



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 713/2021

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 **12/07/2021 a 16/07/2021**, 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 Regional Dra Laura Vasconcelos /MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2016/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 **12/07/2021 a 16/07/2021**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[Digite aqui]

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

9.3. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que “A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/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 Regional Dra Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP: 65700-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (99) 3621-2784 / 3621-3244 / 3621-2394 / 3621-1740.

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

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

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

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
[Digite aqui]

solicitado: dimensão, cor, formato, etc.

16.2.Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições 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. A empresa vencedora deverá também enviar o certificado de análise do produto junto com a Nota Fiscal.

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

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

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

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

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

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

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

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

[Digite aqui]

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

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

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

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

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

33. No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2016/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do MARANHÃO** por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

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

Santo Antônio de Pádua/RJ, 12 de julho de 2021.

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

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

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

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2016/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	AVISO CIRÚRGICO, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	UNIDADE	108
2	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	192
3	BÁSICA MÉDICA (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	36
4	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	48
5	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	72
6	BOLETIM DE ANESTESISTA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
7	CAIXA DE GRANDE OSSOS CME/HLRV, 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
8	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
9	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
10	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
11	ETIQUETA (COLANTE) CAIXA CURATIVO SIMPLES, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	1200
12	ETIQUETA COLANTE BANDEJA DE RAQUIANESTESIA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

13	ETIQUETA COLANTE CAIXA PARA SUTURA, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
14	ETIQUETA COLANTE LAP CIRÚRGICO, 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	6000
15	ETIQUETA COLANTE MATERIAL 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	960
16	ETIQUETA COLANTE PUNÇÃO SUBCLÁVIA 10X7CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	2400
17	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM UTI, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
18	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
19	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
20	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
21	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
22	FICHA ODONTOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
23	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
24	FONOAUDIOLOGIA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
25	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
26	GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTO 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
27	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	96
28	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	360
29	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL APAC, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	480
30	MATERIAL CONSIGNADO (NOVO) 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
31	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	UNIDADE	60
32	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	720
33	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	396
34	PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	480
35	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
36	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	750
37	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	48
38	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	600
39	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	UNIDADE	180
40	SAEP 1 E 2. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
41	SAEP 3 E 4. TAM: 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	72
42	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

43	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM (FRENTE É VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	36
44	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM (FRENTE É VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	UNIDADE	72
45	TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Regional Dra Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP: 65700-000.

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 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 713/2021/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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 04/2016/SES**, firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

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

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

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

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

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

3. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome do Hospital em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº **04/2016/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 irrevogáveis 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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.
3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do **Hospital Regional Dra Laura Vasconcelos**, localizado na Rua Maranhão Sobrinho, nº 189-335, Bacabal/MA - CEP: 65700-000.
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.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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

1.3.1. Advertência;

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

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

1.1. Adotar todas as providencias necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório n°. 713/2021/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.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório nº. 713/2021/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.6. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

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

1.13. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 713/2021/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**.

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 713/ 2021/ MA.
- 2.** Efetuar os pagamentos de acordo com os preços constantes Proposta Comercial da **CONTRATADA**.
- 3.** Permitir, desde que necessário, o livre acesso dos funcionários da **CONTRATADA** em suas dependências, para fins de realização da entrega dos materiais.
- 4.** Prestar informações e esclarecimentos restritos ao objeto deste contrato sempre que solicitados pelos empregados da **CONTRATADA**.
- 5.** Rejeitar o fornecimento dos materiais objeto do presente contrato, por terceiros, sem autorização expressa das partes.
- 6.** Solicitar a substituição dos materiais que apresentarem avarias, sem qualquer ônus ao **CONTRATANTE**.
- 7.** Atestar as faturas correspondentes e supervisionar o fornecimento dos materiais por intermédio de um funcionário designado para este fim.
- 8.** Comunicar por escrito a **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.
- 9.** Proporcionar todas as facilidades necessarias 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

item 1 da Cláusula Terceira, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais 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 nº. 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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Trabalho em processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamada, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

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

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

São Luís/MA, xx de xxxx de 2021.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

TESTEMUNHAS:

Nome:

End.:

CPF:

Nome:

End.:

CPF:

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica		Categoria		Data	Horas
Operação					
Ambulatório <input type="checkbox"/>		Séptica <input type="checkbox"/>		Asséptica <input type="checkbox"/>	
Cirurgião		1º Auxiliar		2º Auxiliar	
Instrumentador			Anestesista		
Anestesia					
Preparo					
Material Especial					
Congelação <input type="checkbox"/>		Raios X <input type="checkbox"/>		Serra Elétrica <input type="checkbox"/>	
Transf. Sangue <input type="checkbox"/> 500 ml		<input type="checkbox"/> 1000 ml		<input type="checkbox"/> 2000 ml	
			UTI. O. Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Médico		Enfermeiro(a)		Marcado em ____/____/____	

PACIENTE		Idade	Quarto	Leito	Registro
Clínica		Categoria		Data	Horas
Operação					
Ambulatório <input type="checkbox"/>		Séptica <input type="checkbox"/>		Asséptica <input type="checkbox"/>	
Cirurgião		1º Auxiliar		2º Auxiliar	
Instrumentador			Anestesista		
Anestesia					
Preparo					
Material Especial					
Congelação <input type="checkbox"/>		Raios X <input type="checkbox"/>		Serra Elétrica <input type="checkbox"/>	
Transf. Sangue <input type="checkbox"/> 500 ml		<input type="checkbox"/> 1000 ml		<input type="checkbox"/> 2000 ml	
			UTI. O. Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Médico		Enfermeiro(a)		Marcado em ____/____/____	



HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL Dra LAURA VASCONCELOS
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



NOME: _____ LEITO: _____ DATA: _____

BALANÇO HÍDRICO

HORA	SINAIS VITAIS				GLIC	SAT											DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.	MD	
	FC	FR	TAX	PA			VO/SNE	PLASMA	SANGUE	MEDIC	RINGER	SF	SG									
08:00																						
10:00																						
12:00																						
14:00																						
16:00																						
18:00																						
TOTAL INTRODUZIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H		
20:00																						
22:00																						
00:00																						
02:00																						
04:00																						
06:00																						
TOTAL INTRODUZIDO				ENTRADA														SAÍDA		TOTAL 12H		

CAIXA 01 - Básica Médica



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

Nº	MATERIAL	TAMANHO	QUANT
01	Afastador Farabeuf	G/P	03 pares
02	Cabo Bisturi	Nº 03 e Nº 04	02
03	Porta Agulha Mayo - Hegar	Variados	02
04	Pinça Allis	Variados	05
05	Pinça Foester	Variados	01
06	Pinça Kocher Curva e Reta	Variados	04
08	Pinça Dissecção Anatômica	25 cm	02
09	Pinça Dissecção c/ Dente de Rato	Variados	02
10	Pinça Backhaus	11cm	06
11	Pinça Kelly Curva	16cm	04
12	Pinça Kelly Reta	16cm	04
13	Pinça Halsted Mosquito Reto	12cm	04
14	Pinça Halsted Mosquito Curva	12cm	04
15	Pinça Collin Coração	16cm	01
16	Pinça Rochester Ochsner Curva	24cm	01
17	Pinça Babcock	20cm	01
18	Pinça Mixer	23cm	01
19	Pinça Cheron	25cm	01
20	Pinça Faure Curva	20cm	02
21	Pinça Museux Reta	24cm	01
22	Pinça Pozzi	25cm	01
23	Tesoura Mayo Stelle / Metzenbaum	Variados	03
24	Tentacânula	16cm	01

Validade: ___/___/___

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____

CAIXA 01 - Básica Médica



Hospital de Urgência e Emergência
Dra. Laura Vasconcelos

Nº	MATERIAL	TAMANHO	QUANT
01	Afastador Farabeuf	G/P	03 pares
02	Cabo Bisturi	Nº 03 e Nº 04	02
03	Porta Agulha Mayo - Hegar	Variados	02
04	Pinça Allis	Variados	05
05	Pinça Foester	Variados	01
06	Pinça Kocher Curva e Reta	Variados	04
08	Pinça Dissecção Anatômica	25 cm	02
09	Pinça Dissecção c/ Dente de Rato	Variados	02
10	Pinça Backhaus	11cm	06
11	Pinça Kelly Curva	16cm	04
12	Pinça Kelly Reta	16cm	04
13	Pinça Halsted Mosquito Reto	12cm	04
14	Pinça Halsted Mosquito Curva	12cm	04
15	Pinça Collin Coração	16cm	01
16	Pinça Rochester Ochsner Curva	24cm	01
17	Pinça Babcock	20cm	01
18	Pinça Mixer	23cm	01
19	Pinça Cheron	25cm	01
20	Pinça Faure Curva	20cm	02
21	Pinça Museux Reta	24cm	01
22	Pinça Pozzi	25cm	01
23	Tesoura Mayo Stelle / Metzenbaum	Variados	03
24	Tentacânula	16cm	01

Validade: ___/___/___

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

FAVOR DEVOLVER O RÓTULO
NÃO ACEITAMOS CAIXA INCOMPLETA

CONFERIDO POR: _____

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome:												Nº do prontuário				
Idade:	Peso:	Altura:	Pressão:	Pulso:		Respiração:		Temperatura:								
Grupo Sanguíneo:		Hemoglobina:		Hematócrito:		Glicemia:		Uréia:								
Urina:					Outros:											
Aparelho Respiratório:						Asma:		Bronquite:								
Aparelho Circulatório:						Eletrocardiograma:										
Aparelho Digestivo:			Dentes:		Pescoço:		Aparelho Urinário:									
Estado Mental:			Atarácicos:		Corticóides:		Alergia:		Hipotensores:							
Diagnóstico pré-operatório:						Estado Físico:		Risco:								
Anestesia anteriores:																
Medicação pré-anestésica:							Aplicada às:		Efeito:							
Antibiótico profilático:							Dose:		Hora:							
HORÁRIO																
AGENTES ANESTÉSICOS	02															
LÍQUIDOS																
CÓDIGO P. ARTERIAL: P-PULSO R-RESPIRAÇÃO X-ANESTESIA O-OPERAÇÃO	260															
	240															
	220															
	200															
	180															
	160															
	140															
	120															
	100															
	80															
	60															
	40															
X	20															
Símbolos Anotações																
Posição																
INDUÇÃO: Satisfatória Excelente <input type="checkbox"/>		Tosse <input type="checkbox"/>		Longo Espasmos náuseas <input type="checkbox"/>		Lenta Vômito <input type="checkbox"/>										
Outros: _____																
MANUTENÇÃO: ANESTESIA SATISFATÓRIA <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>		Porque? _____										

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	

OBSERVAÇÕES E/OU ESTADO CLÍNICO DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA

--

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA

ENTRADA: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ PA ____ PULSO ____ SPO2 ____

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O. _____ OBSTR.: _____
 _____ Co2 _____ EXCIT.: _____ NÁUSEAS: _____
 VÔMITOS: _____ OUTROS: _____
 COM CÂNULA PARA: SIM NÃO - CONDIÇÕES GERAIS: _____

CONDIÇÕES DE ALTA SRPA

SAÍDA DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ PA ____ PULSO ____ SPO2 ____
 REFLEXOS NA S.O.: _____ OBSTR.: _____
 _____ CO2 _____ EXCIT.: _____ NÁUSEAS: _____
 DESTINO DO PACIENTE:
 CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA CIRURGICA SEMI-INTENSIVA UTI DOMICÍLIO CARDIOLOGIA OUTRO HOSPITAL

COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)

ÓBITO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

9*

CAIXA DE GRANDES OSSOS CME/ HRLV

01	Pinça Cheron	01
02	Afastador Adson 23 cm articulado	01
03	Afastador Bennet 26 cm	02
04	Afastador Blount duas garras ponta dupla	02
05	Afastador Farabeuf (pequeno/médio/grande)	01 par de cada
06	Afastador Israel 23 cm	02
07	Afastador Sofield- jogo de 6 peças	01 Jogo
08	Cabo de Bisturi n°3	01
09	Cabo de Bisturi n°4	01
10	Dissector Langenbeck	01
11	Fórmão (osteótomo) 4 tamanhos	01 de cada
12	Martelo Neulfield delicado 200g, 300g.	01 de cada
13	Pinça de Dissecção Adson com dente 12 cm	02
14	Pinça Allis 23 cm	05
15	Pinça de Dissecção com dente e com serrilha	01 cada
16	Pinça Backaus 15 cm	10
17	Pinça Crille reta 16 cm	04
18	Pinça Crille curva 16 cm	04
19	Pinça faure curva 20 cm	02
20	Pinça Foerster serrilha reta 25 cm	01
21	Pinça Rochester Ochsner curva 24 cm	02
22	Pinça óssea Lambotte 22 cm	01
23	Pinça óssea Lowmann 14 cm	01
24	Aspirador Yankauer	01
25	Porta Agulha Mayo Hegar com serrilha 18 cm	02
26	Sacabocado 22 cm	01
27	Tesoura Mayo reta 19 cm	01
28	Tesoura Metzemaum curva 30 cm	01
29	Pinça de Redução de Lewin	01
30	Pinça Verbrugge 27 cm	01
31	Afastador de Langenbeck	01
32	Pinça Kocher curva e reta (variadas)	02
33	Pinça Colin Coração	01
34	Pinça Mixer	01
35	Pinça Pozzi	01
36	Pinça Museux reta	01

Conferido por: _____ Data: _____

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



Nome: _____

HORA INÍCIO: _____

DATA

Data de Nascimento: ____/____/____

HORA TÉRMINO: _____

____/____/____

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<p>A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>Pulseira com identificação no acidente com os dados corretos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Consentimento informado assinado pelo paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Qual o local da cirurgia? _____</p> <p>Qual o procedimento a ser realizado? _____</p> <p>Qual lado? _____</p> <p>Sítio cirúrgico foi marcado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> SIM, _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Há risco de via aérea difícil / bronco aspiração? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA: O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SIM, _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções. Peça ao cirurgião que confirme verbalmente</p> <ul style="list-style-type: none">○ Identificação do paciente○ Local da cirurgia a ser feita○ Procedimento a ser realizado <p><u>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</u></p> <p><u>CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO</u></p> <p>Exames de Imagem disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO, qual? _____</p>	<p>A ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>Houve mudanças no procedimento realizado? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____</p> <p>_____</p> <p>A contagem das compressas, instrumentos e agulhas está correta? <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>As peças cirurgias estão identificadas e com nome do paciente? <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório? _____ _____ _____</p>
Anestesiologia	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro
_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura
_____ Hora	_____ Hora	_____ Hora



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BACABAL DR^a LAURA VASCONCELOS
CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL

LEITO PACIENTE	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /
TNE/Acesso							
Qtde Prescrita (kcal/ptna)							
Qtde infundida (kcal/ptna)							
Motivo							
Cabeceira 30° - 45°							
Antibiótico							
Procinético							
Diarreia (3 ou mais evacuações líquidas/dia)							
Constipação (<3 evacuações por/sem)							
Distensão Abdominal							
Náuseas							
Vômito							
Estase Gástrica (<200ml)							
Obstrução Sonda							
Rebaixamento do nível de consciência							
Úlcera por pressão							
Hiperglicemia							
Posicionamento da sonda							

Responsável	Carimbo	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e Oral
--------------------	----------------	---

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____

BANDEJA DE RAQUIANESTESIA

01	BANDEJA PEQUENA RASA	01	
02	CUBA REDONDA	01	
03	PINÇA PEAN	01	
04	GASES EM QUANTIDADE	01	
05	COMPRESSA CIRURGICA	01	

Higienizado por: _____

Preparado por: _____

DATA: _____ /VAL.: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

LAP CIRÚRGICO

01	AVENTAL
01	CAMPO MÉDIO
02	AVENTAIS
02	TRAVESSA INSTRUMENTAL
02	CAMPOS MÉDIOS

Preparado por: _____

Data: _____ **Turno:** _____



Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Laura Vasconcelos

Material: _____

Data: _____

Val.: _____

Resp.: _____



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Hospital de Urgência e Emergência
Drª Laura Vasconcelos

CX. PUNÇÃO SUBCLÁVIA

01	PINÇA PEAN PEQUENA	01	
02	PINÇA DISSECÇÃO PEQUENA	01	
03	TESOURA RETA PEQUENA	01	
04	PORTA -AGULHA PEQUENO	01	
05	CAMPO FENESTRADO PEQUENO	01	
06	PORÇÃO DE GASES	01	
07	CUBINHA REDONDA	01	

Higienizado por: _____
Preparado por: _____
DATA: _____/VAL.: _____
-



Evolução de
Enfermagem UTI

DATA: ___/___/___

DIH: ___



Identificação do paciente: _____ Registro: _____

1. Regulação neurológica:

Orientando Confuso Alerta Sonolento Agitado Calmo Torposo Comatoso Sedado Outros

Escala de coma de Glasgow: _____ (Total)

Abertura ocular
4. Espontânea
3. Ao comando Verbal
2. À dor
1. Ausente

Resposta motora
6. Obedece ao comando
5. localiza dor
4. Flexão inespecífica
3. Flexão hipertônica
2. Extensão hipertônica
1. Sem resposta

Resposta verbal
5. Orientado
4. Desorientado e conversando
3. Palavras inapropriadas
2. Sons incompreensíveis
1. Sem resposta

Escala de Richmond de Agitação-sedação-RASS:

(+4) agressivo (violento, perigoso)	(-2) sedação leve (desperta ao chamado por mais 10sg)
(+3) muito agitado (remoção de tubos ou cateteres)	(-3) sedação moderada (movimento ou abertura ocular ao chamado, mas sem contato visual)
(+2) agitado (movimentos sem coordenação frequentes)	(-4) sedação profunda (movimenta ou abertura ocular sem estímulo físico)
(+1) inquieto (ansioso, mas sem movimentos agressivos)	(-5) incapaz de ser despertado (não responde ao chamado ou estímulo físico)
(0) Alerto, calmo	
(-1) sonolento (desperta ao chamado por menos de 10sg)	

Sedação: () não () sim, qual: () fentanil () midazolam () propofol () outro _____

3. Sono e repouso:

Preservado Inadequado _____

4. Regulação térmica:

Afebril _____ °C Subfebril _____ °C Febril _____ °C Hipotérmico _____ °C

5. Coloração e hidratação da pele e das mucosas:

Anictérico Ictérico _____ +/-4 Acianótico Cianótico _____ +/-4
 Corado Hipocorado _____ +/-4 Hidratado Desidratado _____ +/-4

6. Cuidados corporal:

Higienização corporal: Adequada Inadequada: _____
Higienização bucal: Adequada Inadequada: _____

7. COONG (cabeça, olhos, nariz, garganta) e região cervical:

PIC: _____ mmHg PPC: _____ mmHg
 DVE: Dreno: Tipo: _____
Pupilas Isocóricas Anisocóricas Miose Midríase Discóricas Diâmetro: _____ cm
Fotorreatividade pupilar Presente Ausente Lagofthalmia Nistagmo Ptose palpebral Edema Palpebral _____
 Otorragia Otorreia Aparelho auditivo
 Desvio de septo _____ Epistaxe BAN SNE(SOE) SNG(SOG) Cânula nasal
 TOT TQT cânula Guedel Combitude Máscara Laringea Prótese dentária
 Outro _____

8. Nutrição:

Tipo: _____ Aceitação: Adequada Inadequada _____
Via: VO Enteral Parenteral Fluxo: _____ ml/h Restrição hídrica: _____
Estase: Ausente Presente: Volume _____ Suspensa: motivo: _____ ml/dia

9. Tórax

Simétrico Assimétrico Tonel Peito de pombo Peito escavado Cifoesciose Outros: _____

10. Oxigenação:

Frequência respiratória: _____ irpm SatO₂ _____ % ETCO₂ _____ %
 Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico Padrão Cheyne-Stokes Padrão Kussmaul Padrão Biot
 MVF s\RA MV diminuindo à direita MV diminuindo à esquerda
 Roncos _____ Sibilos _____ Crepitações _____ Atrito pleural _____
 Ar ambiente
 Dispositivos de assistência: Cateter nasal _____ l/min Macronebulização _____ l/min Micronebulização _____ / _____ h
 Máscara de Venturi - Concentração _____ % Máscara com reservatório VNI Puft: _____ / _____ h
 Vm: Tipo: _____ VC _____ VM _____ PEEP: _____ PS: _____ FiO₂: _____
Descrição da sereção traqueal: _____

11. Regulação vascular:

Frequência Cardíaca: _____ bpm PAM _____ mmHg PA _____ mmHg PIA _____ mmHg PPC _____ mmHg

Normocárdico Bradicárdio Taquicárdio

Normotenso Hipotenso Hipertenso

Pulso: Cheio Filiforme Rítmico Arritmico

Ausculta: BNRNF B3+ B4+ Desdobramento de segunda bulha

Sopros: Tipo: _____ grau _____ /+4

Arritmias: FA TPSV TV FV BAV _____ grau Outros: _____

Marca-passo: _____

12. Regulação abdominal:

Normotenso Tenso Globoso Distendido Ascítico Outros: _____

Ruidos hidroaéreos: Presentes Diminuídos Hiperativos Ausentes

Timpanismo: Presentes Diminuídos Ausentes

Abaulamentos/visceromegalias: Ausentes Presentes: Local(is) _____

Gastrostomia jejunostomia Ileostomia

13. Genitalia:

Integridade preservada Integridade comprometida Cite: _____

14. Eliminação urinária:

Espontânea Estimulada: Volume: _____ Medicamento: _____

Coletor Fralda SVD SVA _____ / _____ h Cistostomia Nefrostomia Ureterostomia

Quantidade: _____ Aspecto: Fisiológico Concentrado Hematúria Colúria Piúria Outros _____

Balço hidrico: 18: _____ 06: _____ total 24hrs: _____

15. Eliminação intestinal:

Presente Aspecto: Consistente Pastosa Líquido-pastosa Líquida Outros: _____

Ausente Quantos dias? _____ Conduta _____

Colostomia Aspecto _____

16. MMSS E MMI:

Paresia _____ Plegia _____ Paraplegia Tetraplegia Parestesia Fistula arteriovenosa (FAV): local _____

Edema Ausente Presente: Local _____

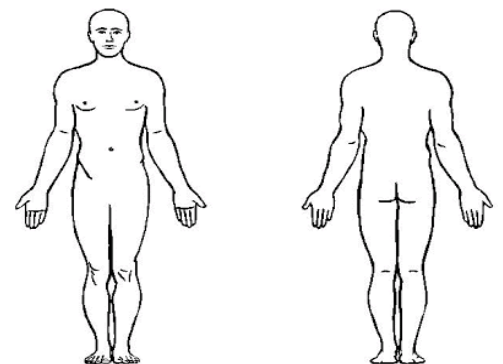
Perfusão capilar Adequada (até 3 s) Diminuída: Local _____

Cianose periférica Ausente Presente: Local _____

17. Integridade física (cutaneomucosa)

Preservada Comprometida:

Local(is) da(s) lesão(ões)/Características da(s) lesão(ões)/Curativo(s): _____

24. Ocorrências durante o plantão



EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <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"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <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 _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ Mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <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 ABIDOMINAL <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"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <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 _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <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 ABIDOMINAL <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"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <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 _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	



EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

NOME: _____ ID _____

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m

DATA / /	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPO DE DIETA	FUNÇÃO INTERNACIONAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	FUNÇÕES VITAIS	FATOLOGIAS	INTERCORRÊNCIAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <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"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <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 _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ Mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <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 ABIDOMINAL <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"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <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 _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
	ANTIBIÓTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO <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 ABIDOMINAL <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"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> HIPOGLICIDICA <input type="checkbox"/> HIPOSSODICA <input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> HIPERCALORICA <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 _____ mm Hg _____ GLICEMIA _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/PARKINSON <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PANCREATITE <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> DOENÇAS BILIARES <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA (S) <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA / /	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA / /	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA / /	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME: _____ ID _____

DIAGNÓSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

ESTADO CIVIL _____ FILHOS _____

DATA / /	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICO- EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORRÊNCIAS	PROCEDIMENTO/ PROFISSIONAL
	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA / /	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA / /	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA / /	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome: _____

Nome Social: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Profissão: _____

Procedência: _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Motivo da Admissão - HDA: _____

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Curgirgias Anteriores: _____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA _____ x _____ mmHg Tax: _____ °C

Estado Nutricional: _____ Abdome: _____

Feridas: _____ Drenos: _____

Cianose: () SIM () NÃO Edema: () SIM () NÃO Luxações: () SIM () NÃO

Úlceras de Decúbito: () SIM () NÃO Fraturas: () SIM () NÃO Deformidades: () SIM () NÃO

AVALIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico

Padrão Ventilatório: _____

Deformidades Torácicas: () SIM () NÃO Tiragens: () SIM () NÃO _____

Enfisema Subcutâneo: () SIM () NÃO Secreção: _____

Ausculpa Pulmonar: _____ Imagem Radiológica _____

() AA () Oxigenoterapia: CN _____ /min MNBZ _____ /min Venturi _____ %/ _____ l/min

() VNI TQT () n° _____ Dias de QT: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

VC: _____ PIP: _____ PEEP: _____ FR: _____ FIO2: _____

PS: _____ SaTO2: _____ TINSP: _____ SENS: _____ I:E: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Atica () Passiva ()

Sensibilidade: _____ Força Muscular: _____

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contração;

Grau 1 - Esforço de Contração visível, mas não produzindo movimento;

Grau 2 - Movimento ativo possível, mas não vencendo a força da gravidade;

Grau 3 - Movimento ativo possível, vencendo a força da gravidade;

Grau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador ;

Grau 5 - Força normal.

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE RASS

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Melhor Resposta Motora		SCORE	TERMOS	DESCRIÇÃO
Olhos abertos previamente à estimulação	4	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5	Cumprimento de ordens de 2 ações	6	+4	Combativo	Francamente combativo vilento, levando perigo imediato a equipe
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3	Resposta não orientada mas comunicação coerente	4	Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou no pescoço	5	+3	Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
Abertura ocular após estimulação de extremidade dos dedos	2	Palavras isoladas inteligíveis	3	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	4	+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, pode brigar com o respirador
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	1	Apenas gemidos	2	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo padrão predominante claramente normal	3	+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
Olhos fechados devido ao fator local	NT	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2	0	Alerta e calmo	
		Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	NT	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	1	-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por mais de 10 seg
				Fator que limita resposta motora	NT	-2	Sedado Leve	Acorda rapidamente e mantém contato ocular ao estímulo verbal por menos de 10 seg
						-3	Sedado Moderado	Movimento ao abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
					-4	Sedado Profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimento ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico	
					-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico	

CONDUTA: _____

FISIOTERAPEUTA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS

FICHA ODONTOLÓGICA

Nome: _____
Idade: _____ Data da internação: _____ Leito: _____
Diagnóstico: _____

HISTÓRIA MÉDICA

Sinais vitais/ Alterações sistêmicas:

Medicações em uso:

EXAME FÍSICO

EXTRABUCAL

Assimetria facial () Ausente () Presente

Lesões cutâneas () Ausente () Presente

Fístula extrabucal () Ausente () Presente

INTRABUCAL

Avaliação de alterações na mucosa:

Lábio superior () Ausente () Presente _____

Lábio inferior () Ausente () Presente _____

Mucosa labial superior () Ausente () Presente _____

Mucosa labial inferior () Ausente () Presente _____

Mucosa jugal direita () Ausente () Presente _____

Mucosa jugal esquerda () Ausente () Presente _____

Língua () Ausente () Presente _____

Assoalho bucal () Ausente () Presente _____

Palato mole () Ausente () Presente _____

Orofaringe () Ausente () Presente _____

Glândulas salivares () Ausente () Presente _____

Rebordo alveolar () Ausente () Presente _____

Fístula intrabucal () Ausente () Presente _____

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: RX:	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: RX:	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: RX:	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

FISIOTERAPIA

PESO: _____ ALTURA: _____

NOME: _____ ID: _____ DIAGNÓSTICO: _____ DIAS UTI: _____ LEITO: _____

DATA /	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	MONITORIZAÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA	NEUROLÓGICO MOTOR	EXAMES GASO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS
M A N H Ã	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: RX:	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: RX:	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ () DV _____ FR _____ SpO2 _____ () AA () O2 () CN () MNB () VENTURI (_____ L/MIN) () VNI AP: RX:	DIAS DE TOT: _____ CL _____ Nº _____ DIAS DE TQT: _____ DIAS DE T.TQT: _____ MODO: VC _____ P _{insp} _____ PS _____ FR _____ PEEP _____ FIO2 _____ Fluxo/T _{insp} : _____ I:E _____ Pressão Cuff: _____	Glasgow: _____ RASS: _____ Sedação: _____ _____ F. Muscular _____ Estágio Prot. _____ Mob. Precoce: _____ _____	pH: _____ PO2 _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE _____ P / F: _____ Lact: _____ Hb: _____	() T. Autonomia () T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ () VNI Pós Extubação Hora: _____	() Troca de filtro () Troca Fixação () Troca Stericath	

**NOME:****IDADE:****DATA:****HORA:****HS****QUADRO CLINICO:****ESTADO DE CONSCIENCIA** () alerta () sonolência () obnubilação () torpor () coma**RESPIRAÇÃO** () VE () O2 () VNI () VM **TQT** () ausente () presente
CANULA () plástica () metal () dispneia () **BLUE DYE TEST** () positivo () negativo**COMUNICAÇÃO** - **Compreensão** () presente () ausente () confuso () DA
- **Expressão** () normal () ausente () confuso () afasia () demência () apraxia**VOZ** () normal () ausente () rouca () soprosa () instável () aspereza () astenia () intensidade fraca () molhada
FALA () adequada () ausente () articulação imprecisa () articulação ininteligível () disфония () disartria**ASPECTOS DAS ESTRUTURAS [NL] norma [R] reduzido**- **lábios** () força () mobilidade () coordenação () sensibilidade
- **Língua** () força () mobilidade (R) coordenação () sensibilidade
- **Mandíbula** () força () mobilidade () sensibilidade
- **Palato mole** () mobilidade () sensibilidade
- **mobilidade hio laríngea** () adequada () lentificada () rigidez () ausente () auscultas limpa () auscultas ruidosa**REFLEXO** GAG () presente () ausente () posteriorizado () anteriorizado () exacerbados
ARCAICOS () mordida () sucção**TOSSE** () eficaz () fraca () ausente () atrasada () produtiva () não produtiva
Pigarro voluntario () eficaz () ineficaz () ausente**DEGLUTIÇÃO SALIVA** () adequada () frequência reduzida () ineficaz () sialorreia () xerostomia () engasgos**QUALIFICAÇÃO DO BOLO** () ADEQUADO () INADEQUADO **PROPULSAO DO BOLO** () ADEQ. () INA
ESCAPE () AUSENTE () POSTERIOR () ANTERIOR **ESTASE** () AUSENTE () PRESENTE**NÍVEL****CLASSIFICAÇÃO**

I () Deglutição FUNCIONAL

II () Disfagia Orofaríngea LEVE

III () Disfagia Orofaríngea LEVE A MODERADA

IV () Disfagia Orofaríngea MODERADA

V () Disfagia Orofaríngea MODERADA A SEVERA

VI () Disfagia Orofaríngea SEVERA

CONDUTA : - *Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral Intake Scale – FOIS 1*() **Nível 1:** Nada por via oral() **Nível 2:** Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido () **Nível 3:** Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido() **Nível 4:** Via oral total de uma única consistência ()**Nível 5:** Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações ()**Nível 6:** Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares() **Nível 7:** Via oral total sem restrições**Consistência prescrita** () líquida { () *livre* [] *espessado* () *néctar* () *mel* () *pudding* } () pastosa () branda () sólida**Modo de oferta** () colher () copo () canudo () seringa () pedaços
() indiferente () assistida () independente

OBS:

FONOAUDIÓLOGO

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS

Nome do Paciente	Setor	Leito	Tipo de Cobertura	Quantidade

Assinatura do Enfermeiro _____

Data ____/____/____

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DAS COBERTURAS DE FERIDAS

Nome do Paciente	Setor	Leito	Tipo de Cobertura	Quantidade

Assinatura do Enfermeiro _____

Data ____/____/____

GASTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

Nome do Paciente:							
Prontoário nº		Data da Operação:		Sala nº		Enfermaria:	Leito:
Hora de Entrada na S.O:		Hora do Início da Cirurgia:		Hora Término da Cirurgia:		Hora da Saída:	
Cirurgião:							
Auxiliar:				Cirurgia:			
Anestesista:							
Tipo de Anestesia:				Início da Anestesia:		Término da Anestesia:	
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CIRURGIA							
Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13 X 4,5		Surgicel		SOLUÇÕES		ANTIBIÓTICOS
	Agulha 25 X 7		Tela eprolene		Álcool a 70%		Ampicilina
	Agulha 30 x 7		Faixa smach nº		Álcool a 90%		Cefalotina
	Agulha 30 x 8		Compressa de Gazes		PVPI Tópico		Cefazolina
	Agulha 40 x 12		Gaze Vaselina		PVPI Degermante		
	Agulha de Raque Nº		Algodão Ortopédico		Vaselina Líquida		
	Seringa 1ml		Atadura crepon nº		Formol		
	Seringa 5ml		Esparadrapo Micropore		Clorexidine		SOROS
	Seringa 10ml		Esparadrapo Comum				Fisiológico 250 ml
	Seringa 20ml				ANESTÉSICOS		Fisiológico 500 ml
	Seringa 50ml				Xylocaína Gel		Glicosado 5% 250 ml
	Cateter Jelco nº 14		Mononylon nº 0		Xylocaína Spray		Glicosado 5% 500 ml
	Cateter Jelco nº 16		Mononylon nº 1,0		Xylocaína 2% S/V		Ringer Lactato 500 ml
	Cateter Jelco nº 18		Mononylon nº 2,0		Neocaína Pesada		Manitol
	Cateter Jelco nº 22		Mononylon nº 3,0		Neocaína 0,5% S/V		
	Cateter Jelco nº 24		Mononylon nº 4,0		Neocaína 0,5% C/V		PSICOTRÓPICOS
	Cateter Peridural		Mononylon nº 5,0				Midazolam 15mg
	Scalp nº 19		Mononylon nº 6,0		MEDICAMENTOS		Midazolam 50 mg
	Scalp nº 21		Polycot nº 1,0		Adrenalina		Domotidolossal
	Scalp nº 23		Polycot nº 2,0		Aminofilina		Fentanil frasco
	Scalp nº 25		Polycot nº 3,0		Atropina		Fentanil ampola
	Scalp nº 27		Polycot nº 4,0		Água Destilada		Propofol
	Equipo Inj. Lateral		Polycot nº 5,0		Buscopan		Halotano
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº 6,0		Cedilanide		Enflurano
	Equipo polifix 4 vias		Vicryl nº 1,0		Cortizonol 100mg		Isofurano
	Equipo Macrogotas		Vicryl nº 2,0		Cartozonol 500mg		Sevofurano 100mg
	Equipo Microgotas		Vicryl nº 3,0		Kcl		Sefurano 250 mg
	Equipo de Sangue		Vicryl nº 4,0		NaCl 10%		Thiopental 1g
	Dreno Penrose nº		Vicryl nº 5,0		NaCl 20%		Thiopental
	Dreno de Sucção nº		Vicryl nº 6,0		Decadron		Narcan
	Dreno tórax kit nº		Catgut simples nº 1,0		Dipirona		
	Urofix Sist. Aberto		Catgut simples nº 2,0		Dobutamina		TAXA EQUIPAMENTO
	Urofix Sist. Fechado		Catgut simples nº 3,0		Efortil		Bisturi elétrico
	Eletrodos		Catgut simples nº 4,0		Efedrina		Aspirador
	Lâmina de Bisturi nº		Catgut simples nº 5,0		Furosemida		Ar comprimido
	Lâmina de Gilete		Catgut simples nº 6,0		Fenergan		Microspópio
	Luva Estérel nº 7,0				Glicose 25%		RX em Sala
	Luva Estérel nº 7,5		FIOS SUTUPAK		Glicose 50 %		Monitor Cardíaco
	Luva Estérel nº 8,0				Gentamicina		Oxímetro de Pulso
	Luva Estérel nº 8,5				Glucanato de Cálcio		Carro de Anestesia
	Luva de Procedimento				Heparina		Oxigênio (h)
	Sonda de Foley				Nipride		
	Tubo Orotraqueal				Prostigimine		
	Cânula Traqueostomia		Cera de osso		Metoclopramida		
	Sonda Aspiração nº				Queficin		
	Sonda Gástrica nº				Sulfato de Magnésio		
					Solumedro		
					Diclofenaco		

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Leito: _____
Data da Admissão ____/____/____ Hora _____ Diagnóstico _____
Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____ Procedência: _____

Relato do Paciente Coleta dos dados junto a familiares Não há possibilidades de coleta

Motivo da Hospitalização/Queixa Principal: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Cirurgias Anteriores: Não Sim/Quais? _____
Cardiopatias: Não Sim/Quais? _____
Diabetes: Não Sim
Hipertensão: Não Sim
Tabagismo: Não Sim - Cig/dia _____
Etilismo: Não Sim
Alergia: Não Sim/Medicação _____
Medicamentos em uso: Não Sim/Quais? _____

II - EXAME FÍSICO

Neurológico: Consciente Orientado Confuso Agitado Incosciente

Outros: _____

ESCALAS DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece a Ordens	6
Atende Ordem Verbal	3	Confuso	4	Localiza Dor	5
Resposta à Dor	2	Palavras Inapropriadas	3	Retira Membro mas não localiza Dor	4
Ausência de Resposta	1	Sons Incompreensíveis	2	Decorticação ao Estímulo Doloroso	3
		Ausência de Resposta	1	Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
				Ausência de Resposta	1
VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW				TOTAL =	
3 a 8	- Traumatismo Grave:	Coma Grave			
9 a 12	- Traumatismo Modereado:	Coma Leve			
12 a 15	- Traumatismo Leve:	Não há Coma			

Pupilas Isocóricas Anisocóricas D>E E>D Fotorreagentes

CABEÇA E PESCOÇO

Couro Cabeludo: Sem Alteração Alopecia Cicatriz Lesão Fontanela

Obs.: _____

Olhos: Sem Alteração Hiperema Nistagmo Uso de Óculos/Lentes Diplopia Catarata

Deficiência Visual/Qual? _____

Nariz: Sem Alterações Epistaxe Obstrução Obs.: _____

Orofaringe: Sem Alterações Uso de Próteses Sucção Lesão Tipo: _____

Disfagia Dislalia Afasia Gânglios Local: _____

Mucosa: Corada Descorada Gânglios Local Desidratada Obs.: _____

Pescoço: Sem Alteração Rigidez de Nuca Gânglios Turgência de Jugulares

Obs.: _____

PELE E ANEXOS

Sem alteração Icterícia Cianose Palidez Turgor Edema _____
 Hematoma _____ Úlcera de Decúbito _____
 Enfisema _____ Incisão Cirúrgica/Local? _____

MÚSCULO E ESQUELETO

Muscular: Sem alterações Mialgia
Membros: Piagia _____ Paresia _____ Parestesia _____
Esquelético: Sem alterações Lordose Cifose Escoliose
 Tração / Placas / Pinos. Local? _____
 Locomoção Prejudicada _____

TÓRAX

Sem alterações Assimétrico Fraturas Drenos. Loca.: _____
 Dor - Tipo _____
Padrão Respiratório: Espontâneo Ar Ambiente Cateter de O2 Máscara
Ventilação Mecânica: TOT Traqueostomia Eupneico Dispneico Taquipnéico
 Tosse Expetoração - Cor/Aspécto: _____
Outros _____
Ruídos Adventícios: Pulmões Livres Roncos Sibilos Estertores
Mamas: Sem alteração Presença de Nódulos Mastectomia Ginecomastia

CARDIOVASCULAR

Frequência Cardíaca: Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico
Pulsos Periféricos: Presente Ausente Rítmico Arrítmico
Rede Venosa Periférica: Normal Fragilidade capilar Perfusão _____
Obs.: _____

GASTROINTESTINAL

Abdome: Plano Distendido Globuloso Timpânico RHA Presente Doloroso
 Vômitos _____/dia Hematêmese Gastrostomia Jejunostomia Colostomia
 SOG SNG SNE Drenos _____
Obs.: _____
Hábito Instestinal: Frequência _____/dia Flatulência Obstipação Diarréia _____/dia

URINÁRIO

Sem alteração Disúria Hematúria Poliúria Polaciúria Incontinência
 Cistostomia SVD Obs.: _____

GENITAL

Feminino: Sem alteração Leucorréia Amenorréia Menopausa
 DST _____ outros: _____
Masculino: Sem alteração Presença de Secreção _____
 Edema DST _____ outros _____
Períneo: Sem alteração Hiperemia Lesão

DOR

Localização: _____
Tipo: _____

III - CONDUTA NA ADMISSÃO

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Ass/Carimbo/Enfermeiro: _____



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

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. 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

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

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 TÍPICO

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)