinas - Fone: 48 3343 3536
Beleza Vista - Fone: 48 3246 1711

BIGUAÇU
Fone: 48 3039 8461

PALHOÇA
Fone: 48 3952 0102



EM OUTROS MUNICÍPIOS, PROCURE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

SE FICOU EM DÚVIDA, OU QUER MAIS INFORMAÇÕES, ENTRE EM CONTATO:

FLORIANÓPOLIS 48 3251 9711 e 3251 9712 LAGES 49 3289 7071 JARAGUÁ 49 3527 2239
CHAPÉCO 49 3700 6411 CRICIÚMA 48 3444 7414 JOINVILLE 47 3481 7413 BLUMENAU 47 3222 3800
TUBARÃO 48 3821 2405 JARAGUÁ DO SUL 47 3055 0454 CANGAÇU 47 3629 6500

www.hemosc.org.br

240 mm

VERSO

DE GOTA EM GOTA, VOCÊ ENCHE MUITA GENTE DE ESPERANÇA.

SEGURANÇA PARA O DOADOR:

Tudo o procedimento é feito com materiais descartáveis em um ambiente adequado. Ou seja, o doador não é exposto a qualquer risco de contaminação. Além disso, o volume de sangue coletado, cerca de 450 ml, é rapidamente reposto pelo organismo.

PARA DOAR É PRECISO:

- Ter entre 16 e 69 anos (se for menor de 18, estar acompanhado por responsável legal).
- Possuir no máximo 60 anos para a primeira doação.
- Pesar acima de 50 kg.
- Não ter condições de saúde.
- Estar bem alimentado.
- Portar documento de identificação com foto recente, expedido por órgão oficial.

VOCÊ NÃO PODE DOAR SE:

- Fez cirurgia recentemente.
- Estiver em jejum prolongado.
- Consumir alimentos gordurosos nos últimos 4 horas ou tomar bebida alcoólica há menos de 12 horas.
- Fez endoscopia/colonoscoopia nos últimos 6 meses.
- Fez tatuagem ou colocou piercing nos últimos 6 meses.
- Teve gripe ou febre nos últimos 7 dias.
- Fez hepatite viral após 11 dias de febre.
- Estiver grávida ou amamentando criança com menos de 1 ano.
- Usa determinados medicamentos ou drogas.
- Teve contato sexual com parceiros eventuais.
- Teve DST nos últimos 12 meses.
- Não tiver dormido ao menos 6 horas na noite anterior à doação.
- Fez tratamento dentário sem anestesia no último dia ou com anestesia local nos últimos 3 dias.

Para mais informações, entre em contato com o HEMOSC.




FRENTE 185 mm

Item 57 – Cartão de Aniversário (CAP008)



Item 58 – Carta de Convocação de Doadores (CAP009)

**SALVAR
MUITAS VIDAS.**

Amigo doador, o Hemosc precisa de você.

Apenas 2% dos catarinenses doam sangue. Por isso, a sua iniciativa é sempre muito importante. Não só para o Hemosc, mas para centenas de pacientes que esperam todos os dias por uma nova doação. Passe no hemocentro mais próximo e doe sangue.

Lembre-se dos intervalos necessários entre as doações:

- Homens podem doar sangue num intervalo de dois meses, não ultrapassando quatro doações por ano.
- Mulheres podem doar sangue num intervalo de três meses, não ultrapassando três doações por ano.

www.hemosc.org.br



VERSO

206 mm



SABE O QUE É MAIS GRATIFICANTE DO QUE SALVAR UMA VIDA?

Mala Direta Básica
Sanguinária
HABÓSC
Governos

HEMOSC
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fone/Fax: (48) 3221-2219 e (48) 3221-2219 - Jaxatele (48) 3221-2219
Cidade: (48) 3221-2219 - Florianópolis: (48) 3221-2219 - Joinville: (48) 3221-2219 - Blumenau: (48) 3221-2219
Itajaí: (48) 3221-2219 - Jaraguá do Sul: (48) 3221-2219 - Camboriú: (48) 3221-2219

Endereço: Rua Santa Catarina, 756, Centro, Florianópolis - SC CEP: 88015-230

CP-008

FRENTE

180 mm

Item 59 – Folder Doador (CAP010)



QUANDO VOCÊ DOA SANGUE, MUITAS VIDAS SE TRANSFORMAM.

Doar sangue é mais do que um gesto de solidariedade. É uma forma de transformar para sempre a vida de quem precisa. Em uma única doação você pode salvar várias vidas. São retirados apenas 450 ml do seu sangue, uma quantidade que o seu organismo repõe rapidamente. Todo o material utilizado na coleta é descartável. Não há risco de contaminação.

ATENÇÃO

Se você veio doar sangue só para fazer exames, por favor, não doe. Pode ser perigoso para o receptor. Procure orientações a respeito no SETOR DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES.

FIQUE ATENTO

HOMENS podem doar sangue num intervalo de 2 meses, não ultrapassando 4 doações por ano.

MULHERES podem doar sangue num intervalo de 3 meses, não ultrapassando 3 doações por ano.

DOE SANGUE

Florianópolis 48 3251 9712
Lages 49 3222 3922 · Joaçaba 49 3522 2811
Chapecó 49 3700 6400 · Criciúma 48 3444 7400
Joinville 47 3433 1378 · Blumenau 47 3222 9800
Tubarão 48 3621 2405 · Jaraguá do Sul 47 3055 0454
Canoinhas 47 3622 6900

O HEMOSC é o órgão responsável pelo fornecimento de sangue e seus componentes a toda população do estado de Santa Catarina.

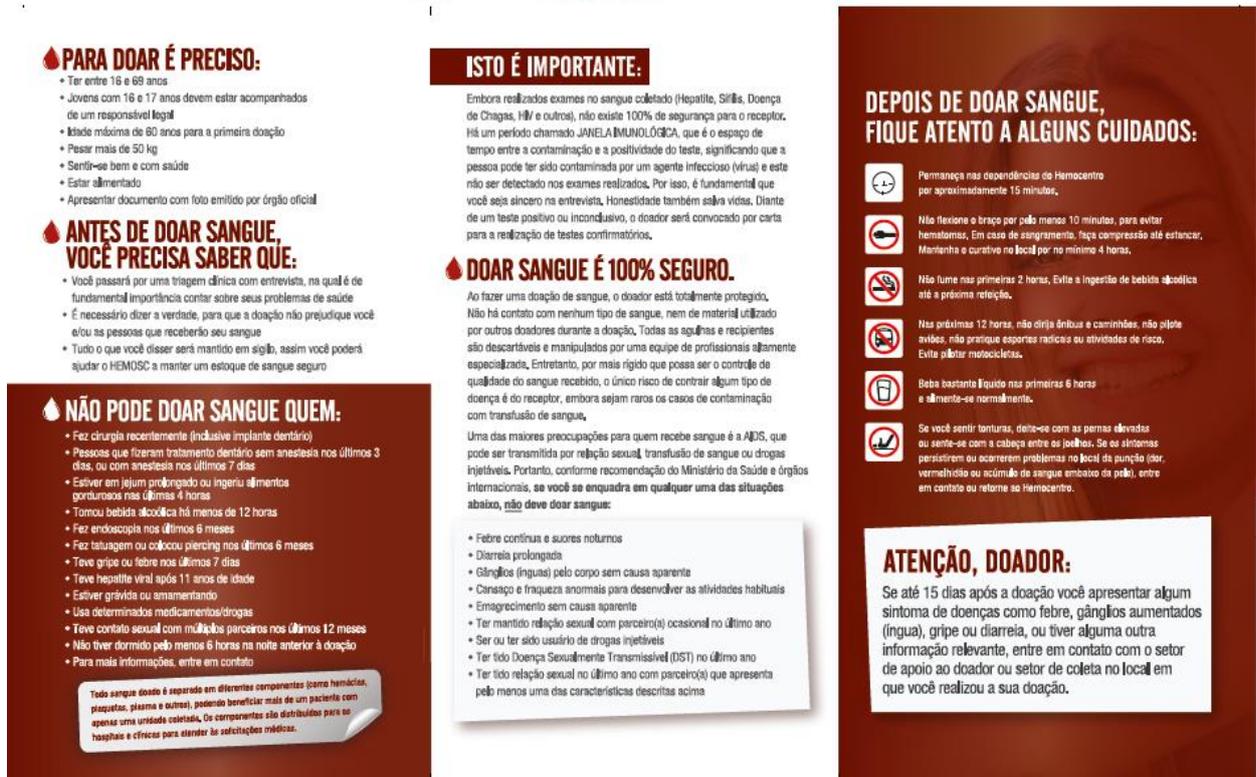
www.hemosc.org.br

SALVAR VIDAS ESTÁ NO SEU SANGUE.

CAP010

FRENTE 220 mm

vinco 360 mm vinco



PARA DOAR É PRECISO:

- Ter entre 16 e 69 anos
- Jovens com 16 e 17 anos devem estar acompanhados de um responsável legal
- Idade máxima de 80 anos para a primeira doação
- Pesar mais de 50 kg
- Sentir-se bem e com saúde
- Estar alimentado
- Apresentar documento com foto emitido por órgão oficial

ANTES DE DOAR SANGUE, VOCÊ PRECISA SABER QUE:

- Você passará por uma triagem clínica com entrevista, na qual é de fundamental importância contar sobre seus problemas de saúde
- É necessário dizer a verdade, para que a doação não prejudique você e/ou as pessoas que receberão seu sangue
- Tudo o que você disser será mantido em sigilo, assim você poderá ajudar o HEMOSC a manter um estoque de sangue seguro

NÃO PODE DOAR SANGUE QUEM:

- Fez cirurgia recentemente (inclusive implante dentário)
- Pessoas que fizeram tratamento dentário sem anestesia nos últimos 3 dias, ou com anestesia nos últimos 7 dias
- Estiver em jejum prolongado ou ingeriu alimentos gordurosos nas últimas 4 horas
- Tomou bebida alcoólica há menos de 12 horas
- Fez endoscopia nos últimos 6 meses
- Fez tatuagem ou colocou piercing nos últimos 6 meses
- Teve gripe ou febre nos últimos 7 dias
- Teve hepatite viral após 11 anos de idade
- Estiver grávida ou amamentando
- Usa determinados medicamentos/drogas
- Teve contato sexual com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses
- Não tiver dormido pelo menos 6 horas na noite anterior à doação
- Para mais informações, entre em contato

Tudo sangue doado é separado em diferentes componentes (como hemácias, plaquetas, plasma e outros), podendo beneficiar mais de um paciente com apenas uma unidade coletada. Os componentes são distribuídos para as hospitais e clínicas para atender às solicitações médicas.

ISTO É IMPORTANTE:

Embora realizados exames no sangue coletado (Hepatite, Sífilis, Doença de Chagas, HIV e outros), não existe 100% de segurança para o receptor. Há um período chamado JANELA IMUNOLÓGICA, que é o espaço de tempo entre a contaminação e a positividade do teste, significando que a pessoa pode ter sido contaminada por um agente infeccioso (vírus) e este não ser detectado nos exames realizados. Por isso, é fundamental que você seja sincero na entrevista. Honestidade também salva vidas. Diante de um teste positivo ou inconclusivo, o doador será convocado por carta para a realização de testes confirmatórios.

DOAR SANGUE É 100% SEGURO.

Ao fazer uma doação de sangue, o doador está totalmente protegido. Não há contato com nenhum tipo de sangue, nem de material utilizado por outros doadores durante a doação. Todas as agulhas e recipientes são descartáveis e manipulados por uma equipe de profissionais altamente especializada. Entretanto, por mais rígido que possa ser o controle de qualidade do sangue recebido, o único risco de contrair algum tipo de doença é do receptor, embora sejam raros os casos de contaminação com transfusão de sangue.

Uma das maiores preocupações para quem recebe sangue é a AIDS, que pode ser transmitida por relação sexual, transfusão de sangue ou drogas injetáveis. Portanto, conforme recomendação do Ministério da Saúde e órgãos internacionais, se você se enquadrar em qualquer uma das situações abaixo, não deve doar sangue:

- Febre contínua e suores noturnos
- Diarreia prolongada
- Gânglios (inguas) pelo corpo sem causa aparente
- Cansaço e fraqueza anormais para desenvolver as atividades habituais
- Emagrecimento sem causa aparente
- Ter mantido relação sexual com parceiro(a) ocasional no último ano
- Ser ou ter sido usuário de drogas injetáveis
- Ter tido Doença Sexualmente Transmissível (DST) no último ano
- Ter tido relação sexual no último ano com parceiro(a) que apresenta pelo menos uma das características descritas acima

DEPOIS DE DOAR SANGUE, FIQUE ATENTO A ALGUNS CUIDADOS:

- Permaneça nas dependências do Hemocentro por aproximadamente 15 minutos.
- Não flexione o braço por pelo menos 10 minutos, para evitar hematomas. Em caso de sangramento, faça compressão até esfriar. Mantenha o curativo no local por no mínimo 4 horas.
- Não fume nas primeiras 2 horas. Evite a ingestão de bebidas alcoólicas até a próxima refeição.
- Nas próximas 12 horas, não dirija ônibus e caminhões, não pilote aviões, não pratique esportes radicais ou atividades de risco. Evite pilotar motocicletas.
- Beba bastante líquido nas primeiras 6 horas e alimente-se normalmente.
- Se você sentir tonturas, deite-se com as pernas elevadas ou sente-se com a cabeça entre os joelhos. Se os sintomas persistirem ou ocorrerem problemas no local de punção (dor, vermelhidão ou acúmulo de sangue abaixo da pele), entre em contato ou retorne ao Hemocentro.

ATENÇÃO, DOADOR:

Se até 15 dias após a doação você apresentar algum sintoma de doenças como febre, gânglios aumentados (ingua), gripe ou diarreia, ou tiver alguma outra informação relevante, entre em contato com o setor de apoio ao doador ou setor de coleta no local em que você realizou a sua doação.

VERSO

Item 60 – Solicitação de Doadores de Aférese (CAP013)

SOLICITAÇÃO DE DOADORES DE PLAQUETAS POR AFÉRESE

CAP 013

NOME DO PACIENTE	NÚMERO DE CADASTRO
HOSPITAL	DATA DE NASCIMENTO
SOLICITAMOS O COMPARECIMENTO DE _____ DOADORES DE SANGUE AO HEMOSC.	

É NECESSÁRIO:

- Entrar em contato com o HEMOSC para fazer o cadastro do paciente (estar com RG do paciente)
- Enviar doadores com qualquer tipo sanguíneo
- Agendar horário prévio
- Realizar avaliação de rede venosa

PARA DOAR PLAQUETAS É PRECISO:

- Ter idade entre 18 e 69 anos
- Ter peso preferencialmente acima de 50kg
- Apresentar documento de identificação com foto, expedido por órgão oficial
- Evitar alimentação gordurosa 3 dias antes
- Ter bom acesso venoso

NÃO PODE DOAR PLAQUETAS SE:

- Doou sangue nos últimos 60 dias para o homem e 90 dias para a mulher
- Teve Hepatite após os 10 anos ou confirmação de B ou C
- Teve Doença de Chagas
- Ingeriu bebida alcoólica nas últimas 12 horas
- Fez cirurgia recentemente
- Estiver gripado, febril ou qualquer tipo de infecção
- Estiver usando medicamento ou drogas que causem dependência
- Fez tatuagem ou colocou piercing nos últimos 12 meses
- Teve contato sexual com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses
- Estiver grávida ou amamentando
- Usou medicação que contenha Ácido Acetil Salicílico (AAS) ou anti-inflamatório nos últimos 5 dias
- Passou por procedimentos dentários na última semana
- Mulheres que tiveram mais de 2 gestações

HORÁRIO DE COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA EXAMES:
De segunda a sexta, das 7h30 às 18h30

IMPORTANTE: Caso o doador nunca tenha ou não tenha doado sangue nos últimos 12 meses, será necessário coletar amostra de sangue antes de agendar horário para a doação de plaquetas.

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE:
Florianópolis: (48) 3251.9722 • Criciúma: (48) 3444.7406 • Joinville: (47) 3481.7413 • Blumenau: (47) 3222.9800

ENCAMINHADO POR _____	DATA _____
-----------------------	------------

SUA DOAÇÃO É MUITO IMPORTANTE. OBRIGADO.

www.hemosc.org.br





210 mm

145 mm

Item 61 – Solicitação de Doadores de Sangue (CAP014)

SOLICITAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

CAP 014

NOME DO PACIENTE

NÚMERO DE CADASTRO

HOSPITAL

DATA DE NASCIMENTO

SOLICITAMOS O COMPARECIMENTO DE DOADORES DE SANGUE AO HEMOSC.

É NECESSÁRIO:

- Entrar em contato com o HEMOSC para fazer o cadastro do paciente (estar com RG do paciente)
- Encaminhar doadores com qualquer tipo sanguíneo

PARA DOAR SANGUE, É PRECISO:

- Ter idade entre 16 e 69 anos e peso superior a 50kg
- Jovens com 16 e 17 anos devem estar acompanhados de um responsável legal
- Idade máxima de 60 anos para a primeira doação
- Apresentar documento de identificação com foto, expedido por órgão oficial
- Estar bem de saúde e possuir hábitos de vida saudáveis
- Estar alimentado

NÃO PODE DOAR SANGUE SE:

- Fez cirurgia recentemente (inclusive implante dentário)
- Estiver em jejum prolongado ou ingeriu alimentos gordurosos nas últimas 4 horas
- Tomou bebida alcoólica há menos de 12 horas
- Fez endoscopia nos últimos 6 meses
- Fez tatuagem ou colocou piercing nos últimos 6 meses
- Teve gripe ou febre nos últimos 7 dias
- Teve hepatite viral após 11 anos de idade
- Estiver grávida ou amamentando
- Usa determinados medicamentos/drogas
- Teve contato sexual com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses
- Não tiver dormido pelo menos 6 horas na noite anterior à doação
- Pessoas que fizeram tratamento dentário sem anestesia nos últimos três dias, ou com anestesia nos últimos sete dias

PARA MAIS INFORMAÇÕES, ENTRAR EM CONTATO:

Florianópolis	48 3251 9712
Lages	49 3289 7011
Joaçaba	49 3527 2219
Chapecó	49 3700 6411
Criciúma	48 3444 7414
Joinville	47 3481 7413
Blumenau	47 3222 9801
Tubarão	48 3621 2405
Jaraguá do Sul	47 3055 0454
Canoinhas	47 3622 6900

HORÁRIO DE COLETA:

Segunda a sexta, das 7h15 às 18h30.
 Segunda a sexta, das 7h00 às 18h00.
 Segunda a sexta, das 12h30 às 18h30.
 Segunda a sexta, das 7h00 às 18h00.
 Segunda a sexta, das 7h30 às 18h30.
 Segunda a sexta, das 7h00 às 18h15.
 Segunda a sexta, das 7h15 às 18h30
 e sábado, das 8h15 às 11h.
 Segunda a sexta, das 7h30 às 12h30.
 Segunda a sexta, das 7h00 às 12h00.
 Segunda a sexta, das 7h00 às 11h30.

ENCAMINHADO POR

DATA

SUA DOAÇÃO É MUITO IMPORTANTE. OBRIGADO.

www.hemosc.org.br





210 mm

145 mm

Item 62 – Folder Medula Óssea (CAP015)

Cadastre-se como doador de medula óssea.
Procure o Hemocentro mais próximo de sua cidade:

Florianópolis - (48) 3251 9712
Lages - (49) 3289 7011
Joaçaba - (49) 3527 2219
Chapecó - (49) 3700 6411
Criciúma - (48) 3444 7414
Joinville - (47) 3481 7413
Blumenau - (47) 3222 9800
Tubarão - (48) 3621 2405
Jaraguá do Sul - (47) 3055 0454
Canoinhas - (47) 3622 6900

REDOME
Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea
Rua do Resende, 195 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
(21) 3207 1321 - redome@inca.gov.br





www.hemosc.org.br



SEJA UM DOADOR
DE MEDULA ÓSSEA

Cadastre-se como voluntário.

Primeiro você doa ESPERANÇA e, se tudo der certo, você também vai doar VIDA.

FRENTE

190 mm

105 mm

vinc

105 mm

210 mm

A medula

Existem dois tipos de medula: a espinhal e a óssea. A medula espinhal tem por função transmitir impulsos nervosos. Por sua vez, a medula óssea, que é encontrada no interior dos ossos, é a responsável pela produção de sangue (hemácias, leucócitos e plaquetas). É a medula óssea que é doada e usada nos transplantes de medula.

O transplante de medula óssea

É a substituição de uma medula doente por uma sadia com a finalidade de recuperar sua função. Os portadores de leucemias são os doentes que mais se beneficiam dos transplantes de medula. Hoje em dia, este procedimento é a única esperança de cura para milhares de pessoas com a doença. A chance de encontrar uma medula compatível é, em média, de 1 em 100 mil. Por isso, é muito importante um número elevado de voluntários cadastrados para aumentar a possibilidade de se encontrar um doador compatível.



Os minutos de uma doação podem representar o fim de uma longa espera.

Para ser um doador de medula óssea

- Você deve ter entre 18 e 54 anos completos e estar saudável;
- Uma pequena quantidade de sangue (5ml) será colhida de uma de suas veias;
- Esse sangue será tipado no sistema HLA;
- A classificação de sua medula será registrada no Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea – REDOME;
- No caso de um transplante, será verificada a compatibilidade entre a sua medula e a do paciente necessitado;
- Se for compatível, outros exames serão necessários. Por isso, **é importante que os seus dados como endereço, telefones e outras informações estejam sempre atualizados.**

Como é feita a doação da medula

Existem duas formas de doar. A escolha do procedimento mais adequado é do médico.

1. O doador é anestesiado em centro cirúrgico. A medula é retirada do interior dos ossos da bacia por meio de punções com agulhas. Os doadores retomam às suas atividades habituais uma semana após a doação.
2. O doador toma um medicamento que faz com que as células da medula óssea sejam levadas para a corrente sanguínea. Estas células são retiradas pelas veias do braço do doador, com uso da máquina de aférese.

Nos dois casos, a medula óssea do doador se recompõe em apenas 15 dias. Não há exigência quanto à mudança de hábitos de vida, trabalho ou alimentação.

VERSO

Item 64 – Carteira de Doador Medula Óssea (CAP021)



55 mm

FRENTE

* Cantos arredondados

85 mm

VERSO



Florianópolis (48) 3251 9711
(48) 3251 9712
Lages (49) 3289 7011
Joaçaba (49) 3527 2219
Chapecó (49) 3700 6411
Criciúma (48) 3444 7414
Joinville (47) 3481 7413
Blumenau (47) 3222 9800
Tubarão (48) 3621 2405
Jaraguá do Sul (47) 3055 0454
Canoinhas (47) 3622 6900

www.hemosc.org.br

Item 65 – Encarte Envio Carteira de Doador de Medula Óssea (CAP022)



Você acaba de dar mais uma chance para a vida.

Carta
de doação
de medula óssea

HEMOSC
Centro de Pesquisas Oncológicas
Fundação de Apoio ao Hemosc e Cepon

FAHECE
Fundação de Apoio ao Hemosc e Cepon

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON

Um exclusivo dos Correios:
 Não existe a ser utilizado Data de Registro
 Reservado Não processado
 Malhada Endereços atualizados Balança de Correios
 Outros

Telefones dos Hemocentros:
Florianópolis: 3251.9732 ou 3251.9711 • **Lages:** 3269.7011 • **Joaquim:** 3207.2210 • **Chapadão:** 3200.6411 • **Criciúma:** 3444.7414
Juazeiro: 3461.7413 • **Blumenau:** 3122.9601 • **Tubarão:** 3621.2415 • **Jaraguá do Sul:** 3305.0654 • **Camitá:** 3122.6900
Endereço de remessa: Av. Otton Carlo de Esp. 756 - Praça Dom Pedro I - Centro - Florianópolis/SC

Em caso de dúvida, envie um e-mail para redacao@hemoc.gov.br

vinco 225 mm



Parabéns pelo seu gesto.

A partir de agora, você é um dos milhares de brasileiros que estão cadastrados no REDDME - Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea.

Sua amostra de sangue foi analisada e, caso seja compatível com algum paciente que aguarda na fila de espera, você terá a chance de salvar uma vida. Por isso, mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados para que possamos entrar em contato quando necessário.

Guarde esta carteira com carinho.
Uma atitude tão bonita merece ser compartilhada.
Lembramos que basta cadastrar-se uma vez.

Um forte abraço,
HEMOSC

VERS 195 mm

FRENTE

195 mm

VERS

Item 66 – Folder Doação de Sangue do Cordão Umbilical (CAP023)



FRENTE

210 mm



www.hemosc.org.br

297 mm



VERSO



Informações
HEMOSC - Centro de Hematologia do Serviço Central de Santa Catarina
Rua, Rui Barbosa, 140 - Florianópolis - SC
Fone: (48) 3251-2771 | Fax: (48) 3251-2772
Mensagem: (48) 3271-2000
Memorials: (48) 3465-2700

O que é o Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP)?
É a porção do sangue que permanece na placenta e na via umbilical após o parto. Pesquisadores descobriram que o sangue de cordão, assim como a medula óssea, é rico em células progenitoras hematopoéticas, que são células utilizadas no transplante de medula óssea. A partir dessa descoberta, o SCUP adquiriu importância para pessoas que necessitam do transplante, ao aproveitar o que antes não era utilizado.

Como é feita a doação?
Após o nascimento, o cordão umbilical é cortado separando o bebê da placenta. A quantidade de sangue (cerca de 70 a 100 ml) que permanece no cordão e na placenta é drenado para uma bolsa de coleta. Este sangue colhido será processado e preparado para o congelamento no HEMOSC. Estas células podem permanecer armazenadas (congeladas) por vários anos no Banco de Sangue de Cordão Umbilical (BSCU) e disponíveis para serem transplantadas.

Quem pode ser beneficiado pela doação?
Aqueles pacientes que precisam de transplante de medula óssea. Quanto mais cordões armazenados, maior a quantidade de pessoas que podem ser beneficiadas.

Como posso doar o sangue de cordão umbilical do meu bebê?
As gestantes serão convidadas a doar o cordão no momento do parto nas maternidades conveniadas, onde uma equipe estará disponível em determinados horários. Após esclarecimentos, a gestante consentirá livremente com a doação.

Quem pode doar sangue de cordão umbilical?
• As gestantes que tiveram acima de 18 anos;
• As gestantes que tenham, no mínimo, duas consultas pré-natais documentadas;
• As gestantes que tenham idade gestacional igual ou superior a 35 semanas;
• As gestantes cujas gestações estejam transcorrendo normalmente, independentemente do tipo de parto.

Quem são os pacientes que recebem estas células e como as recebem?
Os pacientes com indicação para transplante que estejam cadastrados no Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (REBME) são os possíveis receptores. Haverá um cruzamento de informações entre o REBME e o Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (REDOME), que inclui os dados do Banco de Sangue de Cordão Umbilical, a fim de identificar um doador compatível. O processo de transplante é semelhante ao utilizado para medula óssea, no qual o paciente recebe as células-onco em um procedimento igual a de uma transfusão.

O que é BrasilCord?
É uma rede nacional que agrega os bancos de sangue de cordão umbilical públicos. Criado pelo Ministério da Saúde em setembro de 2004, por meio da Portaria Ministerial nº 2381, o BrasilCord tem como principal objetivo aumentar a oferta de cordões em todas as regiões do país.



FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC E CEPON

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
CONTRATO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

Item 67 – Adesivo Surfista Doador - Vidro



Item 68 – Adesivo Surfista Doador - Painel





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

ANEXO IX

PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016

PROPOSTA DE PREÇOS E PLANILHA DE PREÇO MÁXIMO

JUSTIFICATIVA

Justifica-se as aquisições devido à necessidade para efetuar o trabalho diário nos diversos setores da instituição, Hemorrede de Santa Catarina, Complexo Oncológico do CEPON e da FAHECE (sede).

CLASSIFICAÇÃO DOS BENS

Os materiais a serem adquiridos no presente certame são classificados como bens de consumo, sendo produzidos por empresas gráficas.

ESTIMATIVA DE CUSTO TOTAL

A estimativa de investimento previsto, com a aquisição total dos itens, pelo preço máximo é de R\$ 324.369,00 (trezentos e vinte e quatro mil e trezentos e sessenta e nove reais).

OBSERVAÇÕES:

A planilha de Preço Máximo veicula os preços estimados por item pela FAHECE.

O cálculo estimado de compras está baseado no consumo realizado entre dezembro/2014 e novembro/2015.

A quantidade estimada anual será adquirida em duas compras semestrais.

ITEM N.º	Cód. Benner	Descrição	Marca	Unidade	Preço Unitário	Total Anual	Preço Máximo Unitário	Preço Total (ANO)
1	382	Adesivo Acompanhante CEPON - Formato 45 mm x 75 mm, 2 x 0 cores, papel adesivo 180g, comum fosco. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,04	50.000	0,05	2.500,00
2	383	Adesivo Consulta CEPON - Formato 45 mm x 75 mm, 3x0 cores, papel adesivo 180g, comum fosco. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,04	70.000	0,05	3.500,00
3	385	Adesivo Visitante Cepon - formato 45 mm x 75 mm, 2 x 0 cores, papel adesivo 180g, comum fosco. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,04	60.000	0,05	3.000,00
4	388	Aviso de Saída - Bloco 25 fls. Com 4 vias, papel carbonado superbod 56 g colado, formato 160 mm x 135 mm, 1x0 cor. Pacotes com 5 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	14,70	30	16,90	507,00
5	3859	Cartão de Agendamento de radioterapia - Formato 135 mm x		unidade	0,20	3.000	0,23	690,00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

		95 mm, papel offset 180 gr, 3x3 cores, impressão frente e verso. Pacotes com 100 unidades, sendo embalados em plástico.						
6	392	Cartão de Identificação - Formato 210 mm x 297 mm, 4x4 cores em papel offset 180 gr, serviço CTP, acabamento: corte reto com dobra, impressão frente e verso. Pacotes com 100 unidades, sendo embalados em plástico a quantidade de 5 pacotes.		unidade	0,30	6000	0,35	2.100,00
7	373	Envelope ofício com timbre - Formato 115 mm x 228 mm, na cor branca, 1x0 cor, 75g. Caixa com 1.000 envelopes.		unidade	0,10	30.000	0,11	3.300,00
8	4010	Pasta para laudo de exames Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - formato 310 mm x 460 mm, 4x0 cores, papel triplex 300g, corte e vinco. Pacotes com 100 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,77	15.000	0,88	13.200,00
9	2841	Prescrição radioterápica - formato 297 mm x 420 mm, 1x1 cor, papel off-set 180g, corte, vinco e dobra ao meio, com impressão frente e verso. Pacotes com 100 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,54	3.000	0,62	1.860,00
10	375	Receita Médica - Bloco 50 fls. com 1 via, formato 200 mm x 150 mm, papel off-set 75g, 2x0 cores. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	2,72	500	3,13	1.565,00
11	408	Receituário Azul - Bloco 25 fls com 1 via, formato 23 mm x 85 mm, 1x0 cor em papel off-set 75g, colado/picotado. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	5,49	100	6,32	632,00
12	409	Receituário Controle Especial - Bloco 25 fls. com 2 vias, formato 205 mm x 150 mm, 1x0 cores, papel autocopiativo 56 g, colado. Pacotes com 05 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	6,68	100	7,68	768,00
13	4009	Sacola em plástico leitoso - 320 mm x 440 mm altura, espessura 0,14 micras, alta densidade com alça vazada (7 cm X 3 cm), com impressão 2 cores, frente e verso. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,90	14.000	1,03	14.420,00
14	4008	Sacola plástico leitosa - 380 mm x 480 mm altura, espessura 0,14 micras, alta densidade com alça vazada (7 cm X 3 cm), com		unidade	1,12	5.000	1,29	6.450,00



TARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
ATO DE GESTÃO

DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO
PARA HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

		Impressão 2 cores, frente e verso. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.						
15	416	Adesivo Doador – Formato 60 mm x 40 mm, 4x0 cores, adesivo 180g, com brilho. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,04	65.000	0,05	3.250,00
16	5669	Adesivo Doador por Aférese - Formato 60 mm x 40 mm, 3x0 cores, adesivo 180g, com brilho. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,10	8.000	0,12	960,00
17	4558	Etiqueta de segmento de bolsa Adesiva - Formato 70 mm x 25 mm, 1x0 cor, adesivo 180g, com brilho. Pacotes com 1.000 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,03	45.000	0,0345	1.552,50
18	4557	Adesivo tubo de amostra - formato 65 mm x 25 mm, 1x0 cor, adesivo comum brilho. Pacotes com 1.000 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,03	75.000	0,03	2.250,00
19	417	Adesivo Visitante (HEMOSC) - Formato 60 mm x 40 mm, 4x0 cores, adesivo 180g, com brilho. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,05	35.000	0,06	2.100,00
20	3741	Adesivo Acompanhante(HEMOSC) - Formato 60 mm x 40 mm, 3x0 cores, adesivo 180g, com brilho. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.		unidade	0,13	5.000	0,15	750,00
21	367	Atendimento médico ambulatorial de urgência - Formato 210 mm x 297 mm, 1x1 cor, papel offset 75g, bloco 50 fls. com 1 via, colado. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	4,98	200	5,73	1.146,00
22	1555	Atestado médico - formato 150 mm x 210 mm, 1x1 cor, papel offset 90g, bloco 50 fls. com 1 via, colado. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	5,29	50	6,08	304,00
23	1622	Cartão Agendamento por Aférese - Formato 55 mm X 85 mm, 4x4 cores, em offset 240g, acabamento refile, impressão frente e verso. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,45	1.000	0,52	520,00
24	419	Cartão de Retorno - Formato 75 mm x 115 mm, 1x1 cor, papel off-set 150g, Impresso frente e verso. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,07	8.000	0,08	640,00



TARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
ATO DE GESTÃO

DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO
PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

25	418	Cartão Resultado SAD - Formato 100 mm x 70 mm, 1x0 cor, papel off-set 120g. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,05	7.000	0,06	420,00
26	421	Carteira Protocolo de Doação - Formato 100 mm x 70 mm, 2x1 cor, papel off-set 120g. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.	unidade	0,02	150.000	0,023	3.450,00
27	3687	Carteira do Doador - Formato 84 mm x 53 mm, 4x4 cores, papel supremo 350g L2, com plastificação BOPP brilho frente e verso, com faca especial, cantos arredondados. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico com 2.000 unidades.	unidade	0,08	75.000	0,09	6.750,00
28	372	Comunicação Interna - Formato 150 mm x 210 mm, 1x1 cor, bloco com 25 fls com 2 vias (Branca e Amarela), papel autocopiativo 56 g. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	6,99	100	8,04	804,00
29	3540	Declaração de Comparecimento - Formato 150 mm x 21 mm, 1x1 cor, papel offset 75g, bloco com 50fls com 1 via, impressão frente e verso. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	5,27	80	6,06	484,80
30	434	Declaração de Doação de Sangue - Formato 150 mm x 210 mm, 1x1 cor, papel offset 75g, colado, bloco com 50 fls. com 1 via, impressão frente e verso. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	2,48	1.500	2,85	4.275,00
31	4434	Etiqueta não Transfundir - formato 80 mm x 45 mm com furo de 8 mm de diâmetro, 2x0 cor, em papel offset 180g. Pacotes com 100 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,16	1.800	0,19	342,00
32	397	Ficha Clínica - Formato 210 mm x 270 mm, 1x1 cor, papel offset 75g, blocos colados com 50 fls. com 1 via. Entrega em Florianópolis. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	16,80	10	19,32	193,20
33	450	Ficha de Arquivos para Lâminas - Formato 179 mm x 220 mm, sendo uma aba esquerda de 52 mm vai dobrada e colada nos pontos conforme desenho com aberturas de 47 mm para a colocação de lâminas, 1x0 cor, papel offset 180g. Pacotes com	unidade	0,43	3.000	0,49	1.470,00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

		100 unidades, sendo embalados em plástico.						
34	2528	Ficha de Triagem Clínica - Formato 210 mm x 297 mm, 1x1 cor, em papel offset 75g. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,062	160.000	0,07	11.200,00
35	507	CAP 017 Folder Avaliação de atendimento do Hemosc - formato 100 mm x 210 mm, 4x0 cores, papel offset 75g, Acabamento refile. Prova. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,06	60.000	0,07	4.200,00
36	454	Nota de Fornecimento - Formato 150 mm x 210 mm, blocos com 50 fls. com 2 vias (Branca/Azul) numeradas sequencialmente, colado, com picote, 1x0 cor, papel offset 75g. Pacotes com 05 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	28,25	10	32,49	324,90
37	6586	Nota de Fornecimento de Hemocomponentes - Formato 210 mm x 297 mm, 2x0 cor, papel autocopiativo 56g., colado, bloco com 50 fls. com 2 vias (branca e amarela). Pacotes com 05 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	20,00	30	23,00	690,00
38	7807	Prescrição Médica - Formato 210 mm x 297 mm, corte inicial, refile final, laser filme, 1x1 cor, folha offset 75g/m², impressão frente e verso. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,08	15.000	0,09	1.350,00
39	375	Receita Médica - formato 150 mm x 205 mm, 2x0 cor, papel offset 75g, bloco com 50 fls. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	2,40	1.000	2,76	2.760,00
40	5488	Receituário de controle Especial - Formato 140 mm x 205 mm, 1x0 cor, papel autocopiativo 56g colado, bloco 25 fls. com 2 vias (branca e rosa). Pacotes com 05 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	7,12	100	8,18	818,00
41	377	Requisição de Exames - Formato 210 mm x 230 mm, 1x0 cor, papel offset 75g, bloco 50 fls. com 1 via colado. Pacotes com 10		bloco	3,92	150	4,51	676,50



TARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
ATO DE GESTÃO

DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO
PARA HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

		blocos, sendo embalados em plástico.						
42	380	Requisição de Resultados de Exames - Formato 205 mm x 155 mm, 1x0 cor, papel off set 75g, bloco 50 fls. com 1 via colado. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	2,13	800	2,45	1.960,00	
43	459	Solicitação de Serviços Hemoterápicos - Formato 210 mm x 297 mm, 1x1 cor, papel autocopiativo 56 gr., bloco com 50 fls com 2 vias (Branca e Azul), serviço CTP, acabamento alcear e cola. Pacotes com 10 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	14,54	1.500	16,72	25.080,00	
44	7743	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Sangria Terapêutica - Formato 210 mm x 297 mm, 1x1 cor, papel offset 75g, bloco 50 fls. com 1 via, colado, impressão frente e verso. Pacotes com 05 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	5,32	300	6,12	1.836,00	
45	6952	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Transfusão de Sangue e Hemocomponentes - Formato 210 mm x 297 mm, 1x1 cor, papel offset 75g, serviço CTP, corte reto e cola, bloco com 100 fls. com 1 via, impressão frente e verso. Pacotes com 05 blocos, sendo embalados em plástico.	bloco	9,88	200	11,36	2.272,00	
46	2549	Voto de Auto exclusão - Formato 210 mm x 100 mm, 3x0 cor, papel offset 75g. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico com 10 pacotes.	unidade	0,04	45.000	0,05	2.250,00	
47	4816	Adesivo de painel - Doe Sangue - Formato 100 mm x 75 mm, 1x0 cor, faca especial, prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,26	40.000	0,30	12.000,00	
48	4817	Adesivo para vidro - Doe Sangue - Formato 100 mm x 75 mm, 2x0 cores, faca especial, prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,29	30.000	0,33	9.900,00	
49		Adesivo de painel - Doe Plaquetas - Formato 100 mm x 75 mm, 1x0, Cor pantone em vinil branco. Acabamento faca especial, prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	1,18	10.000	1,35	13.500,00	
50		Adesivo de Vidro - Doe Plaquetas - Formato 100 mm x 75 mm, 1x0, Cor pantone. Acabamento faca especial, prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,28	10.000	0,32	3.220,00	



TARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
ATO DE GESTÃO

DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO
PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

51	492	Cap 001: cartaz coleta externa- Formato 400 mm x 600 mm, 4x0 cores, papel coche fosco 250g. Acabamento: verniz de proteção e dupla-face no verso. Prova. Pacotes com 100 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	1,68	4.000	1,93	7.720,00
52	3690	Cap 002: cartaz para divulgação geral- Formato 465 mm x 310 mm à 4x0 cores em couchê fosco 300gr. Acabamentos: refile. Prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,89	4.000	1,02	4.080,00
53	483	Cap 003: carta convite de coleta externa- Formato 180 mm x130 mm, 4x4 cores em papel couchê fosco 170g. Prova. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,12	26.000	0,14	3.640,00
54	510	Cap 004: encarte carteira de doador- Formato: 195 mm x 220 mm aberto, 195 mm x 110 mm fechado, 4 x 4 cores em couchê fosco 210gr com verniz de proteção. Acabamento: faca de recorte, corte/vinco, 1 dobra. Prova. Pacotes com 500 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,43	20.000	0,50	10.000,00
55	516	Cap 005: informativo do projeto escola- Formato 297 mm x 210 mm aberto, 148 mm x 210 mm fechado, 4x4 cores em couchê fosco 170gr. Acabamento: 01 dobra. Prova. Pacotes com 1000 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,33	8.000	0,38	3.040,00
56	511	Cap 006: folder para uso de todos os programas- Formato 185 mm x 24 mm, 4x4 cores em couchê fosco 150gr. Acabamentos: refile. Prova. Pacotes com 1000 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,15	150.000	0,17	25.500,00
57	485	Cap 008: cartão de aniversário diversas - Formato 190 mm x135 mm, 4x4 cores em papel duo-design 300g, verniz de proteção F/V, Prova. Pacotes com 1000 unidades, sendo embalados em plástico.	unidade	0,24	63.800	0,28	17.864,00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

EDITAL DO PREGÃO PRESENCIAL N.º 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

58	484	Cap 009: carta convocação de doadores - Formato aberto 180 mm x 190 mm, fechado 180 mm x 103 mm, 4x4 cores em papel couchê fosco 170g com verniz de proteção. Acabamento: vinco e 1 dobra. Prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,24	54.500	0,28	15.260,00
59	3777	Cap 010: folder doador - Formato 360 mm x 220 mm aberto, 120 mm x 220 mm fechado, 4 x 4 cores em papel couchê fosco 150 gr. Acabamento: vinco/2 dobras. Prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,18	150.000	0,21	31.500,00
60	3572	Cap 013: solicitação de doadores de aférese - Formato: 145 mm x 210 mm, 4 x 0 cores. Acabamento: colagem na parte superior, blocos com 100 folhas. Papel offset 75g. Pacotes com 5 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	31,47	20	36,18	723,60
61	663	Cap 014: solicitação de doadores de sangue. Formulários 100x1 via no formato 145 mm x 210 mm à 4x0 cores em offset 75gr. Acabamentos: colagem na parte superior, blocos com 100 folhas. Papel offset 75g. Pacotes com 5 blocos, sendo embalados em plástico.		bloco	18,72	50	21,53	1.076,50
62	3046	Cap 015: folder medula óssea. Formato 210 mm x 190 mm aberto, 105 mm x190 mm à 4x4 cores em couchê brilho 150gr. Acabamentos: 01 dobra. Com provas digitais. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,14	46.600	0,16	7.456,00
63	508	Cap 016: folder doação de plaquetas por aférese - Formato 210 mm x 297 mm aberto, 210 mm x 148 mm fechado, 4 x 4 cores em couchê 210gr com verniz de proteção. Acabamento: faca de recorte, corte/vinco, 1 dobra. Prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,53	10.000	0,61	6.100,00
64	4464	Cap 021: carteira de doador medula óssea - Formato 85 mm x 54 mm à 4x4 cores em couchê fosco170gr. Acabamentos: faca especial e verniz UV total F/V. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico com 2000 unidades.		unidade	0,21	5.700	0,24	1.368,00
65	4465	Cap 022: encarte envio carteira de doador de medula óssea - Formato 195 mm x 225 mm aberto, 195 mm x 97mm fechado,		unidade	0,37	6.200	0,42	2.604,00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - CNPJ: 86.897.113/0001-57
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 004/2016 - "MENOR VALOR POR ITEM", REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO
PARA A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS E FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON.

FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMOSC/CEPON

		4x4 cores em couchê fosco 170gr. Acabamentos: faca especial e 02 dobras. Prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.						
66	4551	Cap 023: folder doação de sangue do cordão umbilical- Formato 300 mm x 210 mm aberto, 150 mm x 210 mm fechado, 4x4 cores em couchê fosco 170gr. Acabamentos: 01 dobra. Prova. Pacotes com 200 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,58	1.800	0,67	1.206,00
67	2344	Adesivo de Vidro – Surfista Doador – Formato 100 mm x 73 mm, 4X0 Cores em adesivo vinil. Acabamento faca especial, prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,59	4.000	0,68	2.720,00
68	4624	Adesivo de Painele – Surfista Doador – Formato 100 mm x 73 mm, 4X0 Cores em adesivo vinil. Acabamento faca especial, prova. Pacotes com 250 unidades, sendo embalados em plástico.		unidade	0,50	4.000	0,58	2.320,00
							TOTAL	324.369,00