



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 377/2022

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 **05/05/2022 a 09/05/2022**, 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 Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, em São Luís/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **05/05/2022 a 09/05/2022**.

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

[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 04/2018/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

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

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

- **Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa**, localizado na Rua 13, Cohab anil I - São Luís/ MA, CEP: 65066780, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 3202-3778.

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

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	8069	BLOCO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	80
2	6942	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	40
3	4438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	40
4	4443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	40
5	4441	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE	BLOCO	40
6	4442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	40
7	4558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.	BLOCO	40
8	8546	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA-100 FOLHAS	BLOCO	40
9	8540	BLOCO PARA FICHA DE ATENDIMENTO - 100 FOLHAS	BLOCO	80
10	7118	BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	6000
11	7122	BLOCO SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	40
12	7152	CAPA DE PRONTUÁRIO - CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M ² , OU MAIOR.	UNIDADE	18000
13	8635	FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - 100FLS	BLOCO	80
14	8636	FICHA DE CONTROLE DE FREQUENCIA DE PACIENTE - 100FLS	BLOCO	80
15	8637	FICHA DE EDUCAÇÃO FÍSICA - 100FLS	BLOCO	40
16	8640	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ECG - 100FLS	BLOCO	40
17	8563	FICHA DE TERAPIA OCUPACIONAL - 100 FOLHAS	BLOCO	40
18	8634	FICHA PARA AVALIAÇÃO DE PILATES - 100FL	BLOCO	40
19	8639	FICHA PARA AVALIAÇÃO MUSICOTERAPIA	BLOCO	40
20	8638	FICHA PARA AVALIAÇÃO VENTOSATERAPIA - 100FLS	BLOCO	40
21	3040	RECEITUÁRIO AZUL (NOTIFICAÇÃO B)	BLOCO	40

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.

[Digite aqui]

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:

- 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,

[Digite aqui]

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

[Digite aqui]

no curso da execução contratual.

33.No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do MARANHÃO** por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

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, 05 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 CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 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	8069	BLOCO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	80
2	6942	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	40
3	4438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	40
4	4443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	40
5	4441	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE	BLOCO	40
6	4442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	40
7	4558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.	BLOCO	40
8	8546	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA-100 FOLHAS	BLOCO	40
9	8540	BLOCO PARA FICHA DE ATENDIMENTO - 100 FOLHAS	BLOCO	80
10	7118	BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	6000
11	7122	BLOCO SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR 100 X 1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	40
12	7152	CAPA DE PRONTUÁRIO - CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M ² , OU MAIOR.	UNIDADE	18000
13	8635	FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - 100FLS	BLOCO	80
14	8636	FICHA DE CONTROLE DE FREQUENCIA DE PACIENTE - 100FLS	BLOCO	80
15	8637	FICHA DE EDUCAÇÃO FÍSICA - 100FLS	BLOCO	40
16	8640	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ECG - 100FLS	BLOCO	40
17	8563	FICHA DE TERAPIA OCUPACIONAL - 100 FOLHAS	BLOCO	40

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

18	8634	FICHA PARA AVALIAÇÃO DE PILATES - 100FL	BLOCO	40
19	8639	FICHA PARA AVALIAÇÃO MUSICOTERAPIA	BLOCO	40
20	8638	FICHA PARA AVALIAÇÃO VENTOSATERAPIA - 100FLS	BLOCO	40
21	3040	RECEITUÁRIO AZUL (NOTIFICAÇÃO B)	BLOCO	40

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa**, localizado na Rua 13, Cohab Anil I - São Luís/ MA, CEP: 65066780.

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **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 377/2022/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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES**, firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

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

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

2.1. Certidões Negativas de Débitos Federais 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 **04/2018/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

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

Banco: XXXXX
Agência: XXXXX
Conta Corrente: XXXX

5. Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e 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

[Digite aqui]



INSTITUTO VIDA E SAÚDE

www.invisa.org.br

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 **Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa**, localizado na Rua 13, Cohab Anil I - São Luís/MA, CEP: 65066780, 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CONTRATADA requisitando os itens conforme demanda da Unidade de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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

1.3.1. Advertência;

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

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

1.1. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório n°. 377/2022/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
[Digite aqui]

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°. 377/2022/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°. 377/2022/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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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 necessárias 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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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.

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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

CLAÚSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

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

TESTEMUNHAS:

[Digite aqui]



INVISA
Instituto Vida e Saúde
www.invisa.org.br

Nome:

End.:

CPF:

Nome:

End.:

CPF:

MODELOS DOS FORMULÁRIOS

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nome Completo:

Nome Social:

Idade:

Data de Nascimento:

Prontuário:

Endereço:

TEL:

Profissão:

Cartão do SUS:

Médico Responsável:

Diagnóstico Médico:

Queixa Principal:

HDA/HPP:

Exame Físico:

Exames Complementares:

Tratamento Proposto:

FICHA MUSICOTERAPÊUTICA

Dados Pessoais

Nome: _____

Apelido(s) _____

Idade: _____

Endereço Bairro: _____

Telefones _____

Profissão: _____

Quem indicou a musicoterapia? _____

A queixa

Conversando sobre sonoridades e musicalidades

Estado Civil: _____

Música de casamento, Filhos, Netos, Músicas, cantos, instrumentos de filhos, ou sobrinhos ou crianças queridas (experiências vividas)

Religião atual: _____ praticante: () sim () não
Músicas, cantos, instrumentos de religião

No dia-a-dia convive em local:

a) barulhento b) silencioso c) mais ou menos

Conte um pouco: _____

Em que momentos você escuta música?

OBSERVAÇÕES SONORAS DO MUSICOTERAPEUTA NO PROCESSO

Sons agradáveis, por que?

Sons desagradáveis, por quê?

Atualmente toca algum instrumento(s)?

Que instrumentos musicais agradam?

Algum instrumento incomoda?

Estilos, compositores, cantores, grupos preferidos:

Gosta de dançar?

Músicas da história de vida. Contar sobre passado, presente e futuro

Data da Avaliação: ___/___/___

Profissional: _____

Sessão 1 - ___/___/___

ASS. _____

Sessão 2- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 3- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 4- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 5- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 6- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 7- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 8- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 9- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 10- ___/___/___

ASS. _____

REAVLIAÇÃO: ___/___/___

Profissional: _____

Sessão 1 - ___/___/___

ASS. _____

Sessão 2- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 3- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 4- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 5- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 6- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 7- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 8- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 9- ___/___/___

ASS. _____

Sessão 10- ___/___/___

ASS. _____



GOVERNO DO MARANHÃO
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA A SAÚDE DO IDOSO
CREAISPI



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA - PILATES

Nome:	Prontuário:
Nome Social:	Cartão SUS:
Data de Nascimento: / /	Sexo: ()M ()F
Peso:	Altura:
Profissão:	
Diagnóstico médico:	
Pratica atividade física? Sim () Não ()	Frequência:
Já conheceu ou praticou Pilates? () Sim () Não	

ANTECEDENTES PESSOAIS E DE DOENÇAS ASSOCIADAS

() Nega patologia	() Obesidade	() Osteoporose	() Artrose
() Cirurgia	() Etilismo	() Tabagismo	() Diabetes
() Nega patologia	() Fibromialgia	() Depressão	() Transt. Ansiedade
Tratamento anterior:	() NÃO () SIM		
	() Clínico:		
	() Fisioterapêutico:		
	() Cirúrgico:		
	() Outros:		

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAMES COMPLEMENTARES

SINAIS E SINTOMAS ESPECIFICOS

Irradiação	() MID (abaixo do joelho)	() MID (acima do joelho)
	() MIE (abaixo do joelho)	() MIE (acima do joelho)
	() Nega	
Fatores de piora DOR	() Esforço físico	() Repouso prolongado
	() Posição em pé	() Posição sentada
	() Nega	() Esporte
	() Deambulação	() Emocional
	() Movimento	() Outros
Fatores que aliviam DOR	() Repouso	() Calor local
	() Fisioterapia	() Movimento
	() Exercício prolongado / alongamento	() Outros

ALTERAÇÕES POSTURAIS	
Cabeça	() Protusa () Inclínada
Ombro D	() Protuso () Retraído () Alto () Baixo
Ombro E	() Protuso () Retraído () Alto () Baixo
Coluna	() Escoliose () Hipercifose
	() Hiperlordose () Retificada
Quadril	() Anteversão () Retroversão
Pelve/crista ilíaca D	() Elevada () Anteriorizada () Posteriorizada
Pelve/crista ilíaca E	() Elevada () Anteriorizada () Posteriorizada
Joelhos	() Genovalgo () Genovaro () Hiperextensão
	() Genoflexo
Pé	() Plano () Cavo () Invertido () Evertido
TESTES ESPECÍFICOS	
Teste de flexão em pé	() Positivo () Negativo
Teste de Eli	() Positivo () Negativo
Teste de Thomas	() Positivo () Negativo
Lasegue	() D () E
Vasalva	() Positivo () Negativo
Compressão cervical	() Positivo () Negativo
Tração cervical	() Positivo () Negativo
Spurling	() D () E
Jobe	() Positivo () Negativo
Gaveta anterior/posterior	() Positivo () Negativo
OBSERVAÇÃO	
CONDUTA	
Data: ____/____/____	_____ Fisioterapeuta

SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL
AVALIAÇÃO GERAL

Data da Avaliação: _____

CNS: _____

I – Identificação

Nome: _____ Idade: _____

D. Nascimento: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ Naturalidade: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Diagnóstico: _____ Tempo de Seqüela: _____

Fone: _____ CEP: _____

Familiar ou responsável / grau de parentesco: _____

Encaminhado(a) por: _____

Exames realizados / Cirurgias realizadas / Medicamentos: _____

II – Aspectos Gerais de Saúde

Número de quedas no último ano: ____ Não caiu (00) Não lembra (99)

Média de pressão arterial: ____x____ mmhg

III – H.D.A.

IV – Aspectos Gerais da Capacidade Cognitiva e do Contexto Pessoal

1. () Avaliação da Memória
2. () Miniexame do Estado Mental
3. () Escala de Depressão Geriátrica
4. () Histórico Ocupacional

V – Exame Funcional

1. () Avaliação do Nível de Independência nas Atividades de Vida Diária
2. () Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária

VI – Informações Complementares

Comportamento	Negligência do segmento afetado
() Ativo	() Sim
() Apático	() Não
() Hipoativo	
Colaboração	Órteses
() Participativo	() Sim
() Indiferente	() Não
() Irritado	

Expectativa do cliente com relação ao tratamento: _____

VII – Parecer Terapêutico Ocupacional

Assinatura do Terapeuta Ocupacional

FICHA DE AVALIAÇÃO
PIC

Data: ___ / ___ / ___ Avaliador: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Diagnóstico Fisioterapêutico: _____

Nome: _____

Sexo: () F () M Idade: _____ Profissão: _____

End.: _____

Telefone: _____

Cirurgias Prévias: () Não () Sim
Qual? _____

Uso de Medicamento: () Não () Sim
Qual? _____

Terapias Prévias: () Não () Sim
Qual? _____

Prática Integrativa Corporal Realizada

HDA (breve histórico do quadro clínico)

FISIOTERAPEUTA

CONTROLE DE FREQUÊNCIA DO PACIENTE

Data da Avaliação: ___/___/___

Profissional: _____

Sessão 1 - ___/___/___	ASS. _____
Sessão 2- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 3- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 4- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 5- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 6- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 7- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 8- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 9- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 10- ___/___/___	ASS. _____

REAVLIAÇÃO: ___/___/___

Profissional: _____

Sessão 1 - ___/___/___	ASS. _____
Sessão 2- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 3- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 4- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 5- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 6- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 7- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 8- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 9- ___/___/___	ASS. _____
Sessão 10- ___/___/___	ASS. _____



GOVERNO DO MARANHÃO
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA A
SAÚDE DO IDOSO
CREAISPI



PRONTUÁRIO Nº: _____

PACIENTE:

OBSERVAÇÃO:

Classificação de Risco - Enfermagem CREAISPI



SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DO IDOSO (IVCF-20)

Nome Completo:

Data de nascimento:

Prontuário:

Endereço:

Unidade de procedência:

Profissão:

Solicite que o paciente responda as perguntas abaixo com a **ajuda** de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a condição de saúde atual do idoso. Todas as respostas devem ser **confirmadas** por alguém que conviva com ele. Para os idosos **incapazes de responder**, considerar as respostas do acompanhante.

IDADE

1 Qual é a sua idade?

- () 60 à 70 anos⁰;
() 75 à 85 anos¹;
() ≥ 85 anos³.

AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE

2 Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

- () Excelente, muito boa ou boa⁰;
() Regular ou ruim¹;

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

AVD Instrumental

Respostas positivas valem 4 pontos cada. Porém, a pontuação máxima, do item, é de 4 pontos mesmo que o idoso tenha respondido "sim" para todas as questões.

3 Por causa da sua saúde, ou condição física, você deixou de fazer compras?

- () Sim⁴ () Não ou não faz compras por outro motivo que não a saúde

4 Por causa de sua saúde, ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou de pagar as contas de sua casa?

- () Sim⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde

5 Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?

- () Sim⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde

Máximo 4 pts

AVD Básica

6 Por causa de sua saúde, ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?

- () Sim⁶ () Não

COGNIÇÃO

7 Algum familiar, ou amigo, falou que você está ficando esquecido?

- () Sim¹ () Não

8 Este esquecimento está piorando nos últimos meses?

- () Sim¹ () Não

9 Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

- () Sim² () Não

HUMOR

10 No último mês você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?

- () Sim² () Não

11 No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?

- () Sim² () Não

MOBILIDADE

Alcance, preensão e pinça

12 Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?

- () Sim¹ () Não

13 Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?

- () Sim¹ () Não

Capacidade aeróbica e/ou muscular

14 Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?

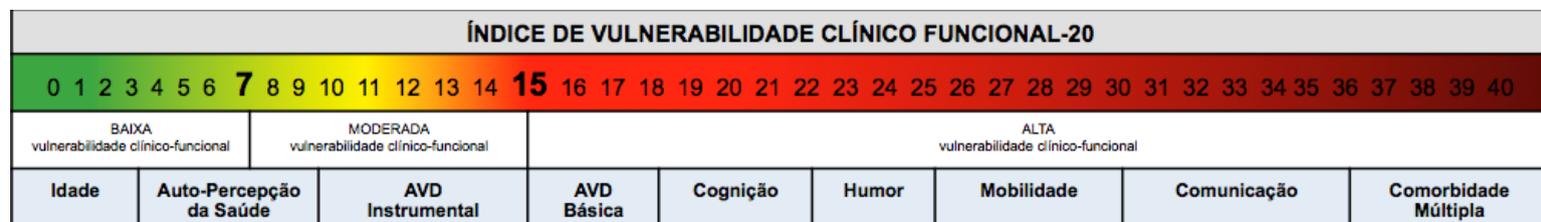
- Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano **ou** 6 kg nos últimos 6 meses **ou** 3 kg no último mês () ;
- Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ;
- Circunferência da panturrilha < 31 cm () ;
- Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () .

- () Sim¹ () Não

Máximo 2 pts

	Continência esfincteriana	15 Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
	Marcha	16 Você tem dificuldade, para caminhar, capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não 17 Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18 Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
	Audição	19 Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20 Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todos os dias () ; • Internação recente nos últimos 6 meses () . 	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (< 6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL: _____ pontos			
Idoso robusto – de 0 à 6 pontos () Idoso frágil – de 7 à 14 pontos () Idoso muito frágil - ≥ 15 pontos ()			

Fonte: Moraes et al.[19] Figura 3. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20.



Fonte: Moraes et al.[28] Figura 4. Régua de avaliação do declínio funcional a partir do IVCF-20

ORIENTAÇÕES

Após preenchimento da **FICHA DE AVALIAÇÃO DE ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DO IDOSO (IVCF-20)**, o profissional deverá calcular a pontuação total, selecionar a classificação na qual o idoso se aplica e, a partir de então, realizar a tomada de decisão com relação ao atendimento seguinte de acordo com o resultado encontrado

- **Idoso robusto:** o idoso deverá ser encaminhado de volta à Atenção Básica para que siga em acompanhamento rotineiro da equipe de Estratégia de Saúde da Família.
- **Idoso frágil ou muito frágil:** o idoso deverá prosseguir com o atendimento no *Centro de Referência em Atenção Integrada à Saúde da Pessoa Idosa – CREAISPI*, de acordo com as necessidades **identificadas, pelo Enfermeiro, durante a Classificação de Risco**. Após identificação do idoso como **frágil ou muito frágil**, caso não haja possibilidade de atendimento pela especialidade necessária naquele momento, deve-se agendar a consulta presencial para uma data disponível. Nessa classificação, o idoso deve **necessariamente** ser acompanhado pela Psicologia e Serviço Social.

Assinatura e Conselho do Profissional responsável pelo preenchimento

Data: __/__/__.



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CREAISPI



CONTROLE DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO DE:

DATA: / /

Nº	NOME DO PACIENTE	CNS	D. N	ENDEREÇO	CEP	CONTATO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CÓDIGO CID
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

PROFISSIONAL : _____

CNS DO PROFISSIONAL: _____

CONTROLE DE FREQUÊNCIA DO PACIENTE

Data da Avaliação: __/__/__

Profissional: _____

Sessão 1 - __/__/__

ASS. _____

Sessão 2- __/__/__

ASS. _____

Sessão 3- __/__/__

ASS. _____

Sessão 4- __/__/__

ASS. _____

Sessão 5- __/__/__

ASS. _____

Sessão 6- __/__/__

ASS. _____

Sessão 7- __/__/__

ASS. _____

Sessão 8- __/__/__

ASS. _____

Sessão 9- __/__/__

ASS. _____

Sessão 10- __/__/__

ASS. _____

REAVALIAÇÃO: __/__/__

Profissional: _____

Sessão 1 - __/__/__

ASS. _____

Sessão 2- __/__/__

ASS. _____

Sessão 3- __/__/__

ASS. _____

Sessão 4- __/__/__

ASS. _____

Sessão 5- __/__/__

ASS. _____

Sessão 6- __/__/__

ASS. _____

Sessão 7- __/__/__

ASS. _____

Sessão 8- __/__/__

ASS. _____

Sessão 9- __/__/__

ASS. _____

Sessão 10- __/__/__

ASS. _____

ANAMNESE PSICOPEDAGÓGICA

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: ()F ()M Naturalidade: _____

Telefone: _____ Idade: _____ Médico Solicitante: _____

1- Queixa principal:

2- Histórico de doenças:

3- Personalidade Prévia – Como é o seu jeito de ser? Continua assim ou houve alguma mudança?

4- O idoso está sob algum tratamento médico atualmente? ()sim () não

Se sim qual: _____

5- Escolaridade/profissão: (Qual o nível de escolaridade e em que trabalha ou trabalhou; como foi a trajetória profissional?):

Explique: _____

6- Vida pessoal: (Quem são as pessoas que convive, realiza atividades fora de casa? e ou participa dealgum grupo? Ex, igreja, clube, etc e preferências:

Por favor, explique: _____

7- Quantas horas de sono por noite?

5 horas por noite 7 horas por noite
 6 horas por noite 8 horas por noite mais de 8 horas por noite

8- Você fuma? () não () sim

9- Você ingere bebidas alcoólicas?() não () sim

Frequência: _____

10- Faz uso medicamentos ? () SIM ()NÃO

Se sim- (nome e motivo):

Avaliador Responsável _____

Data da avaliação: ____/____/____ Horário: _____

Observações

Finais: _____

Assinatura do paciente/responsável

UNIDADE:			
SERVIÇO DE PSICOLOGIA			
ADMISSÃO PSICOLÓGICA - IDOSO		DATA:	
NOME		PRONTUÁRIO	
RESPONSÁVEL LEGAL (QUANDO SE APLICAR)			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	TELEFONE
ORIGEM DA DEMANDA () Espontânea () Rotina () Busca ativa () Solicitação da equipe () Outros			
EXAME PSIQUICO			
ASPECTOS COGNITIVOS			
CONSCIÊNCIA () Lúcida () Rebaixada		MEMÓRIA () Normal () Amnesia () Agnosias () Outros	
ORIENTAÇÃO () Orientado (a) () Desorientado (a)		ATENÇÃO () Normal () Déficit () Exacerbação	
OBSERVAÇÕES			
ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E AFETIVOS			
CONTATO COM O ENTREVISTADOR () Contatante () Não Contatante		AUTOESTIMA () Preservada () Rebaixada () Exacerbada	
PSICOMOTRICIDADE () Normal () Agitação () Lentificação () Estereotipias		SENSOPERCEÇÃO () Normal () Ilusões () Alucinações () outros	
PENSAMENTO () Normal () Confuso () Delirante () Outros		LINGUAGEM () Normal () Confusa () Outros	
VOLIÇÃO / VONTADE () Normal () Impulsos () Compulsões		CONDIÇÕES DO SONO () Agitado () tranquilo () Insônia	
AFETIVIDADE () Eutimia (humor normal) () Humor depressivo () Mania/Hipomania () Medo () Ansiedade () Irritabilidade () Labilidade () Apatia () Culpa () Choro Fácil () Outros			
OBSERVAÇÕES			
OUTRAS MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS RELACIONADOS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO			
() Desconfiança () Fantasias () Regressão () frustração () Impotência () Insegurança () dependência () Conformismo () Sensação de Abandono () Afetuosidade () Isolamento () Esperança () Adesão			
AVALIAÇÃO DA POSTURA FAMILIAR OU DO CUIDADOR FRENTE DA PESSOA IDOSA E À EQUIPE			
ENTENDIMENTO DO DIAGNÓSTICO () Sim () Não		RELAÇÃO COM A EQUIPE ASSISTENCIAL () cooperativa () Não Participativa () Conflituosa	
ENTENDIMENTO DO TRATAMENTO () Sim () Não		REAÇÕES EMOCIONAIS OBSERVADAS () Aceitação () Negligencia () Revolta () Ansiedade	
VÍNCULO COM O IDOSO () Preservado () Prejudicado		APOIO E CUIDADOS COM O IDOSO () Adequado () Inadequado	
OBSERVAÇÕES			

ANAMNESE PSICOLÓGICA RESUMIDA

QUEIXA PRINCIPAL OU MOTIVO DA CONSULTA:

ESTRUTURA FAMILIAR (Nº DE FILHOS, COM QUEM MORA, CÔNJUGE):

HISTÓRIA ATUAL:

HISTÓRIA PREGUESSA:

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES (DOENÇAS CRÔNICAS, SINDROMES GERIÁTRICAS, AVC, PARKINSON, DOENÇAS PSQUIATRICAS, QUEDAS, TRAUMAS EM GERAL, OUTROS:

HISTÓRIA SOCIAL (VIDA SOCIAL, INSERÇÃO EM GRUPOS, LAZER, SEXUALIDADE, ABVD'S – ATIVIDADE BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA) E AIVD'S (ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA):

ASSINATURA E CARIMBO DO PSICÓLOGO (A)

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTADO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

Diagnósticos/Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Kg/h² PA: _____ x _____ mmHg

2. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA HABILIDADE FUNCIONAL

(A) Com facilidade (B) Com dificuldade (C) Com ajuda (D) Não realiza

Higiene Pessoal:

- Higiene oral
- Pentear-se
- Banho
- Uso de sanitário Alimentação
- Alimenta-se sozinho
- Serve-se sozinho Vestuário
- Veste-se
- Despe-se
- Calça sapatos Mobilidade e Locomoção
- Caminha
- Sobe e desce escadas
- Deita-se
- Levanta-se

Comunicação :

- Fala
- Entende o que se fala
- Lê
- Escreve
- Telefona

Atividades de Vida Prática:

- Tarefas Domésticas. Realiza-as: Sim () Não ()
- Atividades Externas

Déficit Auditivo:

- Não () Sim.

Déficit Visual:

- Não () Sim.

Alterações Vasculares Periféricas:

- Varizes: Sim () Não

Alterações Neurológicas: Sono: Normal () Insônia () Sono interrompido () Hiperssonia ()

Alterações Musculoesqueléticas: Dor articular () Sim () Não () Discreta () Limitante

Alterações na Eliminação:

Urinária: Contínente () Incontínente () Disúria ()

Intestinal: () Normal () Incontínente () Constipação () Diarréia

Boca: () Uso de prótese () Dentes Naturais () Má higienização de dentes restantes ou de dentaduras

Uso de Medicamentos: () Sim () Não.

Especifique: _____
Em caso afirmativo responda: () Uso contínuo () Uso Temporário () Auto-medicação () Receita Médica () Indicação Farmacêutica () Indicação de Familiares ou Amigos Toma a medicação sozinho(a) ? () Sim () Não. Por quê?

Observações:

3. HISTÓRICO MÉDICO

Data do último exame físico e/ou médico:

Marque aquele(s) que tenha(m) tido alguma cardiopatia antes dos 50 anos:

Pai Mãe Irmão(ã) Avô/Avó

Marque as intervenções cirúrgicas que você tenha feito

Coluna Coração Articulação Hérnia de disco
 Rim Pulmão Olhos Outra

Marque o(s) problema(s) abaixo que tenha sido diagnosticado(a) ou tratado(a) por um médico

Alcoolismo Problema renal Enfisema Anemia
 Artrite Problemas oculares Úlcera Asma
 Diabetes Pressão arterial alta AVC Obesidade
 Problemas musculares Outros

Descreva o(s) medicamento(s) utilizado(s) nos últimos tempos:

Indique os sintomas, conforme segue:

a) Tosse com sangue:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
b) Dor abdominal:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
c) Dor nas pernas:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
d) Dor nos braços:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
e) Dor nas costas ou pescoço:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
f) Dor no peito:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
g) Dores articulares:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
h) Falta de ar com esforço leve:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
i) Sentir-se fraco:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
j) Tontura:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
k) Palpitação ou batimento cardíaco acelerado:	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca

Você possui alguma alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)	
Nos últimos tempos, você sofreu algum acidente ou lesão ósteo-articular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)	
Você possui alguma restrição à prática de atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)	
4. COMPORTAMENTO RELACIONADO À SAÚDE	
Você fuma atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se positivo, quantos cigarros por dia?	
Atualmente, você realiza alguma atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is) Frequência Duração:	
5. OBJETIVOS COM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA	
<input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Condicionamento físico <input type="checkbox"/> Convívio social <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Outro(s)	
6. COMENTÁRIOS GERAIS	
Caso você tenha alguma informação para acrescentar, que não tenha sido perguntada neste questionário de saúde, favor registrar neste espaço.	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> DATA DO PREENCHIMENTO _____ / _____ / _____ </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> DATA DO RECEBIMENTO _____ / _____ / _____ </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ED. FÍSICA </div> </div>	

CREAISPI

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/___

DADOS PESSOAIS

NOME: _____ IDADE: _____

DN: ___/___/___ SEXO: () M () F PROFISSÃO: _____

ACOMPANHANTE: _____ ENCAMINHADO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

MEDICAÇÕES: _____

HISTÓRICO PREGRESSO/ SAÚDE GERAL

LINGUAGEM

() Comunicação verbal () Comunicação não-verbal Compreensão preservada: () Sim () Não

() Apraxia () Disartria () Afasia _____ Outros: _____

Memória recente preservada: () Sim () Não Memória de evocação preservada: () Sim () Não

MOTRICIDADE OROFACIAL

	<i>Mobilidade</i>	<i>Tonicidade</i>	<i>Postura</i>
Lábios	() Adequado () Alterado	() Adequado () Alterado	() Adequado () Alterado
Língua	() Adequado () Alterado	() Adequado () Alterado	() Adequado () Alterado
Bochechas	() Adequado () Alterado	() Adequado () Alterado	() Adequado () Alterado
Palato Mole	() Adequado () Alterado	OBS.: _____	
Mandíbula	() Adequado () Alterado	_____	

Higiene Oral: () Boa () Regular () Ruim

Dentição: () Ausente () Prótese () Total () Parcial () Superior () Inferior () Arcada Completa

() Presente () Bem Adaptada () Mal Adaptada () Arcada Incompleta

Sensibilidade: Facial () Adequada () Exacerbada () Diminuída

Intra-oral () Adequada () Exacerbada () Diminuída

Paralisia facial () Ausente Presente: () Direita () Esquerda

Assimetria () Ausente Presente: () Direita () Esquerda

Reflexos orais: () Ausente () Presente () GAG () Presente () Ausente

AUDIÇÃO

() Normal Rolha de Cerume: Otalgia: Otite: Tontura/Vertigem: Presença de zumbido:

() Alterada () OE () OD () OE () OD () OE () OD () SIM () NÃO () SIM () NÃO

VOZ

Qualidade vocal: () Rouca () Áspera () Tremula () Soprosa Outro: _____

TRIAGEM DE DISFAGIA

() Via oral () SNE/SOG () GTT Postura durante a alimentação: () Sentado () Deitado () Inclinado

Consistências: () Sólida () Pastosa Engrossada () Pastosa Fina () Líquida

Tempo de alimentação: () Até 30 minutos () 31 à 40 minutos () Acima de 40 minutos

Dependência: () Assistida () Supervisionada () Independente

Engasgos: () Sim () Não Escape oral: () Sim () Não Recusa alimentar: () Sim () Não

FICHA DE ANAMNESE

NUTRIÇÃO

DATA: __/__/____

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____

SEXO: () F () M

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____

PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: _____

FICA SOZINHO MAIOR PARTE DO TEMPO: () SIM () NÃO

MORAM COMIGO _____ PESSOAS.

PESO: _____ ALTURA _____ IMC: _____.

META:

HISTÓRICO CLÍNICO FAMILIAR:

() DIABETES () HIPERTENSÃO () DOENÇAS CARDIOVASCULARES

() OUTRAS:

PREGRESSA: _____

DOENÇA ATUAL: _____

SINAIS E SINTOMAS: _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS: _____

ALERGIAS ALIMENTARES: _____

ULTIMO EXAME BIOQUÍMICO REALIZADO HÁ _____ MESES.

EXAMES BIOQUÍMICOS:

HEMOGRAMA COMPLETO: _____

LIPIDIOGRAMA:

HDL _____ LDL _____ VLDL _____ TRIGLICERÍDIOS _____

HEMOGLOBINA GLICADA

GLICEMIA JEJUM _____

TIROXINA _____

TEVE PERCA DE PESO RECENTE SIM() NÃO() QUANTO? _____, EM QUANTO TEMPO? _____

FAZ USO DE INSULINA SIM() NÃO() QUAL _____ HORÁRIO _____

HÁ QUANTO TEMPO _____.

HÁ DIABÉTICOS NA FAMÍLIA ()SIM ()NÃO QUEM: _____.

FUNCIONAMENTO INTESTINAL: ()NORMAL ()PRESO QUANTAS FEZES AO DIA:_____.

CONSISTENCIA:

- ()FORMATO DE BOLINHAS
- ()FORMATO DE SALSICHA COM FENDAS NA SUPERFÍCIE
- ()PEDAÇOS MOLES, MAS COM CONTORNOS NÍTIDOS
- ()PEDAÇOS AERADOS, CONTORNOS ESGARÇADOS
- ()PEDAÇOS SEPARADOS E DUROS COMO AMENDOIM

HÁBITOS

ETILISMO:

- ()CERVEJA
- ()CHOP
- ()VINHO
- ()WISKY
- ()VODKA
- ()BATIDA DE FRUTAS
- ()CAPIRINHA/VODKA
- ()TEQUILA
- ()OUTRAS:_____

QUANTIDADE:_____

FREQUENCIA:_____

TABAGISMO: ()SIM ()NÃO QUANTIDADE:_____.

HORAS DE SONO:_____. **HORAS DE TRABALHO:**_____. **HORAS DE ESTUDO:**_____.

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS

BPC AUXÍLIO BRASIL APOSENTADORIA POR INVALIDEZ APOSENTADORIA PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE OUTROS _____

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL**VÍNCULO**

INSS
 ESTADUAL
 FEDERAL
 MUNICIPAL
 PREVIDÊNCIA PRIVADA
 SEM VÍNCULO

NATUREZA DO VÍNCULO

EMPREGADO
 EMPREGADO DOMÉSTICO
 TRABALHADOR AVULSO
 CONTRIBUINTE INDIVIDUAL
 SEGURADO ESPECIAL
 SEGURADO FACULTATIVO

SITUAÇÃO ATUAL

ATIVO
 APOSENTADO
 DESEMPREGADO
 PENSIONISTA
 DEPENDENTE

REDE DE REFERÊNCIA

UBS UM DE SAÚDE HOSPITAL UPA CAPS HOSPITAL DIA CRAS CREAS
 FÓRUM SAD/MELHOR EM CASA
 OUTROS _____

IMUNIZAÇÃO COVID

SIM NÃO
 1 DOSE 2 DOSE DOSE DE REFORÇO

EVOLUÇÃO SOCIAL

DATA ____/____/____

 ASSISTENTE SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		Medicamento ou Substância
Centro de Ref. Espec. de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa - CREAISPI CNES:2882671 - CNPJ: 05.997.585/0008-56 Rua Padre Antônio Vieira, nº 13, Cohab Anil, São Luís - MA.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Número </div> UF MA		
Paciente: _____ _____ _____	Data: ____/____/____		Quantidade e forma farmacêutica
Endereço: _____ _____ _____	_____ Assinatura do Emitente		Dose por unidade posológica
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Endereço:			
Telefone:			
Ident. Nº	Órgão Emissor:		



RECEITUÁRIO

UNIDADE: _____

NOME: _____

DATA: ___/___/___ _____



RECEITUÁRIO

UNIDADE: _____

NOME: _____

DATA: ___/___/___ _____



GOVERNO DO MARANHÃO
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA A SAÚDE DO IDOSO
CREAISPI



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: CENTRO DE REFERÊNCIA
ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DA PESSOA IDOSA.
CNES: 2882671
CNPJ: 05.997.585/0008-56
END: RUA PADRE ANTONIO VIEIRA, Nº13, IV. CONJ.
CSU, COHAB ANIL, SÃO LUÍS-MA. CEP: 65050-120.

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órgão Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data: ___/___/___

NOME:

SOLICITAÇÃO:

1) ECG 12 DERIVAÇÕES

Data: __/__/__

_____ médico(a)

NOME:

SOLICITAÇÃO:

1) ECG 12 DERIVAÇÕES

Data: __/__/__

_____ médico(a)