



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 336/2021

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0008/56, torna público que no período de **29/03/2021 a 02/04/2021**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda **Anual** do Hospital de Traumatologia e Ortopedia /MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **29/03/2021 a 02/04/2021**.

3. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** só aceitará cotações enviadas pela plataforma.

4. Os fornecedores deverão realizar cadastro através do endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras>.

5. As empresas proponentes só poderão enviar suas cotações pela plataforma após seja realizado o cadastro no endereço acima e desde que a empresa proponente esteja com toda a documentação exigida no certame ATUALIZADAS.

6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail compras.ma@invisa.org.br dentro do período para envio das propostas.

7. A empresa proponente deverá preencher todos os campos constantes na proposta de preço dentro da plataforma, **sob pena de desclassificação**.

7.1 Os valores unitários dos itens da proposta de preço deverão suportar despesas com o transporte dos produtos e/ou realização dos serviços, não podendo ser cobrado posteriormente despesas com frete.

8. As propostas de preços serão classificadas pelo **MENOR PREÇO GLOBAL**, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço apenas os itens de seu interesse.

9. O pagamento pela aquisição dos produtos será realizado em até 30 (trinta) dias, **após seja realizada a entrega de todos os itens e/ou após a prestação de serviço**, observadas as disposições que se seguem.

9.1. A realização do pagamento fica condicionada à entrega de todos os itens da Ordem de Fornecimento e ao envio da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE**.

[Digite aqui]

9.2. Os valores constantes na Nota Fiscal devem ser os mesmos ofertados na plataforma de compras, sob pena de ter o pagamento retido.

9.3. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que “A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

10. A entrega dos produtos deverá ser realizada no prazo de 07 (sete) dias corridos após a entrega da OF - Ordem de Fornecimento (documento expedido pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o fornecimento em quantidade, prazo e local definidos neste Ato Convocatório).

11. A entrega dos produtos será realizada nos local descrito a seguir:

- **Hospital de Traumatologia e Ortopedia**, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís – MA, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98)9173-3734.

12. As quantidades a serem entregues no hospital constam na plataforma de compras.

13. Recebida a OF – Ordem de Fornecimento, a **CONTRATADA** deverá enviar através do e-mail compras.ma@invisa.org.br o cronograma de sua entrega.

14. A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 01 (um) ano partir da data de fabricação do produto.

14.1. Nos casos em que a quantidade da caixa fechada não for multiplicável pela quantitativo da entrega no momento da distribuição por Unidade, de acordo com a marca vencedora, o Fornecedor poderá entregar uma quantidade menor que atenda o padrão da marca em questão, tendo em vista o não aceite do fracionamento conforme legislação atual.

15. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará ao licitante a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

15.1. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

15.2. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

15.3. A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

- a) Advertência;
- b) Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

16.A CONTRATADA deverá fornecer os produtos dentro das especificações das normas da ANVISA e do MINISTÉRIO DA SAÚDE, atendendo aos seguintes critérios:

16.1.Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi solicitado: concentração, condições de conservação, etc.

16.2.Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições de temperatura exigida em rótulo (nos itens que se fizerem necessários), e com o número de registro emitido pela ANVISA e do Ministério da Saúde.

17.É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos produtos.

18. Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos:

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da Empresa;
- d) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- e) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- f) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

19. A empresa vencedora deverá também enviar o certificado de análise do produto junto com a Nota Fiscal.

20. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** verificará as propostas incluídas na plataforma, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

21. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o **MENOR PREÇO GLOBAL**.

22. Em havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Ato Convocatório e que seu preço seja compatível com de mercado, esta poderá ser aceita.

23. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.

24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** considera a primeira proposta enviada pela Plataforma.

25. As empresas proponentes deverão acompanhar o resultado do certame diretamente na plataforma de compras do **INVISA**.

26. Apurada a proposta de menor preço **GLOBAL**, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.

27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma.**

28. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.

29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.

30. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

31. Se a **CONTRATADA**, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.

32. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.

33. No caso do **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do MARANHÃO** por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

34. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seu Anexo.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 29 de março de 2021.

Bruno Soares Ripardo
Diretor-Geral
Instituto Vida e Saúde – INVISA



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

CONTRATO DE "FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR" QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, E DE OUTRO, A EMPRESA XXXXXXXX.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 110.695.987-63, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (doze) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

Código	Produto	Apresentação	Qtde Solicitada
4383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	12
4154	CAPA DE PRONTUARIO (PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR	UNIDADE	6000
7151	ROTULO DE SOROS		48000
4306	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
4563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	60
4276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	36
7154	ROTULO DE IDENTIFICACAO PADRAO	UNIDADE	12000
4376	ENVELOPE BRANCO PERSONALIZADO PARA ENTREGA DE EXAMES (TAM. A4)	UNIDADE	24000
4400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	36
4298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E	BLOCO	36

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

	VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS		
7155	RELATÓRIO SAEP	BLOCO	60
4394	CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO	BLOCO	36
3643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	120
4379	CHECK LIST AMBULATÓRIO	BLOCO	60
4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	360
4405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	60
4393	CONTROLE DE CARGAS COM IMPLANTE	BLOCO	36
4396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	72
6946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCRÁTICO A4,	BLOCO	240
4414	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	48
7153	ROTULO PARA BOLSA DE SANGUE	UNIDADE	3600
7156	PRESCRICAO DE ANTIBIOTICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 215X80MM	BLOCO	60
7157	PRESCRICAO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80,	BLOCO	96

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao Hospital de Traumatologia e Ortopedia, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís - MA.

3. Os objetos deste contrato deverão atender às especificações e quantidades constantes no quadro acima e nos modelos que seguem em anexo.

4. A compra dos materiais será realizada mensalmente, de acordo com a quantidade necessária para atender a necessidade/demanda do mês, e serão fornecidos após o recebimento da Ordem de Fornecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

1. A **CONTRATADA** fornecerá os materiais objeto do presente contrato através de seus sócios, prepostos, empregados e terceiros por ela indicados, que não terão nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, em nenhuma hipótese, nem mesmo de forma olidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

1.1. Certificar-se de que os materiais fornecidos satisfaçam, em todos os momentos, todas as descrições e/ ou especificações estabelecidas neste instrumento e na legislação aplicável;

1.2. Operar como uma organização completa e independente da **CONTRATANTE**, fornecendo todos os recursos necessários à execução deste Contrato, respondendo pela direção técnica e administrativa dos serviços;

1.3. Fornecer os materiais com toda a devida diligência, habilidade e cautela.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **12 (doze) meses**, tendo **início em xxxx e término em xxx** podendo ser prorrogado, por conveniências das partes, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 000/2021/MA.

1.1. O preço estabelecido nesta Cláusula será pago em até 30 (trinta) dias, mediante envio de **NOTA FISCAL** pela **CONTRATADA**, observadas as disposições que se seguem.

1.2. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

1.3. O **CONTRATANTE** ficará constituído em mora caso não realize o pagamento das faturas, devidas a **CONTRATADA**, após o recebimento do repasse pelo Parceiro Público (**Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**). Nesse caso o **CONTRATANTE** sujeita-se ao pagamento de multa contratual de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, incidentes sobre o valor corrigido monetariamente **pro rata dies** com base na variação do **INPC** verificada no período.

2. A **CONTRATADA** deverá apresentar em até 07 (sete) dias corridos, contados da data de recebimento da Ordem de Fornecimento, a Nota Fiscal com o atestado de recebimento da execução do fornecimento à **CONTRATANTE**, **acompanhada da Ordem de Fornecimento e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, através dos seguintes documentos:**

2.1. **Certidões Negativas de Débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da empresa, válidas no dia de sua apresentação;**

2.2. **Prova de recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), válida no dia de sua apresentação;**

2.3. **Certidão de Regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida no dia de sua apresentação.**

3. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome do Hospital em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº **02/2020/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

4. Os pagamentos em favor da **CONTRATADA** serão realizados exclusivamente por meio de depósito bancário na seguinte conta em nome da empresa:

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Banco: XXXXX
Agência: XXXXX
Conta Corrente: XXXX

5. Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e irremovíveis durante a vigência do presente contrato.

5.1. A alteração de preço dos materiais, objeto deste contrato, só poderá ocorrer mediante aceitação do **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA**, justificá-lo mediante a juntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço.

CLÁUSULA QUINTA - PRAZO, LOCAL E CONDIÇÃO DE ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO

1. O prazo máximo para a entrega do objeto, é de 07 (sete) dias corridos contados a partir da data de recebimento da Ordem de Fornecimento. Facultativamente, desde que devidamente justificado e autorizado pelo Departamento de Compras da **CONTRATANTE**, o prazo de entrega poderá ser prorrogado uma única vez por igual período.

2. Após recebimento da Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** deverá realizar o agendamento da entrega e enviar o cronograma de sua entrega através do e-mail compras.ma@invisa.org.br.

4. O local de entrega do objeto deste contrato será o do **Hospital de Traumatologia e Ortopedia**, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís - MA ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

3. Condição de Entrega:

4.1. A **CONTRATADA** entregará os materiais, obrigatoriamente, de acordo com as especificações contidas na Cláusula Primeira e com os modelos em anexo.

4.2. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos materiais do veículo de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos materiais.

4. Condição de Recebimento:

4.1. Os materiais serão recebidos pela **CONTRATANTE**, sendo as notas fiscais devidamente atestadas.

4.2. Os materiais deverão ser entregues em embalagens adequadas, entendendo-se como tal aquelas que condicionam devidamente os materiais, envelopes ou outros acondicionamentos similares, que correspondam efetivamente à apresentação do produto.

4.3. O setor responsável pelo recebimento dos materiais, verificará no ato da entrega pela **CONTRATANTE** as condições físicas apresentadas pelo objeto, ou seja, se estão de acordo com o constante na Ordem de Fornecimento. Caso estas condições não sejam satisfatórias, a remessa poderá ser devolvida ou recusada,

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

devendo ser reposta por outra, no prazo de 02 (dois) dias úteis, independentemente da aplicação das penalidades previstas.

5.3.1. O aceite do objeto pelo **CONTRATANTE** não exclui a responsabilidade da **CONTRATADA** por vícios de qualidade ou técnicos, aparentes ou ocultos, ou em desacordo com as especificações estabelecidas neste contrato.

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

1. Após a emissão da Ordem de fornecimento pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** ficará autorizada a iniciar o fornecimento dos materiais.

2. A **CONTRATANTE** enviará, mensalmente, Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** requisitando os itens conforme demanda da Unidade de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

1. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará a **CONTRATADA** a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

1.1. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

1.2. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

1.3. A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

1.3.1. Advertência;

1.3.2. Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.

2. A CONTRATADA fica sujeito a multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do presente contrato, por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes do mesmo, não previstas nas demais disposições desta cláusula.

3. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das demais, quando cabíveis.

4. O CONTRATANTE poderá descontar dos pagamentos eventualmente devidos à **CONTRATADA**, os valores correspondentes à aplicação de multa contratual ou, se for o caso, efetuar cobrança judicial.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

1. A CONTRATADA responsabilizar-se-á integralmente, nos termos da legislação vigente, pelo fornecimento do produto especificado no quadro da cláusula primeira dentro do prazo, após o recebimento da Ordem de Fornecimento, observando o estabelecido nos itens a seguir:

[Digite aqui]

1.1. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 000/2021/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

1.2. Prestar os serviços gráficos com a impressão de material, de acordo com os modelos solicitados pela CONTRATANTE que seguem em anexo.

1.3. Proceder com a entrega do produto, mediante a solicitação por Ordem de Fornecimento enviada por e-mail ou de outra forma de interesse da **CONTRATANTE**;

1.4. Entregar os materiais em suas respectivas caixas originais, embalados e lacrados, sem avarias.

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório nº. 000/2021/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.6. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

1.7. Responsabilizar-se pelo transporte, carga e descarga dos materiais, no local estabelecido para entrega;

1.8. A **CONTRATADA** assume todo o custeio com o frete dos materiais.

1.9. Fornecer os materiais de acordo com as especificações constantes na Cláusula Primeira e de acordo com os modelos em anexo;

1.10. Só será aceita a mudança do material com anuência por escrito da **CONTRATADA**.

1.11. Comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE** qualquer ocorrência ou anormalidade no fornecimento do objeto;

1.12. Assumir total responsabilidade sob o fornecimento do objeto deste contrato, e responsabilizar-se por quaisquer prejuízos que sejam causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros;

1.13. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 000/2021/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

1.14. Arcar com o pagamento de todos os tributos, encargos e demais obrigações que incidam sobre o fornecimento.

1.15. Manter sigilo absoluto, não veiculando publicidade acerca deste contrato, salvo se houver prévia autorização do **CONTRATANTE**.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1.16. Entregar os materiais acompanhados de nota fiscal discriminando-os, de acordo com as especificações técnicas.

1.17. A CONTRATADA será a única responsável pela entrega do(s) material(s), sendo vedada a transferência total ou parcial dos direitos e obrigações oriundos deste contrato a terceiros;

1.18. A CONTRATADA facilitará a **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização Permanente dos fornecimentos e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos funcionários da **CONTRATANTE** designados para tal fim.

2. Será de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de profissionais para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para a **CONTRATANTE**.

2.1. O fornecimento do objeto do presente contrato não implica em vínculo empregatício nem de exclusividade entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 000/ 2021/ MA.

2. Efetuar os pagamentos de acordo com os preços constantes Proposta Comercial da **CONTRATADA**.

3. Permitir, desde que necessário, o livre acesso dos funcionários da **CONTRATADA** em suas dependências, para fins de realização da entrega dos materiais.

4. Prestar informações e esclarecimentos restritos ao objeto deste contrato sempre que solicitados pelos empregados da **CONTRATADA**.

5. Rejeitar o fornecimento dos materiais objeto do presente contrato, por terceiros, sem autorização expressa das partes.

6. Solicitar a substituição dos materiais que apresentarem avarias, sem qualquer ônus ao **CONTRATANTE**.

7. Atestar as faturas correspondentes e supervisionar o fornecimento dos materiais por intermédio de um funcionário designado para este fim.

8. Comunicar por escrito a **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

9. Proporcionar todas as facilidades necessanas à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços, ou falhas ou irregularidades.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

1. A **CONTRATADA** fica expressamente proibida de subcontratar parcial ou totalmente as obrigações assumidas por este instrumento, sob pena de rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

1. O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.

2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;

3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.

4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:

6. Na superveniência de caso fortuito, de força, maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;

7. Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.

8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

9. Vencido os 12 (doze) meses do prazo contratual, fica o mesmo rescindido automaticamente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde já, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denúncia.

3. A CONTRATADA declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado n.º 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

4. A CONTRATADA reconhecerá como de sua responsabilidade, o valor líquido e certo eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho em processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamada, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

5. Eventuais despesas e custas processuais, dependidos pelo CONTRATANTE também serão ressarcidos imediatamente pela **CONTRATADA**, que desde já os reconhece como sendo de sua responsabilidade, servindo os recibos, guias ou notas, como comprovantes de pagamento e documentos hábeis à instruir cobrança, ficando também de responsabilidade da **CONTRATADA** o pagamento de honorários advocatícios suportados pelo **CONTRATANTE**.

6. A responsabilidade técnica e profissional pelo fornecimento dos materiais, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da CONTRATADA e de seus sócios.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

1. A execução do presente Contrato, bem como os casos omissos, regular serão pelas Cláusulas Contratuais, aplicando se lhes, supletivamente, os Princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de Direito Público e/ou Privado.

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

1. As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Maranhão, na cidade de São Luís - MA, para dirimir quaisquer dúvidas que surgirem na execução do presente Instrumento.

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado conforme perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas partes assinado, as quais se obrigam a cumpri-lo.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

São Luís/MA, xx de xxxx de 2021.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE

CONTRATANTE

CONTRATADA

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

I- IDENTIFICAÇÃO E ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

Nome: _____
sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Leito: _____
Diagnóstico médico/cirurgia: _____
Doença(s) crônica(s): _____
Alergias(s): _____

II- ADMISSÃO NA UTI

Data: ____/____/____ Hora: _____ Procedência: _____
Motivo da admissão: _____

EXAME FÍSICO

Cabeça e pescoço:

Cabeça: () Sem alterações () Dreno _____ Obs: _____

Mucosa: () Normocorada () Hidratada () Cianose () Icterícia
() Hipocorada () Desidratada Obs: _____

Neurológico: () Acordado () Torporoso () Orientado () Sedado
() Inconsciente () Agitado () Confuso

Escala de Glasgow: Abertura ocular () Resposta verbal () Motor () Total: _____ Rass ()

() Dor Local: _____ Tipo: _____ Intensidade: _____

Psicoemocional: () Sem alteração () Lábil () Queixoso
() Deprimido () Ansioso () Choro

Comunicação: () Sem alteração () Verbal prejudicada: () Afasia () Disartria () Outros _____

Pescoço: () Sem alterações () Rigidez de nuca () Gânglios () Trugência de jugulares

Obs: _____

Pele e Anexos: () Sem alteração () Icterícia (/) () Turgor _____

() Cianose (/) () Palidez (/) () Lesão por pressão _____

() Lesão _____ () FO _____

Obs: _____

Tórax: () Sem alteração () Simetria () Fratura () Outros _____

() Dreno _____ () Intracathl _____

() Respiração espontânea: () Ar ambiente () Cateter de O₂: _____ l/m

() Macronebulização: _____ l/m Frequência respiratória: _____ ipm Sat O₂: _____ %

Padrão respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Bradpnéico () Apnéia

() Tiragem intercostal () Batimento de asas donariz () Hemoptise () Tosse-espectoração

() Ventilação mecânica: () TOTN° _____ () Traqueostomia N° _____ Modo: _____

Parâmetros: VC/PC: _____ Frequência: _____

Peep: _____ FiO₂: _____

Auscultura respiratória: () Pulmões livres () estertores ()
() Creptos: _____ () Roncos: _____

Cardiovascular: Frequência cardíaca: _____ bpm () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
Pulsos periféricos: () Presente () Ausente () Rítmico Pressão arterial: _____ mmHg
() Drogas vasoativas: _____

Temperatura axilar: _____ °C () Hipotérmico () Afebril () Febril () Pirexia () Hiperpirexia
Obs: _____

Abdome: () Plano () Escafóide () Distendido () Assimétrico () Globoso
() Visceromegalias () Outros _____ () Doloroso _____

Gastrointestinais: () RHA ausentes () RHA presentes Glicemia: _____
() Gastrostomia () Jejunostomia () Colostomia Local: _____

() Vômitos _____ () Hematêmese () Náusea
() Dreno(s) _____ () SNGN° _____ () SNGN° _____ () SNGN° _____

Hábito intestinal: Frequência _____ () Diarréia _____ /dia
() Flatulência () Obstipação () Melena

Urinário: () Sem alteração () Hematúria () Poliúria () Diálise peritoneal
() Incontinência () Piúria () Polaciúria () Hemodiálise
() Retenção () Colúria () Oligúria () SVDN° _____
() Disúria () Anúria () Cistostomia N° _____

Genital: () Sem alteração () Leucorréia () Amenorréia () Menopausa () Edema () DST _____
Obs: _____

Membros:
Superiores: () Edemas (/) Acesso venoso: () Periférico _____ () Acesso arterial
Inferiores: () Edemas (/) Acesso venoso: () Periférico _____ () Acesso arterial
Obs: _____

IV - CONDUTA NA ADMISSÃO

Instalado: () Monitorização hemodinâmica () Oximetria de pulso () Respirador mecânico
() Verificação de sinais vitais () Aquecimento () Passagem de sonda _____ () Curativo _____
() Coleta de gasometria arterial: pH _____ PCO² _____ PO² _____ SPO² _____ HCO³ _____
() realização de hemoculturas

Assinatura do enfermeiro(a) e carimbo

PACIENTE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ PESO: _____ LEITO: _____ ALERGIA: _____
 ADM. HOSTIPALAR: _____ CIRURGIA: _____ DATA: _____

SINAIS VITAIS/CONTROLE HEMODINÂMICO										ENTRADAS DE DIETAS E DROGAS										SAIDAS									
HORA	TAX	PA	PAM	FC	FR	SPo2	PVC	GLIC.	DIETA ORAL	SNE/SNG	NPT								HEMACIAS	PLASMAS	OUTROS	DIURESE	FEZES	VOM	DRENOS	R.G			
6 as 7																													
7 as 8																													
8 as 9																													
9 às 10																													
10às 11																													
11às 12																													
GANHOS PARCIAL:										Ass. Téc. Enf. SD										PERDAS PARCIAL:									
12às13																													
13às14																													
14às15																													
15às16																													
16às17																													
17às18																													
GANHOS PARCIAL:										Ass. Tec. SD										PERDAS PARCIAL:									
18às19																													
19às20																													
20às21																													
21às22																													
22às23																													
23às00																													
00às1																													
1às2																													
2às3																													
3às4																													
4às5																													
5às6																													
GANHOS :										Ass. Tec. SN										PERDAS :									
GANHOS TOTAL:										Ass. Enf. SN										PERDAS TOTAL:					BH:				

CHECK LIST			M	T	N	ESCALA DE RICHMOND DE AGITAÇÃO-SEDAÇÃO (RASS)					
01-CABECEITA ELEVADA 30° A 45°						PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO			
02-HIGIENE ORAL(ESCOVAÇÃO DIARIA)						+4	AGRESSIVO	VIOLENTO, PERIGOSO			
03-SONDA VESICAL FIXADA CORRENTE						+3	MUITO AGITADO	CONDUTA AGRESSIVA, REMOÇÃO DE TUBOS OU CATETER			
04-SONDA NASOENTERAL FIXADA CORRETAMENTE						+2	AGITADO	MOVIMENTO SEM COORDENAÇÃO FREQUENTES			
05-BOLSA COLETORA ABAIXO DO NIVEL DE 1400ml						+1	INQUIETA	ANSIOSO, MAS SEM MOVIMENTOS AGRESSIVOS OU VIGOROSOS			
06-EQUIPOS COM DATA DENTRO DO PERÍODO DE TROCA						0	ALERTO, CALMO				
07-AMBU. MASCARA, UMIIFICADOR E BORRACHAS						-1	SONOLENTO	NÃO SE ENCONTRA TOTAL ALERTA, MAS TEM O DESPERTAR SUSTENTADO AO SOM DA VOZ(>10seg)			
08-MUDANÇA DE DECÚBITO						-2	SEDAÇÃO LEVE	ACORDA RAPIDAMENTE E FAZ CONTATO VISUAL COM O SOM DA VOZ(>10seg)			
						-3	SEDAÇÃO MODERAD	MOVIMENTO OU ABERTURA DOS OLHOS AO SOM DA VOZ(MAS SEM CONT. VISUAL)			
						-4	SEDAÇÃO PROFUNDA	N RESPONDE AO SOM DA VOZ, MAS MOV. OU ABRE OS OLHOS COM ESTIMULAÇÃO FISICA.			
						-5	INCAPAZ DE SER DESPERTADO	NÃO RESPONDE AO SOM DA VOZ OU AO ESTIMULO FÍSICO			
ESCALA NUMERICA DA DOR						PROCEDIMENTO DO RASS					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1-OBSERVAR O PACIENTE * PACIENTE ESTÁ ALERTA, INQUIETO OU AGITADO. (0 a +4)
SEM DOR			DOR MÁXIMA								2-SE NÃO ESTÁ EM ALERTA, DIZER O NOME DO PACIENTE E PEDIR PARA ELE ABRIR OS OLHOS E OLHAR P O PROF.
											*PACIENTE ACORDADO COM ABERTURA DE OLHOS SUSTENTADA E REALIZANDO CONTATO VISAL. (-1)
											*PACIENTE ACORDADO REALIZANDO ABERTURA DE OLHOS E CONTATO VISUAL, PORÉM BREVE. (-2)
											*PACIENTE É CAPAZ DE FAZER ALGUM TIPO DE MOVIMENTO, PORÉM SEM CONTATO VISUAL.(-3)
ESCALA DE GLASGOW						3-QUANDO PACIENTE NÃO RESPONDE AO ESTIMULO VERBAL REALIZAR ESTÍMULOS FISICOS					
VARIÁVEIS			SCORE			*PACIENTE REALIZA ALGUM MOVIMENTO AO ESTIMULO FÍSICO.(-4)					
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA		4			*PACIENTE NÃO RESPONDE A QUALQUER ESTIMULO.(-5)					
	À VOZ		3			BRADEN					
	À DOR		2								
NENHUM		1			PERCEPÇÃO SENSORIAL		1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	PONTUAÇÃO
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA		5			COMPLETAMENTE		MUITO LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NENHUMA LIMITAÇÃO	RISCO BAIXO 15
	CONFUSA		4			COMPLETAMENTE		MUITO UMIDO	OCASSIONALMENTE ÚMIDO	RARAMENTE ÚMIDO	MODERADO: 13 E 14
	PALAVRAS INAPROPRIADAS		3			UMIDADE		ACAMADO	RESTRITO A CADEIRA	CAMINHA OCASSIONALMENTE	ELEVADO: 10 a 12
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS		2			ATIVIDADE FISICA		COMPLETAMENTE IMOBILIZADO	MUITO LIMITADO	LEVEMENTE LIMITADO	NENHUMA LIMITAÇÃO
RESPOSTA MOTORA	NENHUMA		1			CISALHAMENTO		PROBLEMA	POTENCIAL PARA PROBLEMA	NENHUM PROBLEMA APARENTE	
	OBEDECE COMANDOS		6			MOBILIDADE		MUITO	PROVAVELMENTE	ADEQUADO	EXELENTE
	LOCALIZA DOR		5			NUTRIÇÃO		POBRE	INADEQUADO		
	MOVIMENTO DE RETIRADA		4								
	FLEXÃO ANORMAL		3								
EXTENSÃO ANORMAL		2									
NENHUMA		1									

AGENTES:		
TÉCNICA:		
CIRURGIÕES:		
PROCEDIMENTO		
ANESTESISTAS:		
OBSERVAÇÕES E/OU ESTADO CLÍNICO DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA		
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA		
ENTRADA:	DATA: ___/___/___	HORA: ___:___ PA _____ PULSO _____ SPO ² _____
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
DESPERTAR		
REFLEXOS NA S.O: _____ OBSTR: _____		
_____ CO ² _____ EXCIT: _____ NAUSEAS: _____		
VÔMITOS: _____ OUTROS: _____		
COM CÂNULA PARA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CONDIÇÕES GERAIS: _____		
CONDIÇÕES DE ALTA SRPA		
DATA: ___/___/___ HORA: ___:___ PA _____ PULSO _____ SPO ² _____		
REFLEXO NA S.O: _____ OBSTR: _____		
_____ CO ² _____ EXCIT.: _____ NAUSEAS: _____		
DESTINO DO PACIENTE:		
<input type="checkbox"/> CLINICA MÉDICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> SEMI-INTENSIVA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> DOMÍLIO <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA		
<input type="checkbox"/> OUTROS HOSPITAIS		

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM		
COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)		
ÓBITO: NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	DATA : ___/___/___ HORA: ___:___
DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL		
CBO	MÊS/ANO	EQUIPE	FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Check – list para Agendamento de Cirurgia		FM.AMB.002-00
AMBULATÓRIO		Data: ___/___/___
Nome:		
Data de Nascimento:		RG:
Grupo sanguíneo:	Fator RH:	Contato:

Exames de Laboratório de Análise Clínicas () Não () Sim – Data: ___/___/___	Exames de Imagem Radiografia () Não () Sim – Data: ___/___/___
Risco Cirúrgico () Não () Sim – Data: ___/___/___	Tomografia () Não () Sim – Data: ___/___/___
Solicitação de Hemocomponentes () Não () Sim	Outros () Não () Sim – Data: ___/___/___
OPME () Não () Sim	OBS:
_____ Responsável pelo Preenchimento	

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR	Data: ___/___/___
Procedência:	
Nome do Contato:	
Data da Cirurgia:	
Procedimento:	
Cirurgião:	
OPME:	
Empresa:	
Observação: _____ _____ _____ _____	
_____ Responsável pelo Preenchimento	

CONTROLE DE BACTERIOLOGICO DE CARGAS COM IMPLANTE - CME

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	

INICIO DA INCUBACAO: _____ TERMINO: _____ RESULTADO: (+) (-)

INDICADORES QUIMICOS DAS AMPOLAS:

HORARIO DE LIBERAÇÃO DO MATERIAL: _____

FUNCIONARIO RESPONSAVEL: _____

OBS.: _____

CONTROLE DE BACTERIOLOGICO DE CARGAS COM IMPLANTE - CME

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	_____

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	_____

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	_____

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	_____

DATA DO TESTE: ____/____/____	EQUIPAMENTO: _____
LOTE: _____ Nº CICLO: _____	TURNO: _____ GRAU: _____
PACIENTE: _____	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
CIRURGIA: _____	FORNECEDOR: _____
MATERIAIS: _____	_____

INIO DA INCUBACAO: _____ TERMINO: _____ RESULTADO: (+) (-)

INDICADORES QUIMICOS DAS AMPOLAS:

HORARIO DE LIBERAÇÃO DO MATERIAL: _____

FUNCIONARIO RESPONSAVEL: _____

OBS.: _____



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

DATA: ____/____/____
 AUTOCLAVE Nº ____
 HR ____:

TURNO: _____
 FUNC. _____
 ENFª RESP. _____

CICLO: _____
 GRAU: _____
 LOTE: _____

CARGA BIOLÓGICA: SIM () Não: ()

TECIDOS	QNT	HTO		MATERIAIS DOS MÉDICOS	
		MATERIAL	QNT	MATERIAL	QNT
LAP DE CAMPO		CAIXA DE MÃO		AFASTADOR - DR ALEXANDRE (1 uni)	
LAP DE CAPOTE		CX PEQUENA CIRURGIA		AFASTADOR - DR NEWTON (3 uni)	
CAMPO SIMPLES AVULSO		CX SUTURA		AGULHAS- DR TONELLI	
CAMPO DUPLO AVULSO		CX BÁSICA DE QUADRIL		BROCAS - DR JOSEMITH	
CAMPO FENESTRADO		PERFURADOR HTO		BROCAS - DRA INGRID	
CAPA PARA ARCO		SERRA HTO		BROCAS - DR FRANCISCO	
CAPOTE AVULSO		MEDIA CIRURGIA ORTOPEDICA		CX DE ACETÁBULO - DR NEWTON	
				CX DA BUCO - DR FRANCISCO	
				CX DE BUCO - DR WAGNER	
				CX DE MÃO - DR RONILTON	
				CX DE MÃO - DR THIAGO	
				CX DE MÃO - DR FERNANDO	
				CX DE OMBRO - DR RONILTON	
				EXTRATOR - DR NEWTON (2 PEÇAS)	
				PINÇA DE DESTRAÇÃO - DR FERNANDO	
MATERIAIS AVULSOS		CONSIGNADOS			
		BIOSSINTESE		ORION	
		MATERIAL	QNT	MATERIAL	QNT
BACIA					
BANDEJA DE CVC					
BANDEJA DE DEGERMAÇÃO					
BORRACHAS DE ASPIRAÇÃO					
CABO DE BISTURI					
CHAVE DE BOCA					
CUBA REDONDA					
CUBA RIM					
CURATIVO					
CURETA					
		MEDFIX		ORTOMEDIC	
		MATERIAL	QNT	MATERIAL	QNT
DESCOLADOR					
DESCOLADOR RABO DE PEIXE					
FORMÃO					
GOIVA					
MARTELO					
MANOPLA					
OSTEÓTOMO					
PINÇA BACKAUS KIT					
PINÇAS DE ARTROSCOPIA KIT					
PINÇA TUBO					
PONTA DE ASPIRADOR					
		PIMMES		FONTELLES	
		MATERIAL	QNT	MATERIAL	QNT
RICARDÃO					
RUGINA					
TROCATER HTO					
MATERIAIS DE CONSUMO					
PCT COMPRESSAS					
ALGODÃO ORTOPEDICO					
ATADURA DE CREPE					
MALHA TUBULAR					
GAZES					

Tecidos _____

M. Consumo _____

Caixas Médicos _____

M. Avulsos _____

Caixas HTO _____

M. Consignados _____

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
NANDA 2018-2020**

Identificação do Paciente

Nome: _____ Leito: _____ Enf: _____
Diagnóstico Médico: _____ DIH: _____ Data: __/__/_____

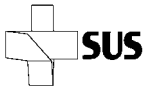
Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Resultado e meta
Nutrição	<input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais. <input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivos. <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio eletrolítico. <input type="checkbox"/>		
Eliminação e troca	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Incontinência urinária de urgência <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Risco de Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada <input type="checkbox"/> _____		
Atividade/ repouso	<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Disposição para sono melhorado <input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> Levantar-se prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de síndrome do desuso <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Risco de débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de perfusão cardíaca diminuída <input type="checkbox"/> Risco de perfusão cerebral ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de pressão arterial instável <input type="checkbox"/> Resposta disfuncional ao desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Risco de intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Autonegligência <input type="checkbox"/>		
Percepção/ cognição	<input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Conhecimento Deficiente <input type="checkbox"/> Controle de impulsos ineficaz <input type="checkbox"/> Memória prejudicada <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/>		
Auto percepção	<input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Distúrbio na identidade pessoal <input type="checkbox"/> Baixo autoestima situacional <input type="checkbox"/> Distúrbio na imagem corporal		

Enfrentamento	<input type="checkbox"/> Risco de Síndrome do estresse por mudança <input type="checkbox"/> Ansiedade		
	<input type="checkbox"/> Ansiedade relacionado à morte <input type="checkbox"/> Enfrentamento defensivo <input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar comprometido <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> resiliência <input type="checkbox"/> Sentimento de impotência <input type="checkbox"/> Tristeza crônica		
Segurança/ proteção	<input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de infecção no sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Risco de Tromboembolismo venoso <input type="checkbox"/> Contaminação <input type="checkbox"/> Risco de Contaminação <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Termo regulação ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Risco de boca seca <input type="checkbox"/> Dentição prejudicada <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Integridade da membrana da mucosa oral prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de lesão <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Recuperação cirúrgica retardada <input type="checkbox"/> Risco de ressecamento ocular <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/>		
Conforto	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/>		

Assinatura e carimbo do Enfermeiro:

GASTO DE SALA				DATA:		ASSINATURA DO CIRCULANTE:		
				CLÍNICA:		ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR:		
NOME:				PRONTUÁRIO:		LEITO:		
ANESTESIA:		ÍNICIO:		TÉRMINO:		DURAÇÃO:		
CIRURGIÃO:			ANESTESIOLOGISTA:			SALA:		
AUXILIAR - 1:		AUXILIAR - 2:		AUXILIAR - 3:				
PROCEDIMENTO (S):								
DATA HORA:		A. TERMO PREMATURO	NATI-MORTO NEO-MORTO	ÚNICO MASCULINO ÚNICO FEMININO		MÚLTIPLOS	MASCULINO FEMININO	
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
ATADURAS			PANCURONIO, brom. 2mg/mL amp			DIVERSOS		
1	Algodão Ortopédico n°		24	Papaverina 100mg/mL amp		1	Ag. Desc Insulina 13x4,5	
2	Algodão Ortopédico n°		25	Petidina 50mg/mL amp		2	Ag. Desc Peridural	
3	Atadura Crepe n°		26	Propofol 10mg/mL amp		3	Agulha Descartável 25x6	
4	Atadura Crepe n°		27	Surfentanila 50mcg/mL amp		4	Agulha Descartável 25x7	
5	Atadura Gessada n°		28	Surfentanila 50mcg/mL fr		5	Agulha Descartável 30x7	
6	Atadura Gessada n°		29	Suxametônio 100mg/5mL amp		6	Agulha Descartável 30x8	
7	Atadura Gessada n°		30	Tiopental 1g fa		7	Agulha Descartável 30x10	
8	Algodão Hidrófilo em bola		31	Vecurônio 4mg amp		8	Agulha Descartável 40x12	
						9	Agulha Descartável de Raque	
						10	Aparelho de barbear desc.	
ANTISSÉPTICOS/SOLUÇÕES			MEDICAMENTOS			11 Bisturi Descartável		
1	Água Destilada 250mL fr		1	Água para Injeção 10mL amp		12	Bolsa Col. Urina Sistema Fechado	
2	Água Destilada 500mL fr		2	Amido Hidroxietílico 500mL fr		13	Bolsa de Colostomia	
3	Água Oxigenada 1C00mL fr		3	Amiodarona 50mg/mL 3ml amp		14	Cal Sodada	
4	Álcool a 70% 200mL fr		4	Atropina, Sulf. 0,25mg/mL amp		15	Cânula para Traqueostomia n°	
5	AGE - Ác Graxos 200mL fr		5	Bicarb de Sódio 8,4 % amp		16	Capa para Microcâmara	
6	Clorex 4% Degermante 200mL fr		6	Cefalotina 1g fr		17	Capa para microscópio	
7	Clorex - Alcoólica 0,5% 200mL ff		7	Captopril 25mg com		18	Cateter A Venosa - Jelko n°	
8	Éter Sulfúrico 200mL fr		8	Cefazolma 1g fa		19	Cateter Epidural	
9	PVPI - Dgermante 200mL fr		9	Clor. Potásio 10% 10mL amp		20	Cateter Nasal - Oxigênio	
10	PVPI - Sol Aquosa 200mL fr		10	Clor. Sódio 0,9% 250mL fr		21	Cateter P Venosa - n°	
11	PVPI - Sol Alccólica 200mL fr		11	Clor. Sódio 0,9% 500mL fr		22	Cateter P Venosa - n°	
12	S Fisiológ 0.9% 250mL fr		12	Clor Sódio 20% 10ml amp		23	Cateter P/Aspiração n°	
13	S Fisiológ 0.9% 500mL fr		13	Dexametasona 4mg/mL 2,5mL fa		24	Clamps Umbilical	
			14	Dipirona 500mg/mL amp		25	Cera para osso	
			15	Dopamina 50mg/10mL amp		26	Coletor de Urina tipo Urofix	
ANESTÉSICOS e COADJUVANTES			16	Epinefrina 1mg/mL amp		27	Compressa Gase 7, 5x7, 5 pacotes	
1	Alfentanila 0,5mg/mL amp		17	Escopolamina 20mg/mL amp		28	Conexão A - Venosa 2 vias	
2	Atracúrio 10mg/mL amp		18	Etilefrina 10mg/mL amp		29	Conexão A - Venosa 4 vias	
3	Bupiv + Epinefrina 0,5% fa		19	Furosemida 10mg/mL 2mL amp		30	Dreno de Toráx - Kit n°	
4	8upiv Isobárica 0,5% 4mL amp		20	Soro Glicosado 5% 500mL fr		31	Dreno em "T" kherr	
5	Bupiv +Glic Anidra 0,5%+8% amp		21	Glicose 25% 10mL amp		32	Dreno Penrose	
6	Bupivacaina 0,5% fa		22	Gluc. Cálcio 10% 10ml amp		33	Dreno Suctor	
7	Cetamina 50mg/mL 10mLfa		23	Hep Sódica 5000IU/mL 10mL fa		34	Eletrodo Descartável	
8	Diazepan 5mg/mL amp		24	Hidrocortisona 500mg fa		35	Equipe Fotossensível	
9	Droperidol 2,5mg/mL amp		25	Moitol 20% 250mL		36	Equipo Irrg. 4 vias - Próstata	
10	Etomidato 2mg/mL amp		26	Metilergometrina 200mg/mL amp		37	Equipo Microgotas c/câmaras grad	
11	Fentoina 50mg/mL amp		27	Metoclopramida 5mg/mL amp		38	Equipo p/Bombas Inf. cl Bureta	
12	Fentanila 0,05mg/mL fa		28	Neostigmina 0.5mg/mL amp		39	Equipo p/Bombas Inf. si Bureta	
13	Fentanila 0,05mg/mL amp		29	Nitroprussiato de Sódio 50mg fa		40	Equipo plást c/injetor lateral gotas	
14	Halotano 'Cjrr.fi		30	Norepinefrina 1mg/mL amp		41	Equipo plást c/inj lat microgotas	
15	Isoflurano 100mL amp		31	Oxitocina 5UI/mL amp		42	Escova Desc - Degermação	
16	Lidocaina 2% 5mL amp		32	Papaverina 100mg/2mL amp		43	Esparadrappo comum 10x4,5cm	
17	Lidocaina 2% Gel' Tubo		33	Prometazina 25mg/mL 2mL amp		44	Esparadrappo micropore 2,5x10cm	
18	Midazolam 5mg/mL amp		34	Protamina. Sulf. 1% 5mL amp		45	Espunja Hemost Celulose	
19	Morfina sulf 0.2mg/mL amp		35	Ringer Lactado 500mL amp		46	Esponja Hemost	

	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
			Cont. DIVERSOS			OPME ÓRTESE/PROTESE E MATERIAS EPECIAIS	
50			Lâmina de Bisturi n°		6	Catgut cromado 2-0	
51			Liga Clip 300		7	Catgut cromado 3-0	
52			Liga Clip 400		8	Catgut cromado 4-0	
53			Luva Cirúrgica Estéril		9	Catgut cromado 5-0	
54			Luva Cirúrgica Estéril		10	Catgut simples 0	
55			Luva de procedimento		11	Catgut simples 1-0	
56			Scaip n° 23		12	Catgut simples 2-0	
57			Scalp n° 25		13	Catgut simples 3-0	
58			Seringa Descartável 1mL		14	Catgut simples 4-0	
59			Seringa Decartável 3mL		15	Fio de Marcapasso	
60			Seringa Descartável 5mL		16	Polidioxanona - PDS 5-0	
61			Seringa Descartável 10mL		17	Poliéster - Ethibond 0	
62			Seringa Descartável 20mL		18	Poliéster - Ethibond 2	
63			Seringa Decartável 50mL		19	Poliéster - Ethibond 2-0 com Teflon	
64			Seringa Descartável de isulina		20	Poliéster - Ethibond 2-0 sem Teflon	
65			Sonda folley 2 vias n°		21	Poliéster - Ethibond 4-0 com Teflon	
66			Sonda folley 3 vias n°		22	Poliéster - Ethibond 4-0 sem Teflon	
67			Sonda Nasogástrica		23	Poliéster - Ethibond 5	
68			Sonda p/ Aspiração tranqueal n°		24	Poliéster-Eth Valvekit 2-0 Aórtico	
69			Sonda Retal n°		25	Poliéster-Eth Valvekit 2-0 c/ Teflon	
70			Sonda Uretral n°		26	Poliéster-Eth Valvekit 2-0 s/ Teflon	
71			Torneirinha 3 vias		27	Poliglactina - Vicryl 0	
72			Tubo Endotraqueal Aramado n°		28	Poliglactina - Vicryl 1	
73			Tubo Endotraqueal n°		29	Poliglactina - Vicryl 2-0	
74			Tubo Endotraqueal p/Toráx	1	30	Poliglactina - Vicryl 3-0	
75			Vaselina	2	31	Poliglactina - Vicryl 4-0	
			EQUIPAMENTOS	3	32	Polipropileno-Prolens 1	
1			Aparelho de Anestesia	4	34	Polipropileno-Prolens 2-0	
2			Artroscópio		35	Polipropileno-Prolens 3-0	
3			Aspirador		36	Polipropileno-Prolens 4-0	
4			Aspirador Ultrasônico		37	Polipropileno-Prolens 5-0	
5			Balão intra-aórtico	1	38	Polipropileno-Prolens 6-0	
6			Bisturi Bipolar	2	39	Polipropileno-Prolens 7-0	
7			Bisturi Elétrico	3	40	Polipropileno-Prolens 8-0	
8			Capinógrafo	4			
9			Desfibrilador	5			
10			Drill	6			
11			Fonte de Luz	7			
12			Furadeira Elétrica	8			
13			Gerador de Marcapasso	9			
14			Glicosímetro	10			
15			Laringoscópio	11			
16			Máquina de Cardioplegia				
17			Máquina de Circ Extracorp				
18			Máquina de TCA				
19			Microscópio Cirúrgico				
20			Monitor de ECG	1			
21			Oxímetro de Pulso	2			
22			Ressectoscopia	3			
23			Serra Elétrica p/estamostomia	4			
24			Tensiómetro	5			
25			Ultrasson Portátil				
26			Videocistoscopia				
27			Videolaparoscopia				



LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO () CNS () CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD ORGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO () CNS () CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
---	------



NÚMERO: 00001
NÚMERO DO PRONTUÁRIO:
PACIENTE:
SETOR:
MEDICAMENTO:
MÉDICO SOLICITANTE:
DISPENSADO PELA FARMÁCIA:

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SA 001



INVISA
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E

ORTOPEDIA DO MARANHÃO
SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

USO EXCLUSIVO DESTES HOSPITAL

		NÚMERO PRONTUÁRIO:	NÚMERO: 00001
PACIENTE:		DATA:	
SETOR:	LEITO:	COLETA PREVIA DE CULTURA: () SIM () NÃO	
ANTIBIÓTICOS:	POSOLOGIA:	INTERVALO:	TEMPO:
INDICAÇÃO TERAPEUTICA:	DISPENSADO PELA FARMÁCIA:		ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:
INDICAÇÃO PROFILÁTICA:			
DOENÇA BASE:			

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SA 001

NÚMERO: 0001
NÚMERO DO PRONTUÁRIO
PACIENTE:
SETOR:
MEDICAMENTO:
MÉDICO SOLICITANTE:
DISPENSADO PELA FARMÁCIA:

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SPE 002

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO MARANHÃO
SOLICITAÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES
 USO EXCLUSIVO DESTE HOSPITAL

NÚMERO PRONTUÁRIO:

NÚMERO: 0001
MEDICAMENTO:
QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO:
POSOLOGIA:
SETOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE FARMÁCIA DO HOSPITAL
ENTREGUE POR:
RECEBIDO POR:
DATA: / /
VISTO FARMACÊUTICO

PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____
DIAGNÓSTICO: _____
SETOR: _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____
_____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

COD: 2019/FAR/HTO/INVISA/SPE 002



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____

Data ____ / ____ / ____

Médico/CRM

● **SAÍDAS** (leito/ nome completo/ data de nascimento/ especialidade): alta, óbito e transferência (especificar o destino).

→ **MEDICAÇÃO EM FALTA/ JUSTIFICAR AÇÕES TOMADAS:**



→ **PASSAGEM DE MATERIAIS:** POSTO TÉRREO () POSTO 1 () PEDIATRIA ()

QUANTIDADE	MATERIAIS	QUANTIDADE	MATERIAIS
	ESTETOSCÓPIO		TERMÔMETRO
	ESFIGMOMANÔMETRO		CHAVE
	GLICOSIMETRO		CONTROLE DE AR CONDICIONADO
	MERGULHÃO		MUPIROCINA (POMADA)

→ **OBSERVAÇÕES:**

ENCERRO COM _____ PACIENTES

ASSINATURA E CARRIMBO.
O USO DO CARIMBO É OBRIGATÓRIO.

ATENÇÃO

→ REVESAMENTO DE COLABORADORES DAS CLINICAS CIRURGICA PARA O REPOUSO EM TURNO SN:

PRIMEIRO TURNO DAS 00:00H ÀS 03:00H

TECNICOS:

ENFERMEIROS:

SEGUNDO TURNO DAS 03:00H ÀS 06:00H

TECNICOS:

ENFERMEIROS:

OBS:

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

Data: ____/____/____

Material: () Sangue () Urina () Outros _____

EXPO	() Fosfatase Ácida	() Células LE
() Hemograma Completo	() Amilase	() ASLO
() Glicose Jejum	() Desidrogenase Láctica (DHL)	() Fator Reumatoide
() Uréia	() Gama G.T.	() Muco Proteína
() Creatinina	() Bilirribinas Totais e Frações	() Proteína C-Reativa
() TGO (AST)	() CK Total	() Depuração Creatinina
() TGP (ALT)	() CKMB Enzimático	() Hemocultura
() Coagulograma	() CKMB Massa	FEZES
() Tipagem Sanguinea/ Fator RH	() Mioglobina	() Protoparasitológico
() Anti- HIV	() Troponina	() Sangue Oculito
BIOQUIMICA	() Albumina	() Coprológico Funcional
() Ácido Úrico	() Proteínas Totais e Frações	() Kato-Katz
() Sódio	() Hemogl. Glicosel. (HBA 1c)	() Pesquisa de Leucócitos
() Potássio	() Lipase	URINALISE
() Cálcio	HEMATOLOGIA	() Urina Tipo 1 EAS
() Cloro	() VHS	() Cultura + ATB
() Fósforo	() Leucograma	OUTROS
() Magnésio	() Eritograma	()
() Ferro	() Hemoglobina (Hb)	()
() Ferritina	() Hemotócrito (Ht)	()
() Triglicérides	() Reticulócitos	()
() Colesterol Total	() T. de protrombina (TP) + INR	()
() HDL	() T. de Tromboplastina (TTPa)	()
() LDL	() Fibrinogênio	()
() VLDL	() Falcização	()
() Fosfatase Alcalina	() Cultura	()



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

**SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPETAÓRIO**

PACIENTE _____ REGISTRO _____ DATA ____/____/____

PROCEDÊNCIA _____ LEITO _____ HORA _____

MÉDICO (A) _____ IDADE _____ PESO _____

ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Alergia () SIM () NÃO - Cirurgias Anteriores () SIM () NÃO – Hipertenso () SIM () NÃO – Diabetes () SIM () NÃO – Dislipidemias () SIM () NÃO – Tabagismo () SIM () NÃO – Medicamentos em uso () SIM () NÃO – Quais? _____ - Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): () SIM () NÃO - Quais? _____

PREPARO

	HORÁRIO		HORÁRIO
Jejum		Retirada de Esmaltes/Óculos/Outros	
Tricotomia		Antibiótica/Profilaxia	
Preparo de Pele		Medicações Analgésicas	
Lavagem Intestinal		Avaliação Cardiológica	
Retirada de Próteses Dentárias/Lentes		Avaliação Clínica-Médica	

EXAMES

Avaliação Pré-Anestésica () SIM () NÃO
Avaliação Cardiológica: () SIM () NÃO
Tomografia () SIM () NÃO
Ressonância () SIM () NÃO
RX () SIM () NÃO
Exames Laboratoriais () SIM () NÃO
Quais? _____
Outros/Quais? _____

ESTADO NEUROLÓGICO

Orientado () Desorientado () Consciente () Inconsciente () Agitado () Confuso ()

PELE E ANEXOS

Sem alterações () Edema () Icterícia () Cianose () Efisema () Palidez ()

PA (mmHg) _____ FC (bpm) _____ R (incrm) _____ Tax (°C) _____

Técnico em Enfermagem

Enfermeiro

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

TRANS-OPERATÓRIO

Sala _____ Início _____ Término _____ Membro/Lado a ser operado () Direito () Esquerdo

Cirurgia Proposta _____

Cirurgião _____ 1º Auxiliar _____ 2º Auxiliar _____

Anestesista _____

Instrumentador _____ Circulante _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS	SINAIS VITAIS	INÍCIO	TRANS	TÉRMINO

ANESTESIA

Sedação () Local () Raque () Bloq. Plexo () Peridural () Peridural Contínua () Geral Venosa ()
 Geral Inalatória () Geral Combinada () Bloq. Bleer ()

EQUIPAMENTOS USADOS

Rx () Scopia () Vídeo () Citoscopio () Litotritor () Bota Pneumática ()
 U.S () Colchão Pneumático () Bomba de Infusão () Microscópio () Out. ()
 Garrote Pneumático/Faixa de Smarch () Lig.: _____ Des.: _____

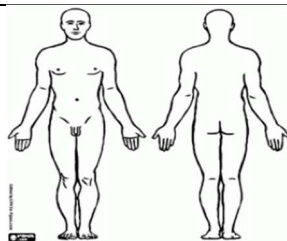
TIPO DE BISTURI: Monopolar () Bipolar () Argônico ()

PEÇA CIRÚRGICA: Histopatológico () Cultura () Congelação ()

DESTINO: Patologia (laboratório) () Familiares () Serviço Externo ()

INFUSÃO DE HEMODERIVADOS: Concentrado de Hemácias () Plasma () Plaquetas () Crio ()

POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA
 () DDH () DLD
 () DD ELEVADO () DLE
 () DVH () Ginecolo
 () Outras _____



LEGENDA

	Placa de Bisturi
	Monitorização Cardíaca
	Incisão Cirúrgica
	Garrote Pneumático/Smarch
	Sonda Vesical
	Venóclise
	Tubos e Drenos

QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS

Compressas Grandes Abertas _____ Compressas Grandes Conferidas _____

Compressas Pequenas Abertas _____ Compressas Pequenas Conferidas _____

Agulhas Abertas _____ Agulhas Conferidas _____

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

MATERIAIS ESTERILIZADOS (INTEGRADOS E INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO)

PÓS-OPERATÓRIO

SRPA () UTI () EXTERNO ()

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Oxigênio () SIM () NÃO Ligado _____ Desligado _____

Técnico em Enfermagem

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	0'	15'	30'	45'	60'	75'	90'
PA							
SpO2							
Pulso							
Respiração							
Temperatura							

ESCALA NUMÉRICA DA DOR									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇
DOR			DOR MODERADA				DOR INTENSA		

HORA	DOR	MEDICAÇÃO
:		
:		
:		

TABELA PARA ESCALA DE ALDRET

ATIVIDADE	0	Incapaz de mover
	1	Move 2 membros
	2	Move 4 membros
RESPIRAÇÃO	0	Apnéia
	1	Dispnéia, Hipoventilação
	2	Respiração Profunda, Tosse
CONSCIÊNCIA	0	Não Responde
	1	Desperto ao chamar
	2	Completamente acordado
CIRCULAÇÃO (PA)	0	PA = ou < que 50% do pré-anestésico
	1	PA < 20 ou 49% do pré-anestésico
	2	PA normal ou até 20% que o pré-anestésico
SATURAÇÃO (SpO2)	0	SpO2 < 90% mesmo com O2 suplementar
	1	Necessidade de O2 para manter SpO2 90%
	2	SpO2 < 90% resp. em ar ambiente

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK					CONTROLE DE PERDAS			
HORA	0'	30'	60'	90'	HORA	0'	30'	60'
Atividade					SNG			
Respiração					SVD			
Consciência					DRENOS			
Circulação					IRRIG. C			
Saturação					TOTAL			
TOTAL								

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

ENCAMINHADO COM:

Venóclise () _____	SVD () _____	SNE () _____	Sonda de Gastrostomia () _____
Dreno () Tipo _____	Irrigação Contínua () _____		Bolsa de Colostomia () _____
Curativo () _____	Imobilizador MMII () _____		Cateter Peridural () _____
Máscara de O2 () _____	Cateter de O2 () _____		Ventilação Mecânica () _____
DESTINO: Apartamento () _____	UCI () Leito _____		Domicílio () Hora _____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



PRONTUÁRIO Nº: _____

PACIENTE:

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



RUA CANTANHEDE, Nº.33, QD.44, JARDIM ELDORADO,
CEP.65075-460, SÃO LUÍS - MA

Nome:	Leito:	Prontuário:	Turno:	Data:
Prescrição de Enfermagem	Horário	ANOTAÇÕES		
() Jejum às				
() Verificar sinais vitais				
() Banhar				
() Realizar higiene oral x dia, turno				
() Realizar íntima x dia, turno				
() Sentar cliente na poltrona (ou leito), x dia				
() Observar e anotar as eliminações intestinais				
() Observar e anotar aceitação intestinais				
() Aspirar secreções de vias aéreas superiores				
() Manter grades elevadas				
() Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico				
() Observar e anotar aceitação alimentares				
() Manter cabeceira elevada de 30º a 45º				
() Promover ambiente calmo, relaxante e seguro				
() Usar palavras simples e frases curtas				
() Avaliar e registrar presença de dor (EVA)				

ESCALA DE MORSE FALL	
Histórico de Quedas	
Não	0
Sim	20
Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado	
Não	0
Sim	20
Marcha	
Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas	0
Fraca	15
Comprometida /Cambaleante	20
Estado Mental	
Orientado/Capaz quanto a sua Orientação	0
Superestima capacidade/ Esquece limitações	15
TOTAL:	
Sem risco: 0-24 Baixo risco: 25-44 Alto risco: ≥ 45	



MANHÃ



TARDE



NOITE

ESCALA DE BRADEN				
Percepção Sensorial	1- Total limitado	2 Muito limitado	3 Leve limitado	4 Nenhuma limitação
Umidade	1 -Excessiva	2 Muita	3 Ocasional	4 Rara
Atividade	1 -Acamado	2 Confinado à Cadeira	3 Deamb. Limita	4 Deamb. Frequent
Mobilidade	1 -Imóvel	2 Muito limitado	3 Discreta limita	4 Sem limitação
Nutrição	1 -Deficiente	2 Inadequada	3 Adequada	4 Excelente
Fricção e Cisalhamento	1- Problema	2 Problema potencial	3 Sem problema	
Sem Risco ≥ 19	Risco Leve 15 a 18 ()	Risco Moderado 13 e 14 ()	Risco Alto ≤ 12	Total

Assinatura/Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DE MATERIAL

MATERIAL: _____

DATA DE PREPARO: ____/____/____

DATA DE ESTERILIZAÇÃO: ____/____/____

VALIDADE: ____/____/____

LOTE: _____

ASS.: _____



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEdia

RÓTULO DE SORO

NOME:

QUARTO:

LEITO:

SG _____ % _____ ml

SF _____ % _____ ml

_____ % _____ ml

NaCl _____ 20% _____ ml

KCL _____ 19% _____ ml

_____ % _____ ml

_____ % _____ ml

_____ % _____ ml

GTS/MIN.:

ml/h

ETAPA:

HORA:

RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 - Nome Completo

2 - N° do Registro Hospitalar

3 - Localização do Paciente

4 - Grupo ABO e Fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 - Prova de Compatibilidade

Realizada Compatível Incompatível

Não Realizada

Data e Nome do Responsável pela realização
dos testes Pré-Transfusionais