



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 367/2022

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 **03/05/2022 a 07/05/2022**, 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 **Semestral** do Hospital de Traumatologia e Ortopedia, em São Luís/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **03/05/2022 a 07/05/2022**.

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, no horário das 08h às 17h, 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 da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE**.

[Digite aqui]

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

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

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

11. A entrega dos produtos será realizada no local descrito a seguir:

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

12. As quantidades a serem entregues na unidade constam na plataforma de compras.

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	4400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	2100
2	4298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	4200
3	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	4200
4	4426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATÓRIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	2100
5	4383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	2100
6	4154	CAPA DE PRONTUARIO (PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR, ACABAMENTO: LAMINAÇÃO (F), FACA E CORTE/VINCO,MEDIDAS: 35X53CM	UNIDADE	24000
7	4379	CHECK LIST AMBULATÓRIO	BLOCO	4200
8	4304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	3360
9	8617	CONTROLE DE OPME - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
10	8618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA- BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	3360
11	4405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	4200
12	4396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	4200
13	4563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	4200
14	8615	MAPA DE ENFERMAGEM POSTO 1 - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	6300
15	8616	MAPA DE ENFERMAGEM TÉRREO - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
16	8619	MAPA DE FISIOTERAPIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
17	8620	MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
18	8621	MEDICAÇÃO DIÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	6300
19	3643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	16800
20	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	16800



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

21	7155	RELATÓRIO SAEP - COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSOES E DO OUTRO, MAIS 2.	BLOCO	4200
22	4276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	4200
23	7154	ROTULO DE IDENTIFICACAO PADRAO - IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	42000
24	7151	ROTULO DE SOROS - IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	8400

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 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:

[Digite aqui]

- 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 da sede da Empresa, 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 as certidões que comprovem regularidade fiscal da empresa, atualizadas, 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 modelo, tipo, apresentação, dimensão 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**.
28. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.
29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.
30. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

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

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

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

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

Santo Antônio de Pádua/RJ, 03 de maio de 2022.

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br
ANEXO I

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

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

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA-HTO**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 06 (SEIS) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	4400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	2100
2	4298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	4200
3	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	4200
4	4426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATÓRIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	2100
5	4383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	2100
6	4154	CAPA DE PRONTUÁRIO (PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR, ACABAMENTO: LAMINAÇÃO (F), FACA E CORTE/VINCO, MEDIDAS: 35X53CM	UNIDADE	24000
7	4379	CHECK LIST AMBULATÓRIO	BLOCO	4200
8	4304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	3360
9	8617	CONTROLE DE OPME - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
10	8618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA- BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	3360
11	4405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	4200
12	4396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	4200
13	4563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA	BLOCO	4200

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

		COMPLEXIDADE(APAC), MONOCROMÁTICO A4		
14	8615	MAPA DE ENFERMAGEM POSTO 1 - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	6300
15	8616	MAPA DE ENFERMAGEM TÉRREO - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
16	8619	MAPA DE FISIOTERAPIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
17	8620	MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
18	8621	MEDICAÇÃO DIÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	6300
19	3643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	16800
20	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	16800
21	7155	RELATÓRIO SAEP - COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSÕES E DO OUTRO, MAIS 2.	BLOCO	4200
22	4276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	4200
23	7154	ROTULO DE IDENTIFICAÇÃO PADRÃO - IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	42000
24	7151	ROTULO DE SOROS - IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	8400

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **06 (seis) 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 passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 367/2022/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 02/2020/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

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

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

2.1. **Certidões Negativas de Débitos Federais 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 da sede da Empresa, 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 **02/2020/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

[Digite aqui]

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.

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

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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

entrega pela **CONTRATANTE** as condições físicas apresentadas pelo objeto, ou seja, se estão de acordo com o constante na Ordem de Fornecimento. Caso estas condições não sejam satisfatórias, a remessa poderá ser devolvida ou recusada, devendo ser repostas por outra, no prazo de 02 (dois) dias úteis, independentemente da aplicação das penalidades previstas.

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

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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

1.3.1. Advertência;

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

2. A **CONTRATADA** fica sujeito a multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do presente contrato, por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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°. 367/2022/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°. 367/2022/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;

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°. 367/2022/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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 858/ 2021/ MA.

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

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

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

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

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

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

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

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

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Vencidos os 06 (seis) 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.



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 denunciação à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denunciação.

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

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

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



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br
São Luís/MA, xx de xxxx de 2022.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA
XXXXXXX

TESTEMUNHAS:

Nome:
End.:
CPF:

Nome:
End.:
CPF:

MODELOS DOS FORMULÁRIOS



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



INVISA

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

I-IDENTIFICAÇÃO E ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

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

II- ADMISSÃO NA UTI

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

EXAME FÍSICO

Cabeça e pescoço:

Cabeça: () Sem alterações () Dreno _____ Obs: _____
 Mucosa: () Normocorada () Hidratada () Cianose () Icterícia
 () Hipocorada () Desidratada Obs: _____
 Neurológico: () Acordado () Torporoso () Orientado () Sedado
 () Inconsciente () Agitado () Confuso

Escala de Glasgow: Abertura ocular () Resposta verbal () Motor () Total: _____ Rass ()
 () Dor Local: _____ Tipo: _____ Intensidade: _____

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

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

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

Obs: _____

Pele e Anexos: () Sem alteração () Icterícia (/) () Turgor _____
 () Cianose (/) () Palidez (/) () Lesão por pressão _____
 () Lesão _____ () FO _____

Obs: _____

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

() Dreno _____ () Intracathl _____

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

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

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

() Tiragem intercostal () Batimento de asas do nariz () Hemoptise () Tosse-espectoração

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

Parâmetros: VC/PC: _____ Frequência: _____

Peep: _____ FiO2: _____

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

Cardiovascular: Frequência cardíaca: _____ bpm () Normocárico () Bradicárdico () Taquicárdico

Pulsos periféricos: () Presente () Ausente () Ritmico Pressão arterial: _____ mmHg

() Drogas vasoativas: _____

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

Obs: _____

Abdome: () Plano () Escafóide () Distendido () Assimétrico () Globoso

() Visceromegalias () Outros _____ () Doloroso _____

Gastrointestinais: () RHA ausentes () RHA presentes Glicemia: _____

() Gastrostomia () Jejunostomia () Colostomia Local: _____

() Vômitos _____ () Hematêmese () Náusea

() Dreno(s) _____ () SNG N° _____ () SNG N° _____ () SNG N° _____

Hábito intestinal: Frequência _____ () Diarréia _____ /dia

() Flatulência () Obstipação () Melena

Urinário: () Sem alteração () Hematúria () Poliúria () Diálise peritoneal

() Incontinência () Piúria () Polaciúria () Hemodiálise

() Retenção () Colúria () Oligúria () SVD N° _____

() Disúria () Anúria () Cistostomia N° _____

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

Obs: _____

Membros:

Superiores: () Edemas (/) Acesso venoso: () Periférico _____ () Acesso arterial

Inferiores: () Edemas (/) Acesso venoso: () Periférico _____ () Acesso arterial

Obs: _____

IV - CONDUTA NA ADMISSÃO

Instalado: () Monitorização hemodinâmica () Oximetria de pulso () Respirador mecânico

() Verificação de sinais vitais () Aquecimento () Passagem de sonda _____ () Curativo _____

() Coleta de gasometria arterial: pH _____ PCO² _____ PO² _____ SPO² _____ HCO³ _____

() realização de hemoculturas

Assinatura do enfermeiro(a) e carimbo



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE.
---------------------------------------	-------------------------------------	------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO () CNS () CPF	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
---	-----------

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____
_____, RGnº _____ foi
atendido(a) no Hospital de Traumatologia e Ortopedia no dia
___/___/___ às _____ horas, necessitando de _____
(_____) dias de repouso, por motivo de doença.

CID. _____

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

Nota: este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 27 de CLPS.
Aprovada pelo decreto nº. 89.312 de 23/01/84 e resolução CFM-1190/84 e
será expedido para justificar de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____
_____, RGnº _____ foi
atendido(a) no Hospital de Traumatologia e Ortopedia no dia
___/___/___ às _____ horas, necessitando de _____
(_____) dias de repouso, por motivo de doença.

CID. _____

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

Nota: este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 27 de CLPS.
Aprovada pelo decreto nº. 89.312 de 23/01/84 e resolução CFM-1190/84 e
será expedido para justificar de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

BALANÇO HIDRICO

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

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

GANHOS TOTAL:

Ass. Enf. SN

PERDAS TOTAL:

BH:

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

NENHUMA	1	CISALHAMENTO		PROBLEMA	APARENTE		
---------	---	--------------	--	----------	----------	--	--



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



PRONTUÁRIO Nº: _____

PACIENTE:

OBSERVAÇÃO:

checklist para Agendamento de Cirurgia		AMBULATÓRIO
AMBULATÓRIO		Data: __/__/__
Nome: _____		
Data de Nascimento:	CPF:	
Grupo sanguíneo:	Fator RH:	Contato:

Exames de Laboratório de Análise Clínicas () Não () Sim – Data: __/__/__	Exames de Imagem Radiografia () Não () Sim – Data: __/__/__
Risco Cirúrgico () Não () Sim – Data: __/__/__	Tomografia () Não () Sim – Data: __/__/__
Solicitação de Hemocomponentes () Não () Sim	Outros () Não () Sim – Data: __/__/__
OPME () Não () Sim	Carteira de Vacinação () Não () Sim
OBS:	Faz uso de anticoagulantes: SIM () NÃO ()
_____	Declaro que recebi meus exames e as orientações pré-operatórias
Responsável pelo Preenchimento	_____

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR	Data: __/__/__
Procedência:	
Nome do Contato:	
Data da Cirurgia:	
Procedimento:	
Cirurgião:	
OPME:	
Empresa:	
Observação: _____	

Responsável pelo Preenchimento	

Checklist para Agendamento de Cirurgia		AMBULATÓRIO
AMBULATÓRIO		Data: __/__/__
Nome: _____		
Data de Nascimento:	CPF:	
Grupo sanguíneo:	Fator RH:	Contato:

Exames de Laboratório de Análise Clínicas () Não () Sim – Data: __/__/__	Exames de Imagem Radiografia () Não () Sim – Data: __/__/__
Risco Cirúrgico () Não () Sim – Data: __/__/__	Tomografia () Não () Sim – Data: __/__/__
Solicitação de Hemocomponentes () Não () Sim	Outros () Não () Sim – Data: __/__/__
OPME () Não () Sim	Carteira de Vacinação () Não () Sim
OBS:	Faz uso de anticoagulantes: SIM () NÃO ()
_____	Declaro que recebi meus exames e as orientações pré-operatórias
Responsável pelo Preenchimento	_____

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR	Data: __/__/__
Procedência:	
Nome do Contato:	
Data da Cirurgia:	
Procedimento:	
Cirurgião:	
OPME:	
Empresa:	
Observação: _____	

Responsável pelo Preenchimento	



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA



SECRETARIA DA
SAÚDE



CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE OPME DO SETOR DO C.C

Paciente:		DATA: / /		
Procedimento:		CIRURGIÃO:		
Ítem:	Descrição do material	QTD	Nº DO LOTE	REPRESENTANTE/EMPRESA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
Circulante:		Instrumentador:		



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

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



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

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

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PROCEDIMENTO REALIZADO

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

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PROCEDIMENTO REALIZADO

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

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PROCEDIMENTO REALIZADO

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

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		

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

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

MAPA DE ENFERMAGEM - HTO



UNIDADE:		SETOR:		DATA:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
				OUTROS:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
				OUTROS:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
				OUTROS:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
				OUTROS:	

MAPA DE ENFERMAGEM - HTO



LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
			OUTROS:		
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
			OUTROS:		
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
			OUTROS:		
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	ATB/ CURATIVO	DISPOSITIVOS	REALIZADOS
	NOME:		ATB/DIA:	AVP/M:	
ADM	DIAGNÓSTICO:			SNE/SNG:	
	IDADE:		CURATIVOS:	SVD:	
DN	PESO: ALTURA:			CVC:	
	ALERGIA:			TOT/TQT:	
			OUTROS:		

MAPA DA FISIOTERAPIA-UTI.

NOME: _____ DN: ___/___/___ IDADE: ___ DIAGNÓSTICO: _____ . ADM: ___/___/____. LEITO: _____

DATA __/__/____	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	VENTILAÇÃO MECÂNICA (Modelo: _____) VM: __/__/__.	NEUROLÓGICO MOTOR	GASOMETRIA / BALANÇO HÍDRICO	DESMAME	CONDUTA	INTERCORRÊNCIAS/ PENDÊNCIAS
M A N H Ã	FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA: () Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____	DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ : ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___	ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV	pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____	() TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___h () EOT acidental: ___:___h () VNI: ___:___h	() Pronação Início: ___:___h Término: ___:___h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat.	
T A R D E	FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA: () Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____	DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ : ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___	ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV	pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____	() TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___h () EOT acidental: ___:___h () VNI: ___:___h	() Pronação Início: ___:___h Término: ___:___h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat.	
N O I T E	FC: ___ PA: ___ X ___ FR: ___ SpO ₂ : ___ % DVA: () Nora/Adren: ___ () Dobuta/Dopa: ___ () AA () CNO ₂ : ___ l/min () Másc. Conc.: ___ l/min AP: _____ RX: _____ TC: _____	DIAS DE TOT: ___ CL: ___ Nº: ___ DIAS DE TQT: ___ MODO: _____ VC: ___ P _{insp} : ___ PS/ΔP: ___ FR: ___ PEEP: ___ FiO ₂ : ___ % V _{MIN} : ___ P _{PICO} : ___ P _{PLATÔ} : ___ C _{EST} : ___ C _{DYN} : ___ R _{VA} : ___ Fluxo/T _{INSP} : ___ l:E: ___ : ___ Sens: ___ Pressão Cuff: ___	ECG/RASS: _____ Sedação: () Fent/Morf: ___ () Midazolan: ___ () Ketamina: ___ () BNM: ___ MRC: _____ Nível Funcional: () I () II () III () IV	pH: _____ pO ₂ : _____ pCO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ BE: _____ SpO ₂ : _____ P/F: _____ Lact: _____ BH: _____	() TRE () Tubo T () Sucesso () Falha Motivo: _____ () EOT: ___:___h () EOT acidental: ___:___h () VNI: ___:___h	() Pronação Início: ___:___h Término: ___:___h () MRA PEEP ideal: _____ () Troca de Filtro () Troca Fixação () T. Stericath () Fisiot. Motora () Fisiot. Respirat.	

MAPA
FONOAUDIOLOGIA

NOME:						DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	DIAGNÓSTICO:	
NOME SOCIAL:									
LEITO:		PESO:	ALTURA:						
DATA /	COMUNICAÇÃO LINGUAGEM	PROCEDIMENTO	VIA DE ALIMENTAÇÃO	CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA	HIGIENE ORAL	OBSERVAÇÃO			
M A R A H Ã	() Compreensão () Expressão () Afasia _____ () Fala Fluente () Fala não Fluente () Uso de VF () Disartria () Não Contactuante () Voz _____	() Avaliação estrutural () Avaliação funcional () Fonoaterapia direta () Fonoaterapia indireta () Gerenciamento de HO () Gerenciamento de VO	() VO () SNE () SNE + VO () GTT () GTT + VO () PARENTERAL _____ _____ _____	() VM Tempo _____ () IOT Tempo _____ () Extubação _____ () TQT: () Plástica () Metálica () O2 () Mascara Concentradora () AA • Saturação de O2 SpO2 durante alimentação _____ % SpO2 após alimentação _____ % • Queda da SpO2: () SIM () NÃO	() BEG () REG () MEG	_____ Profissional Responsável			
	T A R D E	() Compreensão () Expressão () Afasia _____ () Fala Fluente () Fala não Fluente () Uso de VF () Disartria () Não Contactuante () Voz _____	() Avaliação estrutural () Avaliação funcional () Fonoaterapia direta () Fonoaterapia indireta () Gerenciamento de HO () Gerenciamento de VO	() VO () SNE () SNE + VO () GTT () GTT + VO () PARENTERAL _____ _____ _____	() VM Tempo _____ () IOT Tempo _____ () Extubação _____ () TQT: () Plástica () Metálica () O2 () Mascara Concentradora () AA • Saturação de O2 SpO2 durante alimentação _____ % SpO2 após alimentação _____ % • Queda da SpO2: () SIM () NÃO	() BEG () REG () MEG	_____ Profissional Responsável		



MAPEAMENTO DE CIRURGIA - SISTEMA WARELINE

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____.

PACIENTE: _____ D N: ____/____/____.

CIRURGIA: _____ LADO: () D () E . SALA: _____

ENTRADA NA SO: ____:____H INÍCIO DE CIRURGIA: ____:____H HORÁRIO DA DURAÇÃO PREVISTA: _____

TÉRMINO REAL (SUTURA): ____:____H TÉRMINO DA CIRURGIA (SAÍDA NA SO): ____:____H HORÁRIO DA DURAÇÃO REAL : _____

CIRURGIÃO: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____ PRONTUÁRIO: _____

CARÁTER:()ELETIVA:programada()URGÊNCIA:de 24 à 48h()EMERGÊNCIA:imediate até 24h

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO

() LIMPA:Tecido estéril ou passível de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas

() POTENCIAL. CONTAMINADA:Tecido colonizado por flora microbiana pouco numerosa ou de difícil descontaminação, ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou com falha técnica discreta

() CONTAMINADA:Tecido traumatizado recentemente e aberto, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil descontaminação ou falha técnica grosseira, sem supuração local

() INFECTADA:Tecido ou órgão, em presença de tecido infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja

CLASSIFICAÇÃO DO PORTE CIRÚRGICO:()I:até 2 horas()II:de 2 à 4 horas()III:de 4 à 6 horas()IV:acima de 6 horas

ASA: OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO ANESTESISTA

I- SAUDÁVEL ()

II- COM DOENÇA SISTEMICA DISCRETA ()

III- COM DOENÇA SISTEMA GRAVE COM LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE ()

IV- COM DOENÇA SISTEMICA INCAPACITANTE COM AMEAÇA A VIDA ()

V- COM MORTE CEREBRAL CUJOS ORGÃOS SERAM RETIRADOS COM FIM DE DOAÇÃO / DOADOR DE ORGÃO ()

REOPERAÇÃO: () NÃO () SIM ANATOMO-PATOLÓGICO () NÃO () SIM

USO DE PRÓTESE: () NÃO () SIM. QUAL? _____ SANGUE: () NÃO () SIM _____

ANTIBIÓTIC () NÃO SE APLICA () NÃO

() SIM. QUAL? _____ HORA: ____:____

() EM USO

OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO

DESTINO DO PACIENTE : () DOMICÍLIO () UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CLÍNICA () UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI () SRPA

EMPRESA / OPME:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN:

Nome:	Leito:	DATA:	Turno:
Prescrição de Enfermagem	Horário	ANOTAÇÕES	
() Jejum às			
() Verificar sinais vitais			
() Banhar			
() Realizar higiene oral x dia, turno			
() Realizar íntima x dia, turno			
() Sentar cliente na poltrona (ou leito), x dia			
() Observar e anotar as eliminações intestinais			
() Realizar curativo			
() Aspirar secreções de vias aéreas superiores			
() manter grades elevadas			
() Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico			
() Observar e anotar aceitação alimentares			
() Manter cabeceira elevada de 30º a 45º			
() Promover ambiente calmo, relaxante e seguro			
() realizar Mudança de Decúbito			
() Avaliar e registrar presença de dor (EVA)			
ESCALA DE DOR (EVA E EVN)			
MANHÃ			
TARDE			
NOITE			

Nome:	Leito:	DATA:	Turno:	
ESCALA DE MORSE FALL		ANOTAÇÕES		
Histórico de Quedas				
Não	0			
Sim	20			
Diagnóstico Secundário				
Não	0			
Sim	15			
Auxílio na Deambulação				
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0			
Muletas/Bengala/Andador	15			
Mobiliário/Parede	30			
Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado				
Não	0			
Sim	20			
Marcha				
Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas	0			
Fraca	15			
Comprometida /Cambaleante	20			
Estado Mental				
Orientado/Capaz quanto a sua Orientação	0			
Superestima capacidade/ Esquece limitações	15			
TOTAL:				
Sem risco: 0-24 Baixo risco: 25-44 Alto risco: ≥ 45				
ESCALA DE BRADEN				
Percepção Sensorial	1- Total	2 Muito limitado	3 Leve limitado	4 Nenhuma limitação
Umidade	1 -Excessiva	2 Muita	3 Ocasional	4 Rara
Atividade	1 -Acamado	2 Confinado à Cadeira	3 Deamb. Limita	4 Deamb. Frequent
Mobilidade	1 -Imóvel	2 Muito limitado	3 Discreta limita	4 Sem limitação
Nutrição	1 - Deficiente	2 Inadequada	3 Adequada	4 Excelente
Fricção e Cisalhamento	1- Problema	2 Problema potencial	3 Sem problema	
Sem Risco ≥ 19	Risco Leve 15 a 18 ()	Risco Moderado 13 e 14 ()	Risco Alto ≤ 12	Total
ASSINATURA/CARIMBO				



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DATA: ____/____/____

HORA DE INÍCIO: ____:____

HORA DE TÉRMINO: ____:____

ETIQUETA DO PACIENTE OU:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

A **Enfermagem** confirma verbalmente com a equipe a Pulseira de Identificação do paciente está com os dados corretos? SIM NÃO

Consentimento informado assinado pelo paciente?
 SIM NÃO

Qual local da cirurgia?

Qual procedimento a ser realizado? _____

Qual lado? ESQUERDO DIREITO

O sítio cirúrgico foi marcado? SIM Não se aplica

O paciente tem alguma alergia? SIM NÃO

Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?
 NÃO SIM, _____

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças?) SIM NÃO

Há reserva no Banco de Sangue? SIM NÃO

CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA

O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? NÃO SIM, qual? _____

_____ Hora: ____:____

ANESTESIOLOGISTA

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

CONFIRMAÇÃO

A **Enfermagem** confirma verbalmente com a equipe.

- Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções
- Peça ao cirurgião que confirme verbalmente:
 1. Identificação do paciente
 2. Local da cirurgia a ser realizada
 3. Procedimento a ser realizado

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO

Exames de imagem disponíveis?
 SIM NÃO

Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico?
 SIM NÃO

Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis?
 SIM NÃO, qual? _____

TÉC. DE ENFERMAGEM

ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA DE OPERAÇÃO

REGISTRO

A **Enfermagem** confirma verbalmente com a equipe.

Houve mudança no procedimento realizado?
 SIM NÃO

A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta?
 SIM NÃO

As peças cirúrgicas estão identificadas com o nome do paciente?
 SIM NÃO

Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?

NÃO SIM, _____

Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório?

ENFERMAGEM

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA



RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE _____

Rua Cantanhede, nº 3, quadra 44 - Jardim Eldorado, Turu



RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE _____

Rua Cantanhede, nº 3, quadra 44 - Jardim Eldorado, Turu

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

Data: ___/___/___

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

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

Carimbo/assinatura

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

Data: ___/___/___

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

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

Carimbo/assinatura



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEdia

RÓTULO DE SORO

NOME:

QUARTO:

LEITO:

SG _____ % _____ ml

SF _____ % _____ ml

_____ % _____ ml

NaCl _____ 20% _____ ml

KCL _____ 19% _____ ml

_____ % _____ ml

_____ % _____ ml

_____ % _____ ml

GTS/MIN.:

ml/h

ETAPA:

HORA:

RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 - Nome Completo

2 - N° do Registro Hospitalar

3 - Localização do Paciente

4 - Grupo ABO e Fator Rh do Receptor

RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 - Prova de Compatibilidade

Realizada Compatível Incompatível

Não Realizada

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

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
NANDA 2018-2020**

Identificação do Paciente

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

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

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

Assinatura e carimbo do Enfermeiro:



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

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

PACIENTE _____ REGISTRO _____ DATA ____/____/____
PROCEDÊNCIA _____ LEITO _____ HORA _____
MÉDICO (A) _____ IDADE _____ PESO _____

ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

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

PREPARO

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

EXAMES

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

ESTADO NEUROLÓGICO

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

PELE E ANEXOS

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

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

Técnico em Enfermagem

Enfermeiro

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

TRANS-OPERATÓRIO

Sala _____ Início _____ Término _____ Tempo Total de Cirurgia _____ Lado a ser operado () D () E

Cirurgia Proposta _____

Cirurgião _____ 1º Auxiliar _____ 2º Auxiliar _____

Anestesista _____

Instrumentador _____ Circulante _____

MEDICAÇÕES

HORÁRIOS

SINAIS VITAIS

INÍCIO

TRANS

TÉRMINO

ANESTESIA

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

EQUIPAMENTOS USADOS

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

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

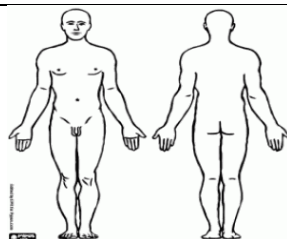
PEÇA CIRÚRGICA: Histopatológico () Cultura () Congelação ()

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








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

POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA

- () DDH () DLD
 () DD ELEVADO () DLE
 () DVH () Ginecolo
 () Outras _____



LEGENDA

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

QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS

Compressas Grandes Abertas _____ Compressas Grandes Conferidas _____

Compressas Pequenas Abertas _____ Compressas Pequenas Conferidas _____

Agulhas Abertas _____ Agulhas Conferidas _____

TABELA PARA ESCALA DE ALDRET

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

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

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

ENCAMINHADO COM:

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