

## MODELOS PARA OS ITENS

- ITEM 1 - 607571



- ITEM 2 – 444466



- ITEM 3 – 466915



- ITEM 4 – 450706



- ITEM 5 – 621498












- ITEM 6 – 203513

[illegible]


- ITEM 7 – 241998

- ITEM 8 – 225844

- ITEM 9 – 225844

 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____
 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____	 <b>MATERIAL ESTERILIZADO</b> Descrição do material: _____ Total de peças: _____ Lote: _____ Data de Processamento: ____/____/____ Autoclave ( ) 1 ( ) 2 Validade: ____/____/____ Responsável (Ass. e COREN): _____

ITEM 10 – 293241


 Paciente: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO/DILUIÇÃO/VIA ADM:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
 Ass. e COREN: \_\_\_\_\_

ITEM 11 – 293241

Etiqueta adesiva para bolsa de sangue

			NOME COMPLETO DO RECEPTOR	
			DATA DE NASCIMENTO DO RECEPTOR	
			LOCALIZAÇÃO / LEITO DO RECEPTOR	
ABO RhD / RECEPTOR	Nº DE REGISTRO	NÚMERO DA BOLSA		
ABO RhD / BOLSA	P.A.I I e II	PROVA CRUZADA		
RESPONSÁVEL PELA COMPATIBILIZAÇÃO			DATA DE COMPATIBILIZAÇÃO	
DATA DO ENVIO - HEMOCOMPONENTE p/ TRANSUSÃO			INÍCIO TRANSUSÃO : H	
RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE			TÉRMINO TRANSUSÃO : H	

- ITEM 12 – 390473 – Os banners serão configurados com as imagens com o padrão do HUL, após a escolha do fornecedor com maior vantajosidade.
- ITEM 13 – 619399



- ITEM 14 – 335708



Modelo 1 – Quantidade 5.250



Modelo 2 – Quantidade 1.000

- ITEM 15 – 293369



- ITEM 16 – 474498



Modelo 1 – Quantidade 750



Modelo 2 – Quantidade 750



Modelo 3 – Quantidade 1.500

- ITEM 17 – 634550



Modelo 1 – Quantidade 750



Modelo 2 – Quantidade 750



Modelo 3 – Quantidade 1.500

- ITEM 18 – 467653



Modelo 1 – Quantidade 375





Modelo 2 – Quantidade 375



Modelo 3 – Quantidade 500

- ITEM 20 – 630415 - Os banners serão configurados com as imagens com o padrão do HUL, após a escolha do fornecedor com maior vantajosidade.
- ITEM 21 – 448281

UF NÚMERO SE <input type="text"/>  Data: / / Paciente (nome) _____ _____ _____ Medicamento ou Substância _____ _____ _____	<div> <div> </div> <div> <b>EBSERH</b>                      HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                 </div> </div> NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO SE <input type="text"/> B <input type="text"/>  DE DE Paciente - Nome _____ Endereço _____ Assinatura e Carimbo do Profissional _____ Identificação do comprador Nome _____ Endereço _____ Ident. n.º _____ Órgão emissor _____ Tel. _____ DADOS DA GRÁFICA	Identificação do emissor HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES Av. Brasília s/n - Bairro Novo Horizonte - Lagarto/SE CNPJ: 15.126.437/0031-69   Fone: (79) 3632-2000  Medicamento ou Substância _____ Quantidade e Forma Farmacológica _____ Dose por Unidade Posológica _____ Posologia _____ Carimbo do Fornecedor _____ Nome do vendedor _____ Data / /
---	---	--

ITEM 22 – 448281

Bloco para Medicamento Controlado com 20 folhas, cor azul tipo B2.

UF NÚMERO SE <input type="text"/>  Data: / / Paciente (nome) _____ _____ _____ Medicamento ou Substância _____ _____ _____	<div> <div> </div> <div> <b>EBSERH</b>                      HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                 </div> </div> NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO SE <input type="text"/> B2 <input type="text"/>  DE DE Paciente - Nome _____ Endereço _____ Assinatura e Carimbo do Profissional _____ Identificação do comprador Nome _____ Endereço _____ Ident. n.º _____ Órgão emissor _____ Tel. _____ DADOS DA GRÁFICA	Identificação do emissor HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES Av. Brasília s/n - Bairro Novo Horizonte - Lagarto/SE CNPJ: 15.126.437/0031-69   Fone: (79) 3632-2000  Medicamento ou Substância _____ Quantidade e Forma Farmacológica _____ Dose por Unidade Posológica _____ Posologia _____ Carimbo do Fornecedor _____ Nome do vendedor _____ Data / /
---	--	--

ITEM 23 – 487279



ITEM 24 – 466971



- ITEM 25 – 446742 – As medalhas serão configuradas com as imagens com o padrão do HUL, após a escolha do fornecedor com maior vantajosidade.
- ITEM 26 – 630847 – Os troféus serão configurados com as imagens com o padrão do HUL, após a escolha do fornecedor com maior vantajosidade.
- ITEM 27 – 628902







- ITEM 31 – 395445

Etiqueta autoadesivas (16 etiquetas por folha, contendo 100 folhas, 99,1mm x 34,0mm;

NOME: _____					
CLÍNICA: _____		LEITO: _____			
DATA: _____		SOLUÇÃO: _____			
INÍCIO: _____		TÉRMINO: _____		GOTEJAMENTO: _____	
ASSINATURA: _____					

- ITEM 32 – 453457

     
DATA DA INSERÇÃO: _____/_____/_____
DATA DA TROCA: _____/_____/_____