



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 067/2022

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 **25/01/2022 a 29/01/2022**, 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 REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL, ANEXO 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 **25/01/2022 a 29/01/2022**.

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 **TODOS** os itens da cotação.

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

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE**.

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 REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL, ANEXO HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS**, localizado na Av. Projetada, S/N - Loteamento José Lisboa II, Bairro: José Lisboa, Bacabal/MA - CEP: 65700-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 991894854/ (98) 991872478.

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:

[Digite aqui]

16.1. Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi 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 e Municipais da sede da Empresa;
- d) Certidões negativas de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados;
- e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- g) 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.



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

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

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

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

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

33. No caso do **Contrato de Gestão nº 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, 25 de janeiro de 2022.

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



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Anexo:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO OU SERVIÇO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
2	BLOCO ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	60
3	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	50
4	BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	100
5	BLOCO CENSO DIARIO PSICOLOGIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
6	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
7	BLOCO EVOLUÇÃO NUTRICIONAL 100X1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
8	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTE AUTOCOLANTEADESIVO ? 100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	BLOCO	60
9	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1 COLORIDO	BLOCO	100
10	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	240
11	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIOSERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	120
12	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	30
13	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DEMEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
14	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
15	BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORCEPENTES15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	30
16	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
17	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICOA4 100 FOLHAS	BLOCO	120
18	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO),MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	120
19	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	100
20	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
21	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
22	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
23	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
24	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
25	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃOHOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	30
26	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
27	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICOA5 100 FOLHAS	BLOCO	60
28	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

29	PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
30	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	120
31	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120
32	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	30
33	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
34	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM(FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	20
35	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM(FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	85



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 REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL, ANEXO HOSPITAL REGIONAL DRª LAURA VASCONCELOS/MA**, 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	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
2	BLOCO ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	60
3	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	50
4	BLOCO CENSO DIARIO - SERVIÇO SOCIAL 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	100
5	BLOCO CENSO DIARIO PSICOLOGIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
6	BLOCO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
7	BLOCO EVOLUÇÃO NUTRICIONAL 100X1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
8	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTE AUTOCOLANTE ADESIVO ? 100X1 BRANCO E AZUL (10.5CM/7.4 CM)	BLOCO	60
9	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1 COLORIDO	BLOCO	100
10	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	240
11	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	120
12	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.	BLOCO	30

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

13	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DEMEDICAMENTOS, 29,7X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
14	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	60
15	BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORCEPENTES15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	30
16	CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
17	ENTREVISTA SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICOA4 100 FOLHAS	BLOCO	120
18	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO),MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	120
19	EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	100
20	EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
21	EVOLUÇÃO SOCIAL 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
22	FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 29,7X21CM (FRENTEE VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
23	FISIOTERAPIA 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
24	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
25	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃOHOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	30
26	PARECER DE ESPECIALIDADE, 29,7X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	60
27	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICOA5 100 FOLHAS	BLOCO	60
28	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
29	PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICOA4 100 FOLHAS	BLOCO	60
30	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	120
31	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	120
32	RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4100 FOLHAS	BLOCO	30
33	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	120
34	SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE 29,7X21CM(FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	20
35	SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO, 29,7X21CM(FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	85

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL, ANEXO HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS/MA**, localizado na Av. Projetada, S/N - Loteamento José Lisboa II, Bairro: José Lisboa, 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.

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 067/2022/MA.

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

1.2. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 e Municipais da sede da empresa, válidas no dia de sua apresentação;

2.2. Certidões Negativas de Débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;

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

2.4. 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

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.

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do **HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL, ANEXO HOSPITAL REGIONAL DR^a LAURA VASCONCELOS/MA**, localizado na Av. Projetada, S/N - Loteamento José Lisboa II, Bairro: José Lisboa, 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.

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;

[Digite aqui]

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°. 067/2022/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

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

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

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

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório n°. 067/2022/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;

[Digite aqui]

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 n°. 067/2022/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 067/ 2022/ MA.

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

1. O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.
2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;
3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.
4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

[Digite aqui]

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 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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

cobrança, ficando também de responsabilidade da **CONTRATADA** o pagamento de honorários advocatícios suportados pelo **CONTRATANTE**.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

CLAÚSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

1. As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Maranhão, na cidade 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 2022.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome:

End.:

CPF:

Nome:

End.:

CPF:

[Digite aqui]



ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



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		



HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
Nome: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____
Idade: _____ Mãe: _____ Pai: _____
Endereço: _____ Núm: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____ Celular: _____

Registro: _____

Data: _____

Hora: _____

Méico: _____ Especialidade: CLINICA MEDICA Clínica: MEDICA

Procedimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

SIA/SUS: 0301060061

Modalidade: HOSPITALAR

Carater: URGENCIA

Assinatura do Paciente _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

Queixas: _____

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Freq. Respirat.: _____ Peso: _____ Altura: _____ SAT O2: _____ HGT: _____

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existent: HAS DM IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional _____

Saída do Paciente:

Decisão Profissional A Revelar A Pedido

Internação _____

Removido _____

Óbito Data: _____ Hora: _____

Para óbito:

Antes de 24h

Destino do Corpo:

Família IML Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____

**HOSPITAL DE REFERÊNCIA COVID-19 (BACABAL)
PRODUÇÃO DIÁRIA AMBULATORIAL DE PSICOLOGIA**

ORDEM	DATA	NOME DO PACIENTE	IDADE	TIPO DE ATENDIMENTO	ASSINATURA
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS: _____



HOSPITAL DE REFERÊNCIA COVID-19 (BACABAL)
PRODUÇÃO DIÁRIA AMBULATORIAL DO SERVIÇO SOCIAL



ORDEM	DATA	NOME DO PACIENTE	IDADE	TIPO DE ATENDIMENTO	ASSINATURA
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS: _____



**HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
HOSPITALAR - CCIH**



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PACIENTE: _____

SEXO: ()M ()F IDADE: _____

DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____

PROCEDENTE: ()CLASSIFICAÇÃO ()OBSERVAÇÃO ()ESTABILIZAÇÃO ()UTI ()ALAS ()C.C

INTERNAÇÃO ATUAL: ()UCI ()ALAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

FATORES DE RISCO: ()DM ()HAS ()RENAL ()CARDIOPATA ()OUTROS _____

()ALERGIAS _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONTROLE DE DISPOSITIVOS

PROCEDIMENTOS	DATA INICIAL	TROCA							
AVP									
CVC									
TOT/VM									
SVD									
SNG/SNE									

CONTROLE DE ANTIÓBITICOS

ANTIBIOTICOTERAPIA	TROCA: ____/____/____	TROCA: ____/____/____	TROCA: ____/____/____

HEMOCULTURAS / UROCULTURAS / SWABS-

| EXAME | DATA ____/____/____ |
|-------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| HEMOCULTURA | () NEGATIVO
() POSITIVO
OBS: |
| UROCULTURA | () NEGATIVO
() POSITIVO
OBS: |
| SWAB NASAL | () NEGATIVO
() POSITIVO
OBS: |
| SWAB ANAL | () NEGATIVO
() POSITIVO
OBS: |

DADOS DA INFECÇÃO

DATA:

() SEPSE	() ITU	() INF. CORRENTE SANGUÍNEA	() SÍTIO CIRÚRGICO	() PELE TECIDOS MOLES	() PNM
-----------	---------	-----------------------------	---------------------	------------------------	---------

OBSERVAÇÕES

--	--	--	--	--	--

PRECAUÇÕES

CONTATO	A PARTIR DE: SUSPENSO EM:
GOTÍCULA	A PARTIR DE: SUSPENSO EM:
ÀREA	A PARTIR DE: SUSPENSO EM:
ENTÉRIA	A PARTIR DE: SUSPENSO EM:

PRECAUÇÕES	INDICAÇÕES	ORIENTAÇÕES
PRECAUÇÕES DE CONTATO	Infecções ou colonização por microrganismos multirresistentes, por exemplo, varicela, infecções de pele e de tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossupridos, etc.	Higienização das mãos Avental Luvas Quarto privativo
PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS	Meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, covid-19, etc.	Higienização das mãos Máscara cirúrgica Quarto privativo
PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS	Precauções padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-constates.	Higienização das mãos Máscara cirúrgica

Assinatura do responsável pelo acompanhamento

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 _____	
	ANTIBIOTICO 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 _____	
	ANTIBIOTICO 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 _____	

	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL			HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE			ACOMPANHANTE		
SETOR: _____			SETOR: _____		
DATA: _____			DATA: _____		
NOME: _____			NOME: _____		

	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL			HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE			ACOMPANHANTE		
SETOR: _____			SETOR: _____		
DATA: _____			DATA: _____		
NOME: _____			NOME: _____		

	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL			HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE			ACOMPANHANTE		
SETOR: _____			SETOR: _____		
DATA: _____			DATA: _____		
NOME: _____			NOME: _____		

	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL			HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE			ACOMPANHANTE		
SETOR: _____			SETOR: _____		
DATA: _____			DATA: _____		
NOME: _____			NOME: _____		

	HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL			HOSPITAL REFERÊNCIA COVID 19 - BACABAL	
ACOMPANHANTE			ACOMPANHANTE		
SETOR: _____			SETOR: _____		
DATA: _____			DATA: _____		
NOME: _____			NOME: _____		

NOME: _____

SETOR: _____ LEITO: _____

DN: ____ / ____ / ____ ID: _____ PRONTUÁRIO: _____ ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



Risco de Queda



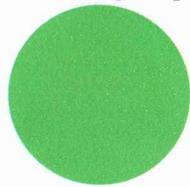
Risco de LPP



Risco de Flebite



Risco de Broncoaspiração



Risco de Disfagia



Alergia



EXAMES PENDENTES

TROCAR AVP EM:

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE REFERÊNCIA COVID-19 BACABAL

RELATÓRIO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL

DATA: ____ / ____ / ____

ASSISTENTE SOCIAL:	
REFEIÇÕES LIBERADAS PARA ACOMPANHANTES - QT	
ALA A:	
ALA B:	
UCI:	
EVOLUÇÕES E ENTREVISTA SOCIAL - QT	
EVOLUÇÃO SOCIAL ALA A	
EVOLUÇÃO SOCIAL ALA B	
EVOLUÇÃO SOCIAL UCI	
ENTREVISTA SOCIAL ALA A	
ENTREVISTA SOCIAL ALA B	
ENTREVISTA SOCIAL UCI	
ÓBITOS - QT	
ÓBITOS	
SETOR DO ÓBITO	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DIÁRIA

FAIXA ETÁRIA	QT
10 a 19 anos	
20 a 29 anos	
30 a 39 anos	
40 a 49 anos	
50 a 59 anos	
60 a 69 anos	
70 a 79 anos	
80 a 89 anos	
90 a 99 anos	
100 anos ou mais	

CIDADES DE ORIGEM	QT
Bacabal	
Alto Alegre	
Altamira	
Bom Lugar	
Lago Açu	
Lago Verde	
Marajá do Sena	
Olho D'Água das Cunhas	
Paulo Ramos	
São Luiz Gonzaga	
São Mateus	
Satubinha	
Vitorino Freire	

PROVENIENTES	QT
HOSPITAL GERAL DE BACABAL	
HOSPITAL DE CAMPANHA	
HOSPITAL LAURA VASCONCELOS	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



ATESTADO MÉDICO

Atesta para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

que se encontra sob meus cuidados.

CID: _____

BACABAL/MA, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico - CRM

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <i>Nome Completo:</i> Hospital Referência Covid 19 Bacabal - MA <i>Endereço Completo:</i> Rua Projetada, s/nº Residencial José Lisboa Cidade: Bacabal UF: MA	1º VIA FARMÁCIA 2º VIA PACIENTE
---	--

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Órgão Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	 Assinatura Do Farmaceutico: Data ___/___/___

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <i>Nome Completo:</i> Hospital Referência Covid 19 Bacabal - MA <i>Endereço Completo:</i> Rua Projetada, s/nº Residencial José Lisboa Cidade: Bacabal UF: MA	1º VIA FARMÁCIA 2º VIA PACIENTE
---	--

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Órgão Emissor: End.: Cidade: - UF: Telefone:	 Assinatura Do Farmaceutico: Data ____/____/____

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

UNIDADE DE DEVOLUÇÃO:

DATA DA DEVOLUÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

PRODUTO

LOTE

QTE.

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

- EXCESSO DE ESTOQUE
- MEDICAMENTO/MATERIAL VENCIDO
- SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO
- OUTRAS

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA: _____



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do Médico

Exclusivo da Farmácia



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº

PACIENTE:

LEITO:

MEDICAMENTOS

Forma farmacêutica / Concentração / Posologia / Quantidade

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do Médico

Exclusivo da Farmácia



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
CHECK LIST DIÁRIO NUTRICIONAL

LEITO PACIENTE	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
--------------------	----------------	---

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 <input type="checkbox"/> 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 / /	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 <input type="checkbox"/> 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 / /	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 <input type="checkbox"/> 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 Toráxias: () SIM () NÃO Tiragens: () SIM () NÃO _____

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

Ausculpa Pumonar: _____ Imagem Radiológica _____

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

() VNI TQT () nº _____ Dias de QT: _____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS DE ADMISSÃO

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

PS: _____ SaTO2: _____ TINSPI: _____ SENS: _____ I:E: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA

Pupilas: _____ Mobilidade: Ativa () 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

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 _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> 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	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL
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	Desorientação ao Estímulo Doloroso	3
		Ausência de Resposta	1	Descerebração ao Estímulo Doloroso	2
				Ausência de Resposta	1
				TOTAL =	

VALORES DE REFERÊNCIA GLASGOW

3 a 8 - Traumatismo Grave: Coma Grave
9 a 12 - Traumatismo Moderado: 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 Intestinal: 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:



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	
11 - NOME DA MÃE		Masc. <input type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RAÇA/COR	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
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	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OMIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA		44 - CBOR
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - CNAE DA EMPRESA		
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			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da Consulta: (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Data:

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data:

Assinatura do Especialista

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da Consulta: (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Data:

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Data:

Assinatura do Especialista



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CLIENTE: _____

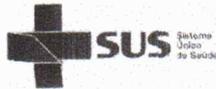
QUARTO: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____

INTERNAÇÃO: _____

DATA: ____ / ____ / ____ FIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nº	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Jejum às _____ para _____		
2	Peso Corpóreo _____		
3	Avaliar e anotar nível de consciência		
4	Verificar e anotar sinais vitais cada _____ hora		
5	Trocar e fixação de COT ou Traqueostomia		
6	Banho de _____		
7	Higiene oral _____ x dia		
8	Higiene Íntima _____ x dia		
9	Realizar mudança de decúbito _____ x dia		
10	Realizar massagem de conforto _____ x dia		
11	Produto para massagem		
12	Sentar cliente na poltrona		
13	Observar e anotar diurese		
14	Observar e anotar eliminações		
15	Observar e anotar aceitações alimentares		
16	Realizar limpeza concorrente da Unidade		
17	Trocar de equipo/ Torneirinha/ Extensores/ Bureta		
18	Puncionar Veia Periférica		
19	Uso de Bomba de infusão		
20	Controle de infusão Venosa		
21	Trocar de circuito respiratório		
22	Aspiração - OTQ/ETM _____ x dia		
23	Tricotomia - Região _____		
24	Encaminhar o cliente para _____		
25	Curativo P/M/G _____		



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REFERÊNCIA COVID-19 / BACABAL

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: _____

Data de Nas. ____/____/____

Sexo: () Fem. () Mas.

URINÁLISE

- EAS (SUMÁRIO)
- PLANTOSTE
- GLICOSÚRIA

PARASITOLOGIA

- FEZES PARAS
- PH FECAL
- P. LEUCÓCITOS
- DIGESTIBILIDADE
- SUBST. REDUTORAS
- ROTAVÍRUS

CITOLOGIA

- COLPOC. ONCÓTICA
- (PREVENTIVO)

HEMOTOLOGIA

- GRUPO SANGÜÍNEO
- FT-RH
- HEM. COMPLETO
- COOMBS. DIRETO
- COOMBS. INDIRETO
- VHS (HEMOSEDIM)
- COAGULOGRAMA
- CÉLULAS L.E.
- FALCITESTE
- TTPA
- CONT. RETICULÓCITOS
- TP

BACTERIOLOGIA

- BACTERIOSCOPIA
- _____
- CULTURA
- _____
- ANTIBIOGRAMA
- _____

BIOQUÍMICA

- ALBUMINA
- ÁC. ÚRICO
- AMILASE
- BILIRRUBINAS
- COL. TOTAL
- COL. HDL
- COL. LDL
- COL. VLDL
- TRIGLICERÍDES
- CLORETOS
- CÁLCIO
- CREATININA
- FERRO SÉRICO
- FÓSFORO
- FOSF. ALCALINA
- GLIC. JEJUM
- GLIC. PÓS PRANDIAL
- GAMA G. T.
- HEMOG. GLICOLISADA
- LÍPID. COMPLETO
- LÍPIDES TOTAIS
- MAGNÉSIO
- MUCO PROTEÍNA
- POTÁSSIO
- PROTEÍNAS TOTAIS
- SÓDIO
- TRANS. (ASL/ALT)
- TGO
- TGP
- URÉIA
- _____
- _____

IMUNOLOGIA

- HIV 1 + II
- ANTI HBS (AUSAB)
- HbEAg - HEPATITE B
- HCV HEPATITE C
- HVA HEPATITE A IgG/IgM
- ANTI-HBE
- ANTI-HBC M
- ANTI-HBC-G
- HBSAg
- CLAMIDIA IgG/IgM
- LEPTOSPIROSE
- REAÇÃO DE WIDAL
- MONOTEST
- FATOR REUMATÓIDE
- ASLO
- PCR
- VDRL
- CITO-IgG
- CITO-IgM
- RUBÉOLA IgG
- RUBÉOLA IgM
- TOXO IgG
- TOXO IgM
- HERPES
- PSA

HORMÔNIOS

- BHCG
- FSH
- LH
- ESTRADIOL
- TSH
- T3-TOTAL
- ANTI-MIC
- TIREOGLOBINA
- T4-TOTAL
- T4-LIVRE
- PROGESTERONA
- PROLACTINA
- _____

DATA: ____/____/____

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 _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	
T A R D E	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> Troca Stericath	
N O I T E	FC _____ PA _____ <input type="checkbox"/> DV _____ FR _____ SpO2 _____ <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MNB <input type="checkbox"/> VENTURI (_____ L/MIN) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> T. Autonomia <input type="checkbox"/> T. Tubo T EXTUBAÇÃO: Hora _____ <input type="checkbox"/> VNI Pós Extubação Hora: _____	<input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Troca Fixação <input type="checkbox"/> 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	

SOLICITAÇÃO DE SANGUE/HEMOCOMPONENTE

Nome completo do paciente sem abreviaturas: _____

Nº Prontuário/Registro Hospitalar: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____

Diagnóstico: _____

Hemocomponentes (s) solicitado (s): (especificar volume ou quantidade)

Tipagem: _____

Conc. de Hemácias ()

Conc. de Plaquetas ()

Plasma Fresco Congelado ()

Vol. _____ / Quant.: _____

Vol. _____ / Quant.: _____

Vol. _____ / Quant.: _____

() Deleucocitado ou Filtrado

() Deleucocitado ou Filtrado

() Crioprecipitado

() Lavado

() Lavado

() Irradiado

() Irradiado

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

Hb: _____ ou Ht: _____ Nº de plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____

Obs:

Transfusões prévias? () Sim () Não

Teve reação transfusional? () Sim () Não Qual tipo?

Antecedentes gestacionais:

Tipos de Transfusão

() Programa Dia ___/___/___ Hora: _____

() De rotina (Dentro de 24 horas)

() Urgente (Dentro de 3 horas)

() De urgência (qualquer retardo acarretará risco para vida) --- **Vide Verso**

Tipo de Transfusão

() Ambulatório

() Clínica Cirúrgica

() Gineco;Obstetrícia

() UTI

() Clínica Médica

() Pediatria

() Emergência/SPA

() Residência

Data: ___/___/___

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

(Uma requisição incompleta, inadequada e ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia)

Em cumprimento à Resolução Portaria nº 1353, art. 105,16,107 e 108, publicada em 13/06/2011 (que substitui a resolução RDC nº 343/021VIS, é obrigado a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO +Rh são provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido. Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPREESCINDÍVEL o preenchimento do termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

() Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunohematológicas. O paciente está sob a minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem a demora na liberação do Hemocomponente solicitado, estando eu de acordo com a transfusão sem provas de compatibilidade pré-transfusionais, sendo que as mesmas devem ser finalizadas ainda que, sejam competadas.

Data: ___/___/___

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUÇÃO COM HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPOS E/OU INCOMPATÍVEIS

() Declaro estar ciente da não disponibilidade em estoque, no momento, do Hemocomponente do mesmo grupo sanguíneo do meu paciente, porém, diante da urgência do caso, autorizo a transfusão de sangue hetero grupo compatível.

() Declaro estar ciente do problema imunohematológico do sangue do paciente a quem estou prestando assistência médica, cabendo-me a autorização do sangue menos compatível pela imperativa necessidade de tratamento que o caso requer.

Data: ___/___/___

Hora: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIOTICOS

1. NOME: _____

2. IDADE _____ 3. DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ 4. SETOR: _____

5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____ LABORATORIAL: ___ S ___ N

6. CULTURA ___ S ___ N

7. CIRURGIA ___ S ___ N

TIPO DE CIRURGIA: _____
____ LIMPA
____ POTENCIALMENTE CONTAMINADA
____ CONTAMINADA
____ INFECTADA

8. FATORES DE RISCO:

____ DM _____ INTERNAÇÃO DE LONGA DURAÇÃO

____ ACESSO VENOSO PROFUNDO _____ ACAMADO

____ HAS _____ CATETESIMO VESICAL

____ IMUNODEPRIMIDO

9. ANTIBIÓTICO SOLICITADO: _____.

10. APRESENTAÇÃO:

____ VO _____ IM DURAÇÃO: _____ DIAS

____ IV OUTROS: _____ HORÁRIO: _____.

11. MOTIVO:

____ PROFILAXIA _____ TERAPEUTICO

12. INDICAÇÃO:

____ PNEUMONIA _____ FERIDA CIRÚRGICA _____ INFECÇÃO DE CATETER

____ SEPTICEMIA _____ INFECÇÃO URINARIA _____ OUTROS: _____.

13. TIPO DE INFECÇÃO:

____ HOSPITALAR _____ COMUNITÁRIA (MENOS DE 48 HORAS DE INTERNAÇÃO).

14. SOLICITANTE: _____.

DATA E CARIMBO

DATA: ____/____/____.

CONTROLE DE LIBERAÇÃO PELA FARMÁCIA:

	DATA	QUANTIDADE	PROFISSIONAL	TOTAL/DIA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				