



HOSPITAL ESTADUAL
MÁRIO COVAS

Fundação do ABC - OSS
Hospital Estadual Mário Covas

Proc. nº 5.571/20

Fis. 04

Santo André, 10 de Julho de 2020.

Memo. 10/20

De: Serviço de Reabilitação
Para: Diretoria Técnica – Dr. Alexandre Cruz

Ref.: Capacete para Ventilação Mecânica Não Invasiva.

Com o objetivo de evitar a intubação orotraqueal em nossos pacientes, usamos a ventilação mecânica não invasiva, porém nos pacientes com diagnóstico de COVID é necessária uma interface diferenciada para evitar a disseminação do vírus e proporcionar mais conforto a eles, solicito a aquisição de:

1. 6 Capacetes para Ventilação Não Invasiva:
 - Em material atóxico;
 - Plástico impermeável;
 - Fixação nas axilas com tamanho ajustável;
 - Possível utilização em várias circunferências de pescoço;
 - Utilização em respiradores pulmonares;
 - Válvulas compatíveis com padrão hospitalar para filtros e traqueias

Anexo:

- Parecer da ASSOBRAFIR sobre o tipo de equipamento;
- Propostas comerciais

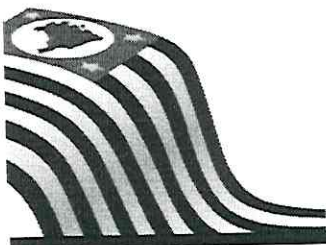
À disposição para maiores esclarecimentos

Olider Gardin Junior
Crefto 3 - 70203-F
Fisioterapia
H.E.M.C. - OSS - FUABC

Olider Gardin Junior

Coordenação do Centro de Reabilitação

Dr. São Cesar F. Fernandes
Cardiologista / Clínica Médica
CRM - 117.010



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000


FUNDAÇÃO DO ABC
Desde 1967


GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

COMUNICAÇÃO OFICIAL – ASSOBRAFIR**COVID-19****INTERVENÇÃO NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA****INDICAÇÃO E USO DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA E DA CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO, E ORIENTAÇÕES SOBRE MANEJO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA COVID-19*†**

Em janeiro, a ASSOBRAFIR emitiu comunicação sobre o papel do Fisioterapeuta na doença causada pelo novo coronavírus (2019-nCoV, ou em inglês: *Coronavirus Disease 2019; COVID-19*), com informações sobre a nova doença e orientações gerais sobre a atuação profissional¹.

Naquela ocasião, as informações disponíveis acerca do tratamento desses pacientes eram bastante escassas e, com base nas orientações disponíveis da Organização Mundial de Saúde (OMS)², a ventilação não invasiva (VNI) foi elencada como possível recurso terapêutico para o tratamento da insuficiência respiratória aguda (IRpA) nos casos de COVID-19.

Entretanto, novas informações foram divulgadas recentemente sobre os desfechos dos pacientes submetidos à VNI e ao uso de cânula nasal de alto fluxo (CNAF), bem como sobre a biossegurança de profissionais de saúde envolvidos na assistência aos pacientes com COVID-19. Assim, entendemos que um aprofundamento daquelas informações era necessário, resultando na atualização apresentada a seguir.

Na comunicação da ASSOBRAFIR, emitida em janeiro/2020¹, a indicação da VNI como forma de suporte ventilatório decorreu do fato de a mesma ser amplamente utilizada como recurso para evitar intubação e ventilação mecânica invasiva em pacientes com IRpA hipoxêmica ou

***AUTORIA:**

Bruno Prata Martinez, Flávio Maciel Dias de Andrade, Ângelo Roncalli, Jocimar Avelar Martins, Leny Vieira Cavalheiro, Darlan Laurício Matte, Marlus Karsten

†COLABORAÇÃO E ANUÊNCIA:

Departamento de Fisioterapia em Terapia Intensiva – Adulto
Daniel da Cunha Ribeiro, Ezequiel Mânica Pianezzola, Luiz Alberto Forgiarini Júnior, Wildberg Alencar Lima

hipercápnic, embora os melhores resultados ocorram em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e edema pulmonar cardiogênico (EAP)^{3,4}. Contudo, a pneumonia viral causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), na sua forma grave (Síndrome Respiratória Aguda Severa, SARS), produz hipoxemia grave e refratária à oxigenoterapia, com alterações fisiopatológicas semelhantes às encontradas na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA).

Na SDRA, o subgrupo de pacientes que parece se beneficiar mais da VNI é aquele em que a relação PaO_2/FiO_2 (relação entre pressão parcial de oxigênio no sangue arterial e fração inspirada de oxigênio) é superior a 200 mmHg⁵. Outros estudos, por sua vez, observaram que o diagnóstico de SDRA foi um dos fatores independentemente associados à falência de VNI^{6,7}. Além disso, em epidemias anteriores, também causadas por pneumonias virais (H1N1 e MERS-COV), assim como na SDRA, os benefícios do emprego da VNI foram bastante limitados^{8,9}.

O tipo de interface utilizada também é um fator que pode estar associado aos diferentes resultados dos estudos. Patel et al¹⁰ compararam a VNI aplicada por meio de capacete (*helmet*) à utilização da máscara oronasal em 83 pacientes com SDRA, e observaram menor frequência de intubação (18,2% vs 61,5%; $p < 0,01$) e maior taxa de sobrevida em 90 dias (65,9% vs 43,6%; $p = 0,02$) no grupo que utilizou o capacete. Uma metanálise mostrou que a VNI aplicada com o capacete pode reduzir a mortalidade hospitalar, o que não acontece quando são usadas máscaras faciais/nasais⁹. Outra revisão sistemática observou risco três vezes maior de transmissão de infecções respiratórias agudas para profissionais de saúde em procedimentos que geram aerossol, como durante o emprego da VNI¹¹.

De forma complementar, em um estudo de bancada, Hui et al¹² demonstraram que o vazamento de ar expirado era insignificante quando a VNI era aplicada por meio de um capacete com circuito de ramos duplos, filtros e boa vedação na interface pescoço-capacete. Por outro lado, o jato de ar exalado pela porta de expiração de uma máscara facial total pode atingir uma distância de aproximadamente 92 cm. Outros estudos também relataram a associação da VNI com a contaminação de trabalhadores da saúde^{13,14}.

Vale ressaltar que a aplicação inadequada da VNI pode causar atraso na intubação, o que está diretamente associado ao aumento da mortalidade^{15,16}. Em um estudo retrospectivo com 302 pacientes com síndrome respiratória do Oriente Médio (*Middle East Respiratory Syndrome, MERS*)¹⁷, observou-se que em 35% deles foi usado inicialmente a VNI, sendo que 92% destes pacientes necessitaram intubação e ventilação mecânica invasiva. Outro estudo com população

semelhante mostrou que todos os pacientes submetidos à VNI necessitaram intubação e ventilação por pressão positiva, e que a demora em se ventilar invasivamente pode ter contribuído para o alto índice de óbitos¹⁸.

No entanto, uma atualização clínica para o tratamento de pacientes com COVID-19¹⁹ afirma que em ambientes com acesso limitado à ventilação invasiva ou antes de os pacientes desenvolverem insuficiência respiratória hipoxêmica grave, a VNI ou a CNAF podem ser alternativas úteis. No entanto, como o alto fluxo de gás desses dispositivos é menos contido do que nos circuitos fechados, típicos de ventiladores invasivos, há aumento do risco de dispersão de vírus em aerossol no ambiente assistencial. Assim, a determinação da magnitude desse risco e das estratégias de mitigação dos problemas é um desafio aos profissionais de saúde.

Assim, com base em estudos científicos prévios e nas informações advindas da experiência no tratamento da COVID-19^{20,21}, que apontam para resultados insatisfatórios, alta taxa de falha e maior risco de disseminação do vírus, aliados à indisponibilidade da interface tipo capacete na maioria das unidades de terapia intensiva brasileiras, a ASSOBRAFIR entende que a VNI e a CNAF não devem ser estratégias ventilatórias de primeira linha, destinadas aos pacientes com SARS/COVID-19.

Entretanto, em situações específicas, definidas pela equipe multiprofissional, pode ser feito um teste de resposta à VNI, com duração de 30 minutos, nos pacientes com IRpA hipoxêmica. Nessa situação, devem ser utilizadas máscaras sem válvula de exalação, conectadas a circuitos ventilatórios com ramo duplo, através de filtros trocadores de calor e umidade (FTCU), empregando-se ainda, filtros de barreira nas extremidades distais dos ramos expiratórios dos circuitos ventilatórios, antes das válvulas exalatórias dos ventiladores mecânicos. Preferencialmente, esses recursos devem ser aplicados em pacientes alocados em leitos de isolamento respiratório com pressão negativa.

No que concerne a outros pontos relevantes ao manejo ventilatório dos pacientes com as formas severas de pneumonia na COVID-19, submetidos a intubação traqueal, a OMS recomenda algumas medidas visando a redução da incidência de pneumonias bacterianas associadas a ventilação mecânica e redução do risco de disseminação:²²

- Manutenção do paciente com cabeceira do leito elevada a 30-45°;²³
- Uso de sistema fechado de aspiração em todos os casos;

- Troca dos filtros trocadores de calor e umidade quando observada alteração da sua função, quando sujo, ou a cada intervalo regular de 5 a 7 dias;
- Uso de filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório, antes da válvula exalatória do ventilador mecânico.

Após instituição da ventilação mecânica invasiva, deve-se priorizar a adoção da estratégia protetora para minimizar o risco de ocorrência de lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica, recomendando-se:

- Emprego do modo de ventilação controlada a volume (VCV) ou ventilação controlada a pressão (PCV), com volume corrente ajustado em 6 ml/Kg, ou inferior se possível;²⁴
- Manutenção da pressão de distensão alveolar (*driving pressure*) inferior a 15 cmH₂O;²⁵
- Elevação dos níveis de pressão positiva expiratória final (PEEP), de forma a reduzir os níveis de *driving pressure* e que garantam uma oxigenação compatível com a vida (PaO₂ ≥ 60 mmHg, com FiO₂ ≤ 60%);²⁶
- Tolerância à hipercapnia permissiva;
- A posição prona está indicada para pacientes com relação PaO₂/FiO₂ < 150 mmHg, devendo ser realizada por equipe multiprofissional devidamente treinada, e mantida por no mínimo 16 horas, caso o paciente apresente resposta satisfatória (aumento de 10 mmHg na PaO₂, ou 20 mmHg na relação PaO₂/FiO₂). O posicionamento prono deverá ser repetido quando observada uma relação PaO₂/FiO₂ < 150 mmHg após 6 (seis) horas em posição supina. Serão considerados como critérios de interrupção do posicionamento prono, reduções de 20% na relação PaO₂/FiO₂, após duas tentativas consecutivas de pronação;²⁷
- Indicação da manobra de recrutamento alveolar em situações de hipoxemia refratária, não responsiva a outras intervenções, como forma de resgate;
- Nos casos de hipoxemia severa e refratária, deverá ser discutida com a equipe multiprofissional, a indicação da oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), a qual deve ser, preferencialmente, em centro de referência para a técnica.

Neste documento, também são reforçadas algumas intervenções com foco na redução do tempo de ventilação mecânica, após melhora do quadro agudo:²²

- Uso de protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade de tolerar a respiração espontânea.

Como orientações relacionadas aos procedimentos de segurança para evitar a contaminação dos profissionais e disseminação do SARS-CoV-2, a OMS recomenda:²²

- As precauções padrão, que incluem higiene das mãos e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) quando em contato indireto e direto com sangue, fluidos corporais, secreções dos pacientes (incluindo secreções respiratórias) e pele com solução de continuidade (não íntegra). As precauções padrão também incluem a prevenção de ferimentos com agulhas ou objetos cortantes, gerenciamento seguro de resíduos, limpeza e desinfecção de equipamentos, e limpeza do meio ambiente;
- Uso de máscara de proteção N95, ou equivalente, ao entrar em uma sala onde estejam pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2, ou em qualquer situação de atendimento prestado a um caso suspeito ou confirmado;
- Uso de máscara de proteção N95, ou equivalente, quando for necessário executar procedimentos que promovam geração de aerossóis.

Além desses pontos apontados pela OMS, sugere-se ainda:

- Idealmente, que os profissionais que atuarem na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados sejam organizados para trabalharem somente na área de isolamento, evitando circulação para outras áreas de assistência.
- O uso de óculos de proteção ou protetores faciais (que cubram a frente e os lados do rosto); aventais impermeáveis de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior; e luvas, que deverão ser utilizados durante a assistência destinada a qualquer paciente com suspeita, ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2. Estes devem ser de uso exclusivo de cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta, ou descarte após o uso.

Este é o posicionamento da ASSOBRAFIR em relação à indicação e uso da VNI e da CNAF, além das orientações sobre o manejo da ventilação mecânica invasiva no tratamento da insuficiência respiratória aguda na COVID-19. Esperamos, com isso, contribuir para a orientação e esclarecimento dos fisioterapeutas neste momento de incertezas. A ASSOBRAFIR está atenta à evolução dos acontecimentos e sempre que identificar necessidade emitirá nova comunicação.

Atualizado em 18 de março de 2020.

1. Matte DL, Andrade FMD, Martins JA, et al. O fisioterapeuta e sua relação com o novo betacoronavirus 2019 (2019-nCoV): comunicação oficial da ASSOBRAFIR. Disponível em http://www.assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/01/ASSOBRAFIR_BETACORONAVIRUS-2019_v.4.pdf.
2. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance 25 January 2020.
3. Weng C-L, Zhao Y-T, Liu Q-H, et al. Meta-analysis: Noninvasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema. *Annals of Internal Medicine*. 2010;152(9):590-600.
4. Osadnik CR, Tee VS, Carson-Chahhoud KV, Picot J, Wedzicha JA, Smith BJ. Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD004104.
5. Zhan Q, Sun B, Liang L, et al. Early use of noninvasive positive pressure ventilation for acute lung injury: A multicenter randomized controlled trial*. *Read Online: Critical Care Medicine | Society of Critical Care Medicine*. 2012;40(2):455-460.
6. Antonelli M, Conti G, Moro M, et al. Predictors of failure of noninvasive positive pressure ventilation in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a multi-center study. *Intensive Care Medicine*. 2001;27(11):1718-1728.
7. Adda M, Coquet I, Darmon M, Thiery G, Schlemmer B, Azoulay É. Predictors of noninvasive ventilation failure in patients with hematologic malignancy and acute respiratory failure*. *Read Online: Critical Care Medicine | Society of Critical Care Medicine*. 2008;36(10):2766-2772.
8. Agarwal R, Aggarwal AN, Gupta D. Role of Noninvasive Ventilation in Acute Lung Injury/Acute Respiratory Distress Syndrome: A Proportion Meta-analysis. *Respiratory Care*. 2010;55(12):1653-1660.
9. Xu X-P, Zhang X-C, Hu S-L, et al. Noninvasive Ventilation in Acute Hypoxemic Nonhypercapnic Respiratory Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*. 2017;45(7):e727-e733.
10. Patel BK, Wolfe KS, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Effect of Noninvasive Ventilation Delivered by Helmet vs Face Mask on the Rate of Endotracheal Intubation in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(22):2435-2441.
11. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(4):e35797-e35797.
12. Hui DS, Chow BK, Lo T, et al. Exhaled Air Dispersion During Noninvasive Ventilation via Helmets and a Total Facemask. *Chest*. 2015;147(5):1336-1343.
13. Fowler RA, Guest CB, Lapinsky SE, et al. Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome during Intubation and Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2004;169(11):1198-1202.
14. Xiao Z, Li Y, Chen R, Li S, Zhong S, Zhong N. A retrospective study of 78 patients with severe acute respiratory syndrome. *Chin Med J (Engl)*. 2003;116(6):805-810.
15. Nava S, Schreiber A, Domenighetti G. Noninvasive Ventilation for Patients With Acute Lung Injury or Acute Respiratory Distress Syndrome. *Respiratory Care*. 2011;56(10):1583-1588.

16. Hraiech S, Alingrin J, Dizier S, et al. Time to intubation is associated with outcome in patients with community-acquired pneumonia. *PLoS One*. 2013;8(9):e74937-e74937.
17. Alraddadi BM, Qushmaq I, Al-Hameed FM, et al. Noninvasive ventilation in critically ill patients with the Middle East respiratory syndrome. *Influenza Other Respir Viruses*. 2019;13(4):382-390.
18. Arabi YM, Arifi AA, Balkhy HH, et al. Clinical Course and Outcomes of Critically Ill Patients With Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection. *Ann Intern Med*. 2014;160:389–397. doi: <https://doi.org/10.7326/M13-2486>.
19. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA*. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3633.
20. Hui DS, Chow BK, Lo T, et al. Exhaled air dispersion during high or nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. *Eur Respir J* 2019;53:1802339.
21. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV, Cham EYK, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. *Lancet Respir Med*. 2020 Feb 24. pii: S2213-2600(20)30084-9.
22. World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. World Health Organization.
23. Wang L, Li X, Yang Z, Tang X, Yuan Q, Deng L, Sun X. Semi-recumbent position versus supine position for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults requiring mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jan 8;(1):CD009946. doi: 10.1002/14651858.CD009946.pub2.
24. Chacko B, Peter JV, Tharyan P, John G, Jeyaseelan L. Pressure-controlled versus volume-controlled ventilation for acute respiratory failure due to acute lung injury (ALI) or acute respiratory distress syndrome (ARDS). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 14;1:CD008807. doi: 10.1002/14651858.CD008807.pub2.
25. Amato MB, Meade MO, Slutsky AS, Brochard L, Costa EL, Schoenfeld DA et al. Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2015 Feb 19;372(8):747-55. doi: 10.1056/NEJMsa1410639.
26. Santa Cruz R, Rojas JI, Nervi R, Heredia R, Ciapponi A. High versus low positive end-expiratory pressure (PEEP) levels for mechanically ventilated adult patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD009098. DOI: 10.1002/14651858.CD009098.pub2
27. Guérin C, Reignier J, Richard J, Beuret P, Gacouin A, Boulain T et al. Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrom. *N Engl J Med* 2013; 368:2159-2168. DOI: 10.1056/NEJMoa1214103.

Orçamento Nº 1174.

SÃO BERNARDO DO CAMPO, 15 DE JULHO DE 2020.

À MARIO COVAS

A/C: OLIDER GARDIN JUNIOR

Fundação do ABC - OSS Hospital Estadual Mário Covas	
Proc. nº	5.571/20
Fls.	32

Temos o prazer de encaminhar esta proposta comercial estimativa, emitida pela **AGILE MED PRODUTOS E SERVIÇOS HOSPITALARES**, para comercialização dos produtos a seguir. Os equipamentos por nós comercializados são desenvolvidos com a mais alta qualidade e tecnologia, tendo, em sua maioria, selos de qualidade, como: TÜV Ps 9001/13485, FDA 510(k) e CE.

A **AGILE MED** é uma empresa nacional especializada no comércio, locação de equipamentos médico-hospitalares e assistência técnica. Possui profissionais com grande experiência de mercado, que buscam prover agilidade, segurança, qualidade e compromisso com os produtos e serviços ofertados. Representante exclusivo de renomadas marcas, em diversas regiões do Estado de São Paulo, está habilitada a fornecer assistência técnica e treinamentos sobre aplicações clínicas dos produtos, com orientação direta do fabricante.

Att,

AGILE MED Produtos e Serviços Hospitalares.

ITEM 1 - INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (GG) TAM. 4

ITEM	EQUIPAMENTO	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (GG) TAM. 4	1	R\$ 490,00	R\$ 490,00

ITEM 2 - INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (G) TAM. 3

ITEM	EQUIPAMENTO	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
2	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (G) TAM. 3	2	R\$ 490,00	R\$ 980,00

ITEM 3 - INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (M) TAM. 2

ITEM	EQUIPAMENTO	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
3	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (M) TAM. 2	2	R\$ 490,00	R\$ 980,00

ITEM 4 - INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (P) TAM. 1

ITEM	EQUIPAMENTO	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
4	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (P) TAM. 1	1	R\$ 490,00	R\$ 490,00

Observações

VALIDADE DA PROPOSTA: 15 DIAS

Condições Gerais da Proposta:

1. Preço

R\$ 2.940,00 (Dois mil e novecentos e quarenta reais).

O valor acima descrito abrange o valor total dos equipamentos ofertados, assim como, a devida

instalação e treinamento pela AGILE MED, conforme local indicado pela COMPRADORA.

2. Condição de Pagamento

28 DIAS

3. Frete

CIF

4. Prazo de Entrega

A entrega levará até 18 dias após o envio da Ordem de Compra.

Na hipótese de ocorrência de caso fortuito ou força maior, que impeçam a AGILE MED de fornecer e instalar os equipamentos no prazo acima mencionado, a vendedora informará ao comprador que o prazo de entrega será prorrogado automaticamente, por tantos dias quantos durarem a causa impeditiva, ficando vedada a responsabilidade da vendedora pelos eventuais prejuízos resultantes deste caso.

5. Garantia

Todos equipamentos terão garantia de 12 meses e acessórios de 3 meses de fábrica, após a emissão da Nota Fiscal., a contar da data do faturamento da AGILE MED. Estão excluídos dessa garantia defeitos ou danos provocados por fatores externos, tais como: variações de energia elétrica, temperatura, umidades, quedas ou outros em não conformidade às necessidades mínimas para utilização desse sistema. Qualquer parte ou peça de reposição adquirida de terceiros e instalada por terceiros sem a anuência prévia da AGILE MED durante o período de garantia do equipamento cancela e anula a referida garantia por completo. A abertura ou violação da embalagem e/ou a instalação não realizadas pela Representante Autorizada AGILE MED, resultam em perda de garantia.

6. Fornecedor

AGILE MED Importação e Exportação Eireli CNPJ: 14.769.402/0001-60 Inscrição Estadual: 635.634.650.114

DADOS BANCARIOS

BANCO SANTADER

AG: 2047 C/C: 13001746-3

OU

BANCO DO BRASIL

AG: 3131-3 C/C: 40356-3

7. Compliance

É política da AGILE MED que, ao fazer negócios, todos os seus colaboradores e os terceiros que atuam em seu nome cumpram integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, especialmente a FCPA (Foreign Corrupt Practices Act). Portanto, colaboradores da AGILE MED e terceiros que atuam em seu nome estão proibidos de oferecer, prometer, fazer, autorizar ou proporcionar (direta ou indiretamente por meio de terceiros) qualquer vantagem indevida, pagamentos, presentes ou a transferência de qualquer coisa de valor para qualquer funcionário público ou cliente privado (incluindo seus familiares), para influenciar ou recompensar qualquer ação oficial ou decisão de tal pessoa em benefício da empresa.

Sem mais para o momento, fico à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Agile Med Imp. e Exp. Eireli

Emitida por: Heloiza Vitória
Telefone: (11) 96211 - 2499
E-mail: adm6@agilemed.com.br



AGILE MED Importação e Exportação Eireli
www.agilemed.com.br CNPJ: 14.769.402/0001-60
Rua Universal, 243 – Jd. Hollywood – São Bernardo do Campo/SP
Tel: (11) 2758-0438/(11) 2758-0435

CNPJ 14.769.402/0001-60

NOME DO CLIENTE: MARIO COVAS
CPF/CNPJ: 57.571.275/0006-07

ASSINATURA:

Fundação do ABC - OSS Hospital Estadual Mano Covas	
Proc. nº	5.571/20
Fis.	40

mindray



PARAMOUNT BED



Bojin

FLUKE

Santo André, 16 de julho de 2020.

Memo. G.F.: 882/20

De: Gerência Econômico-Financeira

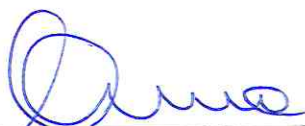
Para: Diretoria Econômico-Financeira

Assunto: Processo 15.571-20- Aquisição de Capacete para Ventilação Mecânica não Invasiva

Informamos orçamento efetivo, para um mês, no valor total de R\$ 2.940,00 - 7033 – Material Médico Hospitalar (PCO 19), competência de Julho/2020.

Ficaremos a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,



Vania Aparecida de Oliveira
Gerente Econômico-Financeira

Ciente,

De acordo, a Superintendência para prosseguimento de acordo com o regulamento interno de Compras.



Cristiane Moura Gascón
Diretora Econômico-Financeira

FUNDAÇÃO DO ABC - OSS
 HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS DE SANTO ANDRÉ



HOSPITAL ESTADUAL
 MÁRIO COVAS

Rua: Dr. Henrique Calderazzo, 321 - Paraíso - Santo André.
 Cep: 09190-615 - CNPJ 57 571 275/0006-07
 Compras Tel: (0xx11) 2829-5002 / 5068 / FAX 2829-5008

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - AF

EMPRESA:	AF - NÚMERO
AGILE MED	15.571/2020
CNPJ 14.769.402/0001-60	PROCESSO Nº.
tel/ email	15.571/2020
TEL: (11) 2758-0438 / adm6@agilemed.com.br	FOLHA 1

QUANTIDADES DE FOLHAS

A/C: HELOIZA

CÓD	ITEM	QTDE.	UNID.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
	1	6	UNID	Aquisição de Capacete para Ventilador Mecânica não Invasiva		490,00	2.940,00
TOTAL							R\$ 2.940,00
Cond. Pqto.	CENTRO CUSTO		PRAZO DE ENTREGA		LOCAL DE ENTREGA		DATA EMISSÃO
28 DIAS	4.12		18 DIAS		Av. Dr Henrique Calderazzo, 321 (Em frente ao Carrefour)		15/07/2020

Obrigatório mencionar na nota fiscal o número desta Autorização de Fornecimento e Processo.

HORÁRIO DE ENTREGA: A PARTIR DAS 08:00 hs. ATÉ AS 16:00 hs.

Dr Antonio De Giovanni Neto
 Diretoria Administrativa

Dr. DESIRÉ CARLOS CALLEGARI
 Superintendente da FUABC - OSS

Emerson Sabain
 Gerente de Compras
 RE 6581
 Setor de Compras

Vanessa Domicia da Costa
 Gerente de Suprimento
 RE 6581
 Setor de Compras

Fundação do ABC - OSS
 Hospital Estadual Mário Covas

Proc. nº 57120

RECEBEMOS DE AGILE MED IMPORTACAO E EXPORTACAO EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

data de recebimento: _____ identificação e assinatura do receptor: _____

nº-e: 0
F nº: 000.005.697
SÉRIE: 001

danfe
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - entrada
1 - saída

Nº 000.005.697
SÉRIE: 001
Página 1 de 1

controla de fisco

chave de acesso: 3520 0814 7694 0200 0160 5500 1000 0056 9711 3990 4107

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200679978300 - 10/08/2020 10:26

destinatário/remetente

nome/razão social: FUNDACAO DO ABC
cnpj/cpf: 57.571.275/0006-07
data de emissão: 10/08/2020

endereço: RUA DOUTOR HENRIQUE CALDERAZZO, 321
bairro/distrito: PARAISO
cep: 09190-615
data de entrada/saída: _____

município: Santo André
fone/fax: 11 26665400
uf: SP
inscrição estadual: Isento
hora de entrada/saída: _____

faturo
I: 08/09/2020 R\$ 2.940,00

cálculo do imposto

base de cálculo do icms	valor do icms	base de cálculo do icms st	valor do icms st	valor total dos produtos
2.940,00	529,20	0,00	0,00	2.940,00
valor aproximado dos tributos	valor do frete	valor do seguro	desconto	outras despesas acessórias
	0,00	0,00	0,00	0,00
valor do ipi				valor total da nota
0,00				2.940,00

transportador/volumes transportados

meio social: _____ frete por conta: 9 - SEM FRETE
código anti: _____ placa do veículo: _____ uf: _____ cnpj/cpf: _____

endereço: _____ município: _____ uf: _____ inscrição estadual: _____

quantidade: 0
espécie: _____ marca: _____ numeração: 0
peso bruto: 0,00
peso líquido: 0,00

dados do produto/serviço

código	descrição do produto/serviço	nom/ah	est	cfop	unid.	qtd.	vr. unit.	vr. total	bc. icms	vr. icms	vr. ipi	aliq. icms	aliq. ipi	ind. tot
002878	INTERFACE DE VNI 7LIVES. HELMET (GG) TAM. 4	9019.20.10	0.00	5102	UN	1,00	490,000000	490,00	490,00	88,20	0,00	18,00	0,00	1
002877	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (G) TAM. 3	9019.20.10	0.00	5102	UN	2,00	490,000000	980,00	980,00	176,40	0,00	18,00	0,00	1
002876	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (M) TAM. 2	9019.20.10	0.00	5102	UN	2,00	490,000000	980,00	980,00	176,40	0,00	18,00	0,00	1
002875	INTERFACE DE VNI 7LIVES HELMET (P) TAM. 1	9019.20.10	0.00	5102	UN	1,00	490,000000	490,00	490,00	88,20	0,00	18,00	0,00	1

cálculo do issqn

inscrição municipal: _____ valor total dos serviços: 0,00
base de cálculo do issqn: 0,00
valor do issqn: 0,00

dados adicionais

informações complementares: VENDA DE MERCADORIAS Af:15.571/2020 Entrega: Av.Dr.Henrique Calderazzo 321(em frente ao Carrefour) Lote: 01082020 COND. PAGAMENTO:28 DIAS Dados p/Depósito Banco Santander Ag: 2047 CC: 13001746-3 ou Brasil Ag: 3131-3 CC: 40.356-3

reservado ao fisco: 10/09/2020

Manoel L. ...

Contas a Pagar

Processo: 189 2.1.1.1.1 - CONTAS A PAGAR DE ENTRADA DE MATER Empresa: FUNDAÇÃO DO ASC - OSS Tipo Conta: Materiais

Documento: 1 NOTA FISCAL Di Emissão: 10/08/2020 Di Lançamento: 13/08/2020 Tipo Vencimento: A Vista Prazo: + RS

Valor: 2.940,00 Serviço: AGILE MED IMPORTACAO E EXPORT Vi Desconto: Acréscimo: 1

Vi Converteido em: Bruto: 2.940,00 Desc: Acres: Líquido: 2.940,00

Vi Base IRRF: Vi Base IUS: Vi Líquido: 2.940,00 Portador:

Conta: 5000 FORNECEDORES HEMCSA Histórico Padrão Autorizado Contabilizado Lote de Pagamento Regra de Rateio

1ª Parcela: 0/09/2020 AGILE MED IMPORTACAO E EXPORTACAO LTI Observações:

Detalhamento de Parcelas

Parcela	Di Vencido	Di Prevista	Vi Duplicata	Vi a Pagar	Parcelamento
01	10/08/2020	10/08/2020	2.940,00	0,00	2 - Parcelamento

Pagamentos

Pago	Di Balsa	Desc. Pago	C. Corrente Banco	Cheque/Bordão	Acréscimo	Desconto	Vi Pago	Sequência Retorno
00820	08/09/20	Débito CC	502-5	BANCO DO BR			2.940,00	
							2.940,00	

Hospital Estadual Manoel Dias
 Proc. nº 5.571/20
 Pág. 56

Santo André, 21 de setembro de 2020

Processo: 15.571/20

Assunto: Aquisição de Capacete para Ventilação Mecânica não Invasiva

Tendo em vista informação da Central de Recebimento deste Hospital, providenciamos cópia dos comprovantes de pagamentos das notas fiscais constantes neste processo.

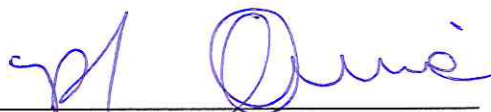
A Diretoria Financeira, com proposta de encaminhamento a Superintendência para arquivamento.

Atenciosamente,



Renata Checchia Jorge
Coordenadora Econômico-Financeira

De acordo.
Encaminhe-se conforme proposto.



Cristiane Moura Gascón
Diretora Econômico-Financeira

ML