



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

### ATO CONVOCATÓRIO

### COTAÇÃO Nº 663/2021

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 **22/06/2021 a 27/06/2021**, 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 Geral de Monção/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/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 **22/06/2021 a 27/06/2021**.

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](mailto: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]



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

**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 04/2018/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 no local descrito a seguir:

- **Hospital Geral de Monção**, localizado na Rua da Jaqueira, nº 118, Centro, Monção/MA - CEP: 65360-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 98865-6596.

**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](mailto: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.

**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.

**16.** A **CONTRATADA** deverá fornecer os produtos dentro das especificações solicitadas, atendendo aos seguintes critérios:

**16.1.** Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi solicitado: dimensão, cor, formato, etc.

[Digite aqui]

**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 exigidas em rótulo ( nos itens que se fizerem necessários).

**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.** 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.

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

**21.** 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.

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

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

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

**25.** 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 admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.

**26.** 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**.

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

- 28.** As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.
- 29.** Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.
- 30.** 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.
- 31.** 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.
- 32.** No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2018/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.
- 33.** 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, 22 de junho de 2021.**

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





# 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 XXXXXXX.

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 GERAL DE MONÇÃO**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/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:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO OU SERVIÇO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
2	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	48
3	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE CIRURGIA.	BLOCO	24
4	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE LAPAROTOM IA ADAPTADA.	BLOCO	24
5	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE SUTURA.	BLOCO	24
6	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK-IN DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES.	BLOCO	60
7	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONTROLE DE DATA ALA A.	BLOCO	36
8	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONTROLE DE DATA ALA B.	BLOCO	36
9	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ENTREVISTA SOCIAL, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
10	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE AEROSOL.	BLOCO	60
11	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	BLOCO	48
12	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE PISICOTROPICOS E ENTORPECENTES.	BLOCO	60
13	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ANESTESIA.	BLOCO	60
14	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENVIO.	BLOCO	36
15	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS.	BLOCO	36

[Digite aqui]



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

16	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FORMULÁRIO PARA SOLITAÇÃO DE ANTIMICOBRIANOS DE USO RESTRITOS.	BLOCO	60
17	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LIBERAÇÃO DE REFEIÇÃO.	BLOCO	36
18	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PROTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
19	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.	BLOCO	36
20	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECOMENDAÇÕES PRÉ OPERATÓRIO.	BLOCO	36
21	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE TEMPERATURA .	BLOCO	36
22	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
23	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL.	BLOCO	36
24	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REQUISIÇÃO DE MATERIAL	BLOCO	96
25	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE TROCA.	BLOCO	36
26	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE HISTERECTOMIA.	BLOCO	24
27	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA PARA ALMOTOLIA DE ALCOOL.	BLOCO	48
28	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	36
29	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
30	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	60
31	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
32	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
33	PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	300
34	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
35	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	300
36	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	300
37	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	UNIDADE	96
38	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
39	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36

**2.** A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Geral de Monção**, localizado na Rua da Jaqueira, nº 118, Centro, Monção/MA - CEP: 65360-000.

**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

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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 663/2021/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 04/2018/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;**

[Digite aqui]

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 04/2018/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:

**Banco: XXXXX**  
**Agência: XXXXX**  
**Conta Corrente: XXXX**

5. Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e irrealizáveis 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](mailto:compras.ma@invisa.org.br).

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do **Hospital Geral de Monção**, localizado na Rua da Jaqueira, nº 118, Centro, Monção/MA - CEP: 65360-000 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. 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.

## 5. Condição de Recebimento:

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

**5.2.** 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.

**5.3.** 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, devendo ser repostas 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





## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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:

**1.1.** Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório n°. 663/2021/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 n°. 663/2021/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

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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 n°. 663/2021/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**.

**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 663/ 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**.

[Digite aqui]

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.

#### **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.





# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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 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.

### CLAÚSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

1. As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Maranhão, na cidade  
[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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.

São Luís/MA, xx de xxxx de 2021.

---

**BRUNO SOARES RIPARDO**  
**INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**  
**CONTRATANTE**

---

**CONTRATADA**

### TESTEMUNHAS:

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE LEITO

Unidade Solicitante			
Data		Hora	
Responsável pela solicitação		Telefone	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Peso (se RN): \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Internação Atual: UTI( ) Semi-UTI( ) Sala Vermelha ( ) Sala Amarela ( ) Enfermaria ( ) Sala de Emergência ( )

LEITO SOLICITADO: UTI Adulto ( ) UTI Pedlátrico ( ) UTO Neonatal ( ) Enfermaria ( ) Clínica \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EAME FISICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRINCIPAL RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA:

Laboratoriais: \_\_\_\_\_

Ex. Imagem: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Gravidade: Gravíssimo ( ) Multo Grave ( ) Grave ( ) Grave porém estável ( ) Estável ( )

Sinais Vitais: PA \_\_\_\_ X \_\_\_\_ FC \_\_\_\_ FR \_\_\_\_ Febril: Sim ( ) Não ( ) GLASGOW \_\_\_\_\_

Suporte de O2: Não ( ) Sim ( ) Tipo: O2 em cateter ( ) O2 em máscara ( ) VNI ( ) V. Mecânica ( )

Suporte Hemodinâmico: Não ( ) Sim ( ) Tipo: NORA ( ) DOBU ( ) DOPA ( ) NIPRIDE ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Indicação Cirúrgica: Não ( ) Sim ( ) Causa: \_\_\_\_\_

Uso de cateter / Dia de implantação: SDV: \_\_\_\_/\_\_\_\_ CVP \_\_\_\_/\_\_\_\_ SNG \_\_\_\_/\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicações em Uso: 1 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ dias) 2 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ dias)

3 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ dias) 4 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ dias) 5 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ dias)

Resultados de Culturas: \_\_\_\_\_ Em andamento: Sim ( ) Não ( )

Proveniente de Unidade Hospitalar: Não ( ) Sim ( ) Relatório da CCIH: Não ( ) Sim ( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico/Carimbo

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
NANDA 2018-2020**

**Identificação do Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Enf. \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_  
 DIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Domínio</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Fatores Relacionados</b>	<b>Resultado e meta</b>
<b>Nutrição</b>	<input type="checkbox"/> Declutição prejudicada <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"/> _____		
<b>Eliminação e troca</b>	<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"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada <input type="checkbox"/> _____		
<b>Atividade/repouso</b>	<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"/> física prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada <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 perfuração cardíaca diminuído <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"/> Déficit no Autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no Autocuidado para o banho <input type="checkbox"/> Autonegligência <input type="checkbox"/> _____		
<b>Percepção/cognição</b>	<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"/> _____		

<b>Auto percepção</b>	<input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Baixa autoestima situacional <input type="checkbox"/> Distúrbio na imagem corporal		
<b>Enfretamento</b>	<input type="checkbox"/> Risco de Síndrome do estresse por mudança <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Enfretamento Familiar comprometido <input type="checkbox"/> Sobrecarga de estresse <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"/> Sentimento de impotência		
<b>Segurança/ proteção</b>	<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 Lesão quedas <input type="checkbox"/> Recuperação cirúrgica retardada <input type="checkbox"/> Risco de integridade tesular prejudica <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/> Risco de suicídio <input type="checkbox"/> Risco de violência direcionada a outros		
<b>Conforto</b>	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crónica <input type="checkbox"/> Dor no trabalho de parto <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Isolamento social		

**Assinatura do Enfermeiro:** \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



ALCÓOL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_





**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_



**CLOREXIDINE DEGERMANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_









AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
H			
I		CANULA - NASO FARÍNGEA / NASO	
J		OROTRAQUEAL	
BALANÇO TOTAL		CEGA BAL. - TAMP. - CALIBRE DO	
CRISTALÓIDE		TUBO.	
COLOIDE		SOB MÁSCARA	
		DIFICULDADES TÉCNICAS.:	

ANEST. ANT. \_\_\_\_\_ TRANFE. \_\_\_\_\_

ALERGIA \_\_\_\_\_

ÁLCOOL \_\_\_\_\_ FUMO \_\_\_\_\_

DROGAS: (CORTICÓIDE, FENOTIAZÍNICO, HIPOTENSOR, NARCÓTICO, HIPNÓTICO, ANTICOAGULANTE, DIURÉTICO, ANTIBIÓTICO, SULFA, VASO PRESSOR, IMAO, OUTROS)

ESTADO MENTAL \_\_\_\_\_ BOCA \_\_\_\_\_

PESCOÇO \_\_\_\_\_ VEIAS \_\_\_\_\_

RX \_\_\_\_\_

FEZES \_\_\_\_\_

HEPATOGRAMA \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

PARECER CLÍNICO \_\_\_\_\_

PA \_\_\_\_\_ PUL. \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_

SANGUE TIPO \_\_\_\_\_ LEUC \_\_\_\_\_ HT \_\_\_\_\_ HB \_\_\_\_\_

HM \_\_\_\_\_ TC \_\_\_\_\_ TS \_\_\_\_\_ P. LAÇO \_\_\_\_\_

R. COAG. \_\_\_\_\_ PQ. \_\_\_\_\_ URÉIA \_\_\_\_\_

CREAT. \_\_\_\_\_ GLICOSE \_\_\_\_\_ NA \_\_\_\_\_

mEq/1C1 \_\_\_\_\_ mEq/1K \_\_\_\_\_ mEq/1PH \_\_\_\_\_

P O2 \_\_\_\_\_ P C O2 \_\_\_\_\_ BA \_\_\_\_\_ BB \_\_\_\_\_

BS \_\_\_\_\_

URINA: D \_\_\_\_\_ PH \_\_\_\_\_ GLIC \_\_\_\_\_ ALB \_\_\_\_\_

SEDIM \_\_\_\_\_

AP. GEN. URI \_\_\_\_\_

AP. RESP. \_\_\_\_\_

AR. CIRC. \_\_\_\_\_

AP. DIGT. \_\_\_\_\_

S. OSTEO. ART. \_\_\_\_\_

S. NERV. \_\_\_\_\_

S. ENDOC. \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

EST. FIS. (ASA) \_\_\_\_\_ AN. PROSTA \_\_\_\_\_

NB \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

ANETESISTA (ASSINATURA E CARIMBO)

HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO.  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE  
GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

ATESTADO MÉDICO

Atesto (a) para os devidos fins o Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, que se encontra sob meus cuidados.

CID: \_\_\_\_\_

Monção/MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura Médico-CRM



Instituto Vida e Saúde  
Rua Hermete Silva, 49 - Centro.  
Santo Antônio de Pádua - RJ  
CNPJ: 05.997.585/0001-80

## TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, \_\_\_\_\_

Solicito autorização para tocar o plantão \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ com o (a)

colega \_\_\_\_\_ Comprometo-me a fazer o

seu plantão \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Monção, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

\_\_\_\_\_  
Colaborador Solicitante

\_\_\_\_\_  
Chefe do Setor

\_\_\_\_\_  
Colaborador Substituto

\_\_\_\_\_  
Administrativo Local

OBS: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS.



HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



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

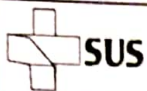
CLIENTE: \_\_\_\_\_

Nº PRONT: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

CÓD/OBS	QUANT.	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	SINAIS VITAIS								
					HORA	T	P	PA	DX	BCI	PESO		
					08:00								
					12:00								
					14:00								
					17:00								
					18:00								
					22:00								
					24:00								
					05:00								
					06:00								
					CONTROLE HÍDRICO								
					HORAS	ELIMINADOS			INFUDIDOS				
						DIUR.	SNG	VÔM.	DRE	EVAC	VO	EV	SNG
					08:00								
					12:00								
					16:00								
					20:00								
					24:00								
					04:00								
					06:00								
					08:00								
					TOTAL								





Estado de Santa Catarina  
Ministério da Saúde

## 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.  Fem. 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - CID. IB GE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID IGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CID IGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CID IGO 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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
CONTROLE DE PACIENTES  
SERVIÇO SOCIAL

SALA AMARELA DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LEITO	PACIENTE	IDADE	CIDADE	CONTATOS DOS FAMILIARES
01				
02				
03				
04				

SALA DE REANIMAÇÃO DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LEITO	PACIENTE	IDADE	CIDADE	CONTATOS DOS FAMILIARES
01				
02				

OBSERVACOES SERVIÇO SOCIAL










DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
NANDA 2018-2020

Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ent. \_\_\_\_\_ leito \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_  
 DHE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Resultado e meta
Nutrição	<input type="checkbox"/> Declínio prejudicada <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"/> Mobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Risco de débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> <i>Padrão respiratório ineficaz</i> <input type="checkbox"/> Risco de perfusão cardíaca diminuída <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"/> Déficit no Autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no Autocuidado para o banho <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"/> Baixa 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"/> Enfrentamento familiar comprometido <input type="checkbox"/> Sobrecarga de estresse <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"/> Sentimento de impotência		
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 integridade testicular prejudica <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/> Risco de suicídio <input type="checkbox"/> Risco de violência direcionada a outros		
Conforto	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crónica <input type="checkbox"/> Dor no trabalho de parto <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Isolamento social		

Assinatura do Enfermeiro: \_\_\_\_\_



HOSPITAL GERAL DE MARICÁ

## REGULAÇÃO DE CIRURGIAS

RECOMENDAÇÕES DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

XEROX:

02 DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG);

02 CARTÃO DO SUS;

01 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

01 CPF;

02 COMPROVANTE DE DOAÇÃO DE SANGUE  
(ORIGINAL)

01 TODOS OS EXAMES (SOLICITADOS PELO  
MÉDICO).

**OBS.** Trazer as xerox e as originais dos documentos e exames.

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

NOME: \_\_\_\_\_





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (completo): \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria/Leito: \_\_\_\_\_ Data  
da Admissão: \_\_\_\_\_ Peso/altura: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Procedência: \_\_\_\_\_ Entrevista: ( ) Relato do paciente ( ) Membro da família  
( ) Não há possibilidade de coleta ( ) Outros \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
Motivo da hospitalização / Queixa principal: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças/Distúrbios: Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Obesidade ( ) Hipotireoidismo ( ) Hipertireoidismo ( ) Câncer ( ) Cardiopatia ( ) AVC  
( ) Outros \_\_\_\_\_ Medicamentos em uso (nome/dose): \_\_\_\_\_

Fatores de Risco: Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Sedentarismo ( ) Dislipidemia ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Cirurgia realizada anteriormente: \_\_\_\_\_

Uso de hemoderivados/reação anteriormente \_\_\_\_\_  
Antecedentes Familiares: Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Obesidade ( ) Câncer ( ) Cardiopatia ( ) Outros \_\_\_\_\_

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

Cuidado Corporal: ( ) Higiene adequada ( ) Higiene deficiente ( ) Higiene precária  
Sono e Repouso: ( ) Preservado ( ) Regular ( ) Sonolência ( ) Inverte o dia com a noite ( ) Insônia  
Eliminação Urinária: Espontâneo ( ) Cateterismo intermitente ( ) SVD ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Distúrbio Micção: Disúria ( ) Polaciúria ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Nictúria ( ) Incontinência ( ) Retenção Urinária ( ) Paraurese  
( ) Outros \_\_\_\_\_  
Eliminação Intestinal: Regular ( ) Constipação ( ) Colostomia ( ) Incontinência ( ) Diarréia ( )  
Nutrição: Oral ( ) SNE ( ) Aberta: \_\_\_\_\_ Fechada: \_\_\_\_\_ Jejum \_\_\_\_\_ horas  
Oxigenação: Ar ambiente ( ) Cateter de oxigênio ( ) Máscara de Venturi ( ) Traqueostomia ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Sinais Vitais: PA: \_\_\_\_\_ mmHG FC: \_\_\_\_\_ BPM FR: \_\_\_\_\_ mv/min TAX: \_\_\_\_\_ °C SPO2: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO NEUROLÓGICO

Nível de Consciência: ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) orientado ( ) desorientado ( ) agitado ( ) confuso  
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D Fotorreagentes: ( ) sim ( ) não  
Miótica: ( ) sim ( ) não Midríase: ( ) sim ( ) não puntiforme: ( ) sim ( ) não

Pontuação da Gravidade: Normal igual a 15  
Leve 13 a 14 Moderado 9 a 12 Grave 8 a 3  
Total \_\_\_\_\_

Escala de Coma de Glasgow:

	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4	Espontânea	5 Orientado	6 Obedece ordens Verbais
3	Ao comando Verbal	4 Desorientado	5 Localiza dor
2	A Dor	3 Palavras Inapropriadas	4 Flexão Inespecífica
1	Não abre	2 Sons Incompatíveis	3 Flexão Hipertônica
		1 Sem Resposta	2 Extensão Hipertônica
			1 Sem Resposta

EXAME FÍSICO (CABEÇA E PESCOÇO)

Crânio: ( ) Sem anormalidade ( ) Incisão ( ) Deformidade  
Dispositivos: ( ) Drenos ( ) Derivação ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Couro Cabeludo: ( ) Sem alteração ( ) Alopecia ( ) Cicatriz ( ) Lesão  
Olhos: ( ) sem alteração ( ) Hiperemia ( ) Nistagmo ( ) Uso de óculos  
( ) Uso de lentes corretivas ( ) Catarata ( ) Diminuição da acuidade visual ( )  
Deficiência visual ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Classificação pupilar: ( ) Isocóricas - normais ( ) Anisocoria ( ) Midríase ( )  
Miase ( ) Fotorreagentes  
Nariz: ( ) Sem alteração ( ) Coriza ( ) Epistaxe ( ) Congestão Obstrução ( )

Cavidade Oral: Externa: ( ) Sem alteração ( ) Seca ( ) Ulcerações  
Outros: \_\_\_\_\_  
Interna: ( ) Uso de prótese ( ) Desdentado total ( ) Desdentado parcial  
Outros: \_\_\_\_\_  
Ouvido: ( ) Sem alteração ( ) Diminuição da acuidade auditiva ( )  
Aparelho auditivo  
Pescoço: ( ) Sem alteração ( ) Traqueostomia ( ) Turgência de jugulares  
( ) Gânglios palpáveis ( )

SISTEMA TEGUMENTAR E MUCOSA

Pele:  
Turgor: Turgor normal - hidratada ( ) Turgor diminuído - desidratado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Coloração: sem alteração ( ) Palidez ( ) Vermelhidão ou Eritrose ( ) Icterícia ( ) Cianose ( ) Albinismo ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Umidade: Sem alteração ( ) Pele seca ( ) Pele sudorente ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Sensibilidade: sem alteração ( ) Dolorosa ( ) Tátil ( ) Térmica ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Textura: sem alteração ( ) Pele lisa ( ) Pele fina ( ) Pele áspera ( ) Pele enrugada ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Integridade: Lesão ( ) Hematoma ( ) Edema ( ) LPP ( ) Cicatriz ( ) Incisão cirúrgica ( ) Local: \_\_\_\_\_  
 Lesão por pressão: Sim ( ) Não ( ) Descrever local/estágio/aspecto/profundidade: \_\_\_\_\_  
 Mucosa: Sem alteração ( ) Avermelhada ( ) Esbranquiçada ( ) Lesões ( ) Desidratada ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

Tórax: ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Fratura ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Ausculta Pulmonar: ( ) Pulmões livres ( ) Estertores ( ) Sibilos ( ) Crepites ( ) Rancos ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Padrão Respiratório: Eupnéico ( ) Dispnéia ( ) Bradipnéia ( ) Taquipnéia ( ) Apnéia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Respiração: ( ) Tragem Intercoستا ( ) Bat. Ana do nariz ( ) Hemoptise ( ) Tosse com Expectoração ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Dispositivos de assistência: ( ) Cateter nasal ( ) nebulização ( ) Máscara Venturi  
 Descrição das excreção traqueal: \_\_\_\_\_  
 Sons de Percussão: ( ) Ressonância ou Claro pulmonar ( ) Submacizo ( ) Macizo ( ) Hiper-ressonância ( ) Timpanismo ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**CARDIOVASCULAR**

Frequência Cardíaca: ( ) Normocárdia ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Pulso Periférico: Tipo: ( ) Bradisfímico ( ) Taquisfímico ( ) Dicrotico Volume: Cheio ( ) Filiforme ( )  
 Ritmo Cardíaco: Regular ( ) Irregular ( ) Sinusal ao monitor ( ) Perfunção Periférica: Normal ( ) Lenta ( ) Cianose de extremidade ( ) Extremidade: Frias ( ) Aquecidas ( ) Regularidade: Rítmico ( ) Arritmico ( )

**GASTROINTESTINAL**

Abdome: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Escovado ( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Gravídico  
 Dor à palpação: ( ) Ausente ( ) presente  
 Gastrointestinal: ( ) Sem alteração ( ) Náuseas ( ) Vômito ( ) Epigastralgia ( ) Xerostomia ( ) Anorexia Sialorréia  
 RHA: ( ) Presente ( ) Diminuídos ( ) Hiperativos ( ) Ausentes  
 Nutrição: ( ) Oral ( ) SNE  
 Eliminações Intestinais: Presentes ( ) Ausentes ( )  
 Periodicidade/dispositivos: \_\_\_\_\_  
 Percussões: ( ) timpanico ( ) hipertípânico ( ) macizo ( ) piparote

**SISTEMA MÚSCULO – ESQUELETICO**

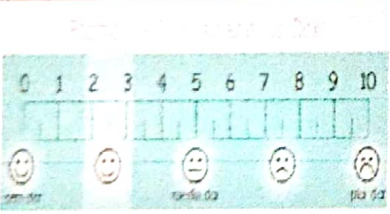
<b>MSD</b> ( ) Sem alteração ( ) Pulsos palpáveis ( ) Força preservada ( ) Edema ( ) Paresia ( ) Parestesi ( ) Hemiplegia ( ) Lesão Outros: _____	<b>MSE</b> ( ) Sem alteração ( ) Pulsos palpáveis ( ) Força preservada ( ) Edema ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Hemiplegia ( ) Lesão Outros: _____	<b>MID</b> ( ) Sem alteração ( ) Pulsos palpáveis ( ) Força preservada ( ) Edema ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Hemiplegia ( ) Lesão Outros: _____	<b>MIE</b> ( ) Sem alteração ( ) Pulsos palpáveis ( ) Força preservada ( ) Edema ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Hemiplegia ( ) Lesão Outros: _____
---	--	--	--

Edema: Ausente ( ) Presente ( ) Local: \_\_\_\_\_  
 Locomoção: ( ) Deambula ( ) Deambula com ajuda ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito/sem movimento  
 Esquelético: ( ) Lordose ( ) Cifose ( ) Escoliose Outros: \_\_\_\_\_  
 Uso de: ( ) Tração ( ) Placa ( ) Pino Outros: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_

**SISTEMA GENITOURINÁRIO**

Feminino: Sem alteração ( )  
 Alteração: Sim ( ) - Leucorréia ( ) Amenorréia ( ) Edema ( ) DST ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Masculino: Sem alteração ( )  
 Alteração: Sim ( ) - Edema ( ) DST ( ) Presença de secreção  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Eliminação Urinária: ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria  
 Forma de eliminação: ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 Aspecto: ( ) Sem alteração ( ) Concentrado ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Piúria  
 Eliminações Intestinais: ( ) Presente ( ) Ausente Quant. Dia \_\_\_\_\_  
 Aspecto: ( ) Consistente ( ) Pastosa ( ) Líquido pastosa ( ) Líquida  
 Outros: \_\_\_\_\_ Ostomia: \_\_\_\_\_  
 Aspecto: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

**DADOS ASSISTENCIAIS**



Percepção sensorial	ESCALA DE BRADEN			
	1	2	3	4
Umidade excessiva	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Atividade acamado	totalmente	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Deamb frequent
Mobilidade totalmente	Muito pobre	Muito molhado	Discreta limitação	Sem limitação
Nutrição problema	Muito pobre	inadequado	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento problema	problema	Problema potencial	Sem problema	---
<b>Total</b>	( ) Sem Risco entre 19 e 23 ( ) Risco moderado 12 a 14 ( ) Risco Severo Menor ou igual a 9		( ) Risco brando 15 a 18 ( ) Risco Alto 10 e 12	

<b>BRONCOASPIRAÇÃO</b>	( ) disfagia ( ) reflexo de tosse diminuído ou ausente; ou presença de tosse ou engasgo durante a alimentação ( ) presença de vômitos, regurgitação ou distensão abdominal ( ) uso de sondagástrica/enteral ou gastrostomia ( ) rebaixamento do nível de consciência ou <i>glasgow</i> menor que 12 para adultos ( ) uso de sedativos ( ) doenças neurológicas ( ) doenças esofágicas ( ) contra indicação clínica para elevação de decúbito	Apresenta pelo menos 1 dos critérios? ( ) Não ( ) Sim
<b>NUTRICIONAL</b>	O paciente já foi avaliado pelo nutricionista?	( ) não avaliado Se sim: ( ) Eutrófico ( ) com risco para desnutrição Score: _____

**INTERCORRÊNCIA/ CONDUTAS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### EVOLUÇÃO DE ENFERMEGEM

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Data de  
Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria/Leito \_\_\_\_\_

#### NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow

Pupilas: ( ) isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D

Miótica: ( ) sim ( ) não Midriase: ( ) sim ( ) não

Puntiforme: ( ) sim ( ) não

Sedação: ( ) sim ( ) não

Locomoção: ( ) acamado ( ) deambulando ( ) com auxílio  
( ) sem auxílio ( ) cadeirante

Pontuação da Graviade: Normal igual a 15 Leve 13 a 14 Moderado 9 a 12 Grave 8 a 3 Total \_\_\_\_\_

#### RESPIRATÓRIO

FR \_\_\_\_\_ MV/MIN

Ritmo: ( ) eupnéica ( ) taquipnéia ( ) bradpneia ( ) dispnéia

Ventilação:

( ) espontânea ( ) TOT nº \_\_\_\_\_

( ) VMI, modo ventilatório \_\_\_\_\_

FI02 \_\_\_\_\_ % Peep \_\_\_\_\_

Movimentos Ventilatórios:

( ) presente ( ) diminuídos

Ruídos adventivos: \_\_\_\_\_

Tosse: ( ) sim ( ) não ( ) produtiva ( ) seca

Espectoração ( ) não ( ) sim quant/aspecto \_\_\_\_\_

#### CARDIOVASCULAR

FC \_\_\_\_\_ bpm PA \_\_\_\_\_ MMHg

Pulso periférico: ( ) regular ( ) irregular ( ) ausente

( ) palpável limiforme, ocluído por pressão leve

( ) Pulso normal, não ocluído com pressão leve

( ) Pulso forte

Prefusão periférica: ( ) normal ( ) diminuída > 2seg

turgidez jugular ( ) sim ( ) Não

edema \_\_\_\_\_

( ) nenhum depressão ( ) peq depressão do tecido

( ) depressão < 2seg ( ) depressão < 3seg ( ) depressão > 4seg

#### GASTROINTESTINAL

Alimentação: ( ) VD ( ) SNE ( ) gastrostomia

Dieta: ( ) boa aceitação ( ) aceitação ruim

( ) jejunostomia ( ) não aceita ( ) zero motivo \_\_\_\_\_

Abdome: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Escovado

( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Gravídico

Dor à palpação: ( ) Ausente ( ) presente

RHA: ( ) Normais ( ) diminuídos ( ) aumentados

Percussões: ( ) timpânico ( ) hipertípico ( ) maciço

( ) piparote

Suplementação ( ) sim ( ) Não

Eliminação Intestinais: ( ) normais ( ) diarreia

( ) Constipação \_\_\_\_\_ dias ( ) ostomia

#### RENAL

Eliminações: ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Retenção ( ) incontinência ( ) anúria

Volume \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ horas. Aspecto \_\_\_\_\_

#### TEGUMENTAR/ENDÓCRENO

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

Temperatura: \_\_\_\_\_ °c

Extremidades: ( ) corado ( ) Hipocorado ( ) Cianótico

( ) Ictérico

LPP: ( ) sim ( ) não Local: \_\_\_\_\_ Estágio \_\_\_\_\_

#### CONTROLE DE CATERES, DRENOS E SONDAS

CATERES: AVP ( ) MSD ( ) MSE data: \_\_\_\_\_

CVC Local \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

( ) Dreno de tórax ( ) HTD ( ) HTE Drenagem: \_\_\_\_\_ ml

aspecto: \_\_\_\_\_

( ) Dreno de sucção Local: \_\_\_\_\_

Drenagem: \_\_\_\_\_ ml aspecto: \_\_\_\_\_

Dreno de penrose Local: \_\_\_\_\_ Drenagem: \_\_\_\_\_ ml

( ) SVD drenagem \_\_\_\_\_ ml data \_\_\_\_\_

#### CURATIVOS

Local: \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_ Material utilizado \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_ Material utilizado \_\_\_\_\_

#### INTERCORRÊNCIA PENDÊNCIAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_



ESTADO DO MARANHÃO  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM



### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

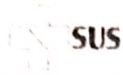
UNIDADE:		DIAGNÓSTICO MÉDICO:	
NOME:		DN:	
NOME SOCIAL:		SETOR:	LEITO: DATA:
Nº	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Jejum às _____ para: _____		
2	Verificar e anotar sinais vitais, intervalo _____.		
3	Banhar _____ x dia, turno: _____.		
4	Realizar higiene oral _____ x dia, turno: _____.		
5	Realizar higiene íntima _____ x dia _____.		
6	Realizar mudança de decúbito, intervalo _____.		
7	Aferir sinais vitais de 6 /6 horas (anotar e comunicar se alteração)		
8	Verificar acesso venoso periférico, trocar e data-los (72 se quando necessário)		
9	Verificar equipo de soro, multivias, data-los e troca-los (72 se necessário)		
10	Observar e anotar diurese		
11	Observar e anotar as eliminações intestinais		
12	Aspirar secreções de via aéreas superiores		
13	Manter grades elevadas		
14	Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico		
15	Avaliar e registrar presença de dor		
16	Manter cabeceira elevada de 30° a 45°		
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO \_\_\_\_\_



Nº Prontuário:		Nº cartão do sus:			
Nome:					
Clínica:		Médico assistente:			
<b>DIAGNOSTICO E RESUMO DA EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR</b>					
Diagnóstico:					
Resumo da internação:					
Terapêutica Básica:					
Procedimentos:					
Orientação na Alta:					
<b>TRATAMENTO</b>					
TIPO	OPERAÇÃO		EFICÁCIA		
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Clínico Cirúrgico	Principal:		<input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz		
	Acessório:				
DATA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA:		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO:		
____/____/____	____/____/____		_____		
<b>ALTA</b>					
CONDIÇÕES	TIPO		ÓBITO		
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Estacionário <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Tratamento Ambulatorial <input type="checkbox"/> Transfe. para outro Hospital <input type="checkbox"/> Veio só para Diagnóstico <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sem Tratamento <input type="checkbox"/> Decurso Trat. Clínico <input type="checkbox"/> Operatório <input type="checkbox"/> Pós-operatório (12h) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (24h) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (1ª semana) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (até 40 dias) <input type="checkbox"/> Outros		
	DATA PREENCHIMENTO			<b>ASSINATURA DO MÉDICO COM CARIMBO</b>	
	____/____/____			_____	

OBS.: PREENCHER EM DUAS VIAS: 1ª VIA PRONTUÁRIO; 2ª VIA PACIENTE; CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO NAS DUAS VIAS



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR	10,1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITOS**

UNIDADE SOLICITANTE: HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME:

SEXO:

IDADE:

DATA DA INTERNAÇÃO:

ALA/ENFERMARIA:

PROFISSÃO:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO:

**USA DISPOSITIVOS INVASIVOS?**

( ) Sonda vesical de demora ( ) Cateter venoso profundo ( ) Ventilação mecânica

( ) Outros. Quais?

**SOLICITAÇÃO DO ANTIMICROBIANO**

**ANTIMICROBIANO SOLICITADO:**

( ) AMPICILINA ( ) AMPICILINA-SULBACTAN ( ) CEFALOTINA ( ) CEFAZOLINA

( ) CEFEPIME ( ) CEFTRIAXONA ( ) CIPROFLOXACINA ( ) CLINDAMICINA

( ) FLUCONAZOL ( ) GENTAMICINA ( ) IMIPENEM ( ) MEROPENEM ( ) METRONIDAZOL

( ) OXACILINA ( ) PIPERACILINA-TAZOBACTAN ( ) VANCOMICINA ( ) OUTROS

DOSE:

TEMPO DE USO PRETENDIDO:

**JUSTIFIQUE O MOTIVO DO USO DO ANTIMICROBIANO:**

TEM RESULTADO DE CULTURAS: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) EM ANDAMENTO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MICROORGANISMO ISOLADO:

USOU ANTIMICROBIANO PREVIAMENTE? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL: \_\_\_\_\_

**COMENTÁRIOS DO INFECTOLOGISTA AVALIADOR:**

NOME:

DATA:

FARMACÉUTICO RESPONSÁVEL:

DATA:



ENF.	LEITO	DIAS	PACIENTE	IDADE	ACOMPANHANTE	CIDADE
1 obs	1					
	2					
2 obs	3					
	4					
3 obs	5					
	6					
4 C. med	7					
	8					
5 c. med	9					
	10					
6 c. med	11					
	12					
7 C cir	13					
	14					
8 C cir	15					
	16					
9 c.cir	17					
	18					
10 ort	19					
	20					
11 ort	21					
	22					
12 ort	23					
	24					
01 isol	25					
02 isol	26					

ALA A Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ENF.	LEITO	DIAS	PACIENTE	IDADE	ACOMPANHANTE	CIDADE
13 obt	29					
	30					
14 obt	31					
	32					
15 obt	35					
	36					
16 c.med	33					
	34					
17 c.med	39					
	40					
18 c.med	37					
	38					
19 c.cir	43					
	44					
20 c.cir	41					
	42					
21 ort	47					
	48					
22 ort	45					
	46					
23 pediat	51					
	52					
24 pediat	49					
	50					
25 pediat	53					
	54					
26 pediat	27					
	28					



**ANOTAÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Enfermaria/leito: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANHO NO LEITO: SIM ( ) NÃO ( )      BANHO DE ASPERSÃO: SIM ( ) NÃO ( )

ORIENTAÇÃO NA MUDANÇA DE DECÚBITO: SIM ( ) NÃO ( )

PRESENÇA DE CURATIVO: SIM ( ) NÃO ( )      CURATIVO SIMPLES: SIM ( ) NÃO ( )

LOCAL DO CURATIVO: \_\_\_\_\_

NOME DE QUEM REALIZOU O CURATIVO: \_\_\_\_\_

AVP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_      AVP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_

AVP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_      AVP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_

FEITO TROCA DE AVP;LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

FEITO TROCA DE AVP;LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

FEITO TROCA DE AVP;LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**SISTEMA DIURNO**

HORÁRIO										ASSINATURA E CARIMBO
P.A										
DX										
T.										
FR										
SPO2										
PESO										
DIURESE										
DRENOS										
FC										
RESIDUOS GASTRICOS										

**SISTEMA NOTURNO**

HORÁRIO										ASSINATURA E CARIMBO
P.A										
DX										
T										
FR										
SPO2										
PESO										
DIURESE										
DRENOS										
FC										
RESIDUOS GASTRICOS										

OBSERVAÇÕES E PENDÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONÇÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 14.042.781/0001-91  
Rua Afonso Pena, S/Nº - Centro / Monção - MA

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_

Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA

Rua Jacinto Mala, 232 - Loja 03 - Desterro - São Luis - MA - CEP: 65.010-280  
Fones: (98) 98133-0483 - 30 Blocos 2x1

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 14.042.781/0001-91

Rua Afonso Pena, S/Nº - Centro / Monção - MA

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_

Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA

Rua Jacinto Maia, 232 - Loja 03 - Desterro - São Luis - MA - CEP: 65.010-280

Fones: (98) 98133-0483 - 30 Blocos 2x1



Nome: \_\_\_\_\_

Reg.: \_\_\_\_\_

DATA	FOLHA DE EVOLUÇÃO
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	





**FARMÁCIA HOSPITALAR / ALMOXARIFADO**  
**CONTROLE DE ENTREGA EPIS SN**

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

SETOR	EPI	QUANTIDADE	RECEBIMENTO
ALA A - Enfermeiro (1), Técnico (3)	Máscara Cirúrgica	8	
	Touca	4	
ALA B - Enfermeiro (1), Técnico (3)	Máscara Cirúrgica	8	
	Touca	4	
CR - Enfermeiro (1), Técnico (3), Porteiro interno (1) e Socorrista (1, recebe N95).	Máscara Cirúrgica	16	
	Touca	10	
	Avental	10	
Sutura - Técnico (1)	Máscara Cirúrgica	3	
	Touca	1	
	Avental	1	
Setor Amarelo (Sala Covid) - Enfermeiro (1), Técnico (2) Recebem N95	Máscara Cirúrgica	6	
	Touca	6	
	Avental	2	
	Propé	3 pares	
	Avent. Imperm.	3	
Maqueiro Recebe N95	Touca	2	
	Avental	2	
	Máscara cirúrgica	1	
Recep. Emergência	Máscara	8	
	Touca	2	
Raio X Usar capote Cirurgico	Máscara	2	
	Touca	1	
Gesso	Máscara	2	
	Touca	1	
Rouparia	Máscara	2	
	Touca	1	
	Propé	2 pares	
	Avental	1	
Centro Cirúrgico - Enfermeiro (1), Técnico (4) - recebe N95	Máscara	32	
	Touca	25	
	Propé	25	
	Avental	3	
Ambulância (Recebe N95)	Máscara	1	
Farmácia	Máscara	2	
Coord. Administrativa	Máscara	1	
Transfusional	Máscara	1	
Porteiro Externo	Máscara	1	

- Poderá haver reabastecimento sempre que necessário!
- Liberar N95, se necessário: - 15 dias: 1 Enfermeiro e 2 Técnico, Médicos da Sala Covid, Cirurgião, SCHI, Maqueiro, Socorrista. - 30 dias: Motorista Ambulância, Nutri Clínico, Serviço Social, CC e demais Médicos. Liberar também para outros profissionais que façam procedimentos geradores de aerossóis.
- Óculos e Viseira devem ser solicitados no CME.

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura do responsável pela entrega**



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



TIPO DE LEITO: ( ) CIRÚRGICO ( ) PEDIÁTRICO ( ) ORTOPÉDICO ( ) OBSTÉTRICO ( ) CLÍNICO

DIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

NOME:

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

CIDADE:

ALERGIA:

( ) SIM, \_\_\_\_\_

( ) NÃO



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## 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	
9 - NOME DA MÃE		7 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		8 - RAÇA/COR	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - CÓDIGO - 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	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 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	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
( ) CNS ( ) CPF		

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
( ) 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
---	------





HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

# HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



NOME: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	PATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIÓTICO  <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTORA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDINA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____  GLICEMIA _____	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATTE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLICIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILLARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIAS (S) <input type="checkbox"/> OUTROS	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIÓTICO  <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTORA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDINA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____  GLICEMIA _____	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATTE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLICIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIAS (S) <input type="checkbox"/> OUTROS	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIÓTICO  <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> 14 DIAS <input type="checkbox"/> SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-CIRURGIA <input type="checkbox"/> PÓS CIRURGIA <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> PASTORA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDINA <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZOAVEL <input type="checkbox"/> BOA	PA _____  GLICEMIA _____	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATTE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLICIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIAS (S) <input type="checkbox"/> OUTROS	



DATA    /    /   

TURNO  SD  SN



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO**



**CAIXA DE LAPAROTOMIA**

01	CABO DE BISTURI Nº4	<input type="checkbox"/>	01
02	AFASTADOR FARABEUf MÉDIO 15 cm	<input type="checkbox"/>	02
03	AFASTADOR FARABEUf GRANDE 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
04	PINÇA ALLIS 23 cm	<input type="checkbox"/>	05
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 25cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 25 cm	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BABCOCKK 23 cm	<input type="checkbox"/>	01
08	PINÇA COLLIN CORAÇÃO 16 cm	<input type="checkbox"/>	01
09	PINÇA BACKHAUS 13 cm	<input type="checkbox"/>	04
10	PINÇA FAURE CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
11	PINÇA HALSTED MOSQUITO RETA LONGUETE 21 cm	<input type="checkbox"/>	01
12	PINÇA HALSTED MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	06
13	PINÇA HALSTED MOSQUITO RETA 12 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA KELLY CURVA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
15	PINÇA KELLY RETA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
16	PINÇA KOCHER RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	05
17	PINÇA KOCHER CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
18	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
19	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
20	TESOURA METZEMBAUM CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
21	TESOURA METZEMBAUM RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
22	PINÇA CHERON	<input type="checkbox"/>	01
23	PINÇA POZZI	<input type="checkbox"/>	01
24	PINÇA MUSEUX RETA	<input type="checkbox"/>	01
25	PINÇA MIXTER	<input type="checkbox"/>	02

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO



## MEDICAÇÕES DA CAIXA DE SOLUÇÕES ORAIS - ALA "A" e ALA "B"

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

TURNO:  SD  SN

SOLUÇÕES ORAIS	APRESENTAÇÃO	QTDE ENVIADA	REPOSIÇÃO	QTDE ENTREGUE
Acebrofilina 25mg/5ml - infantil (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Acebrofilina 50mg/5ml - adulto (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Acetilcisteína 20mg/ml - infantil (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Acetilcisteína 40mg/ml - adulto (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ambroxol 15mg/5ml - infantil (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ambroxol 30mg/5ml - adulto (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Dexametasona, Acetato de 0,5mg/5ml (elixir)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Dexclorfeniramina, Maleato de 2mg/5ml (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Diclofenaco Resinato 15mg/ml (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Domperidona 1mg/100ml (suspensão oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Escopolamina 4mg/ml + Dipirona 500mg/ml - (Buscopam composto) (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Feneterol, Bromidrato de 5mg/ml (Berotec) (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Hidróxido de Al - Mg - Simeticona (37+4+5mg/ml) - (suspensão oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Hidróxido de Alumínio 6% (suspensão oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Hidróxizina, Cloridato de 10mg/5ml (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ibuprofeno 50mg/ml (suspensão oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ipratropio, Brometo de 0,25 mg/ml (Atrovent) (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Lactulose 667mg/ml (xarope)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Lidocaina, Cloridrato de 20mg/g (geléia)	Tubo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nistatina 100,000UI/ml (suspensão oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Óleo Mineral (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Paracetamol 200mg/ml (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Simeticona 75mg gotas (Dimeticona) (solução oral)	Frasco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

RESPEITAR AS QUANTIDADES DETERMINADAS NO CHECKLIST, ESTAS SÃO AS QUANTIDADES MÁXIMAS DE CADA ITEM PERMITIDAS NA SALA, QUANDO NECESSÁRIO, FAZER SOLICITAÇÃO À FARMÁCIA.

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro(a) Responsável







RECOMENDAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

**XEROX:**

02 DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG);

02 CARTÃO DO SUS;

01 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

01 CPF;

02 COMPROVANTE DE DOAÇÃO DE SANGUE (ORIGINAL);

01 TODOS OS EXAMES (SOLICITADOS PELO MÉDICO).

**OBS.** Trazer as xerox e as originais dos documentos e exames na internação.

Contato: (98)991456411 (segunda a sexta-feira, das 8h às 12h – 14h as 18h) Hospital Geral de Monção/Regulação.

Hemomar Santa Inês: (98)991698710 ***Doe sangue, salve vidas!***

## RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIO

### CIRURGIA ELETIVA

- Comunicar-se conosco até dois dias antes da operação, em caso de gripe ou indisposição;
- Internar-se no hospital indicado, obedecendo ao horário previamente marcado;
- Evitar bebidas alcoólicas ou refeições muito exageradas na véspera da cirurgia;
- Evitar fumar por, ao menos, 15 (quinze) dias antes da cirurgia;
- Manter jejum de 8 (oito) horas antes da hora marcada da cirurgia;
- No caso do uso de anti-hipertensivo e hipoglicemiantes (diabético), eles podem ser tomados no dia da cirurgia, apenas com um pequeno gole de água;
- Todos os exames solicitados devem ser mostrados com antecedência ao cirurgião, para que em casos de alterações, essas possam ser resolvidas a tempo de se realizar o procedimento na data desejada;
- O acompanhante deve ser maior de idade, levando consigo seus documentos pessoais (RG e CPF);
- Não é permitido o uso de short, saia curta, roupas transparentes, bermuda, camiseta e boné. **RETIRAR ESMALTE DAS UNHAS!!!!**
- Recomenda-se a higiene corporal, capilar e oral (além da remoção de próteses) e a depilação da região íntima e axila pois ocasionam a diminuição da quantidade de microrganismos na superfície da pele, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica;
- Em casos de cirurgia de Histerectomia, Miomectomia e Ooforectomia é necessário um frasco de vidro (30cm a 50cm) grande com tampa para coleta de material;
- Proibido acompanhante do sexo masculino em ala feminina;
- Proibido o uso de adornos (brincos, pulseiras, cordão, anéis, relógios, etc.) para pacientes e acompanhantes.

**ATENÇÃO! NÃO COMPAREÇA SE APRESENTAR SINTOMAS GRIPAIS.**







