Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 825/2022

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 **27/09/2022 a 01/10/2022**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em http://invisa.org.br/compras.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda **anual** do Hospital Nina Rodrigues, 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 **27/09/2022 a 01/10/2022**.

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**.

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

9.3. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que "A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

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

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

- **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65037-010, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 3232-3522.

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

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

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

15. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará ao licitante a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

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

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

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

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

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

16.1. Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi 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.

17.É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferencia e arrumação dos produtos.

18. Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos, válidos na data do envio da proposta**:**

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 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, 27 de setembro de 2022.

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

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br
TERMO REFERENCIA

1. Quantidade estimada:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	003649	ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100FLS.	BLOCO	24
2	008823	AGENDA CONSULTAS AMBULATORIAL INFANTIL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	12
3	008824	ANOTAÇÕES DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM SINAIS VITAIS, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	360
4	008825	ANOTAÇÕES TÉCNICA (O) DE ENFERMAGEM, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	60
5	008826	ATESTADO AVALIAÇÃO SANIDADE MENTAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
6	008827	ATESTADO ESTADO PSÍQUICO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
7	008828	ATESTADO PARA ESCOLA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
8	008829	AUTORIZAÇÃO DE ABERTURA E REATIVAÇÃO PRONTUÁRIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	24
9	008830	AUTORIZAÇÃO DE PACIENTE MUDANÇA MÉDICO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	12
10	007974	AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE VEÍCULOS	BLOCO	120
11	008831	AUTORIZAÇÃO VISITA E ACOMPANHANTE, MONOCROMáTICO,PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
12	008832	AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATÓRIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
13	004428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUARIO CARBONADO SEM NUMERAÇÂO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	2550
14	004432	BLOCO MOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENCAMINHAMENTO,FRENTE	BLOCO	120
15	006940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	180
16	006941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	120
17	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTOMEDICO, FRENTE	BLOCO	60
18	004447	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (FRENTE E VERSO)	BLOCO	120
19	004438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	180
20	004443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	180
21	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	36
22	004503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, INDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	BLOCO	180
23	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	120
24	004437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE, FRENTE	BLOCO	24

25	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELO NOVO), FRENTE	BLOCO	360
26	004436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃOMECÂNICA, FRENTE	BLOCO	100
27	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	36
28	004426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATÓRIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	180
29	004445	BLOCO MONOCROMÁTICO, ALTA DE SERVIÇO DE URGENCIA,FRENTE, 9CM X 14CM	BLOCO	120
30	008833	BLOQUINHO INFORMAÇÕES DO PCT, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO 10 X 9, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
31	008834	CARTÃO DE IFENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, MONOCROMáTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO 10 X 5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	1200
32	008835	CONSULTA PSIQUIATRA INFANTIL E ADOLESCENTE, MONOCROMáTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G,TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
33	008836	CONTROLE DE ACOMPANHAMENTO DE PCT, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	12
34	008837	DECLARAÇÃO ACOMP CONSULTA, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
35	008838	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
36	008839	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	36
37	008840	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO PCT INTERNADO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	24
38	008841	DECLARAÇÃO DE PACIENTE EM TRATAMENTO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	36
39	008842	ENCAMINHAMENTO AVALIAÇÃO DE AQUISIÇÃO PASSE LIVRE,PAPEL A5, MONOCROMáTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
40	008843	ENCAMINHAMENTO PARA ATIVIDADES TERAPÊUTICAS, PAPEL A5, MONOCROMáTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
41	008844	ENCAMINHAMENTO TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A 4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
42	008845	ESQUEMA DE MEDICAÇÃO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
43	008846	EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
44	008847	EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO AMBUL INFÂNCIA E ADOLESCENCIA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G,BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
45	004440	EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	72
46	008848	EVOLUÇÃO TERAPIA OCUPACIONAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
47	007972	FICHA DE PRODUTIVIDADE	UNIDADE	360
48	008849	FICHA DE PRODUTIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
49	008850	FICHA RESID EM PSIQUIATRIA AMB INFANTIL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12

50	008851	MAPA DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
51	007157	PRESCRICAO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DECHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	1800
52	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	1800
53	008852	REDE DE SAÚDE MENTAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
54	006946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCRÁTICO A4,	BLOCO	60
55	008853	RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
56	008854	REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO, PAPEL A6, MONOCROMáTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	120
57	004398	ROTULO DE SORO, MONOCROMáTICO, PAPEL ADESIVO BRILHO75G, TAMANHO 10 X 9, UNIDADE.	UNIDADE	84000
58	008855	TERMO DE COMPROMISSO COM TRAT PSIQUIÁTRICO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
59	008857	TERMO DE ESCLARECIMENTO DE MEDICAÇÃO 2, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
60	008858	TERMO DE ESCLARECIMENTO DE MEDICAÇÃO 3,MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, FRENTE E VERSO,BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
61	008856	TERMO DE ESCLARECIMENTO DE MEDICAÇÃO, FRENTE E VERSO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM100 FLS.	BLOCO	24
62	008859	TERMO DE INFORMAÇÕES AMBULATÓRIO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCENCIA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
63	008860	TERMO DE RESPONSABILIDADE, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
64	008861	TERMO SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36

1.1. A quantidade prevista trata-se de mera estimativa, os pedidos mensais poderão sofrer variação de acordo com a demanda mensal da unidade.

ANEXO I

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

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE** - **INVISA,** inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo,** brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 110.695.987-63, doravante denominado **CONTRATANTE,** e de outro lado **XXXXX,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXX,** situada **XXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXX,** brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. XXXXX, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXX**, 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 NINA RODRIGUES,** sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	003649	ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100FLS.	BLOCO	24
2	008823	AGENDA CONSULTAS AMBULATORIAL INFANTIL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	12
3	008824	ANOTAÇÕES DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM SINAIS VITAIS, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTEE VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	360
4	008825	ANOTAÇÕES TÉCNICA (O) DE ENFERMAGEM, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	60
5	008826	ATESTADO AVALIAÇÃO SANIDADE MENTAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
6	008827	ATESTADO ESTADO PSÍQUICO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
7	008828	ATESTADO PARA ESCOLA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
8	008829	AUTORIZAÇÃO DE ABERTURA E REATIVAÇÃO PRONTUÁRIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	24

9	008830	AUTORIZAÇÃO DE PACIENTE MUDANÇA MÉDICO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	12
10	007974	AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE VEÍCULOS	BLOCO	120
11	008831	AUTORIZAÇÃO VISITA E ACOMPANHANTE, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
12	008832	AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATÓRIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTEE VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
13	004428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUARIO CARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	2550
14	004432	BLOCO MOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENCAMINHAMENTO, FRENTE	BLOCO	120
15	006940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	180
16	006941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	120
17	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO, FRENTE	BLOCO	60
18	004447	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, COMPONENTE ESPECIALIZADODA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (FRENTE E VERSO)	BLOCO	120
19	004438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NOATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	180
20	004443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL,FRENTE	BLOCO	180
21	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA,FRENTE	BLOCO	36
22	004503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, INDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	BLOCO	180
23	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	120
24	004437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE,FRENTE	BLOCO	24
25	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELONOVO), FRENTE	BLOCO	360
26	004436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA, FRENTE	BLOCO	100
27	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	36
28	004426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATÓRIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	180
29	004445	BLOCO MONOCROMÁTICO, ALTA DE SERVIÇO DE URGENCIA,FRENTE, 9CM X 14CM	BLOCO	120
30	008833	BLOQUINHO INFORMAÇÕES DO PCT, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, TAMANHO 10 X 9, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
31	008834	CARTÃO DE IFENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, MONOCROMáTICO,FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO 10 X 5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	1200
32	008835	CONSULTA PSIQUIATRA INFANTIL E ADOLESCENTE, MONOCROMáTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
33	008836	CONTROLE DE ACOMPANHAMENTO DE PCT, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	12
34	008837	DECLARAÇÃO ACOMP CONSULTA, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
35	008838	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
36	008839	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	36

37	008840	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO PCT INTERNADO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	24
38	008841	DECLARAÇÃO DE PACIENTE EM TRATAMENTO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	36
39	008842	ENCAMINHAMENTO AVALIAÇÃO DE AQUISIÇÃO PASSE LIVRE,PAPEL A5, MONOCROMáTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
40	008843	ENCAMINHAMENTO PARA ATIVIDADES TERAPÊUTICAS, PAPELA5, MONOCROMáTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
41	008844	ENCAMINHAMENTO TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A 4, BLOCOCOM 100 FLS.	BLOCO	24
42	008845	ESQUEMA DE MEDICAÇÃO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
43	008846	EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
44	008847	EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO AMBUL INFÂNCIA E ADOLESCENCIA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
45	004440	EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	72
46	008848	EVOLUÇÃO TERAPIA OCUPACIONAL, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	60
47	007972	FICHA DE PRODUTIVIDADE	UNIDADE	360
48	008849	FICHA DE PRODUTIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
49	008850	FICHA RESID EM PSIQUIATRIA AMB INFANTIL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
50	008851	MAPA DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
51	007157	PRESCRICAO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA EOUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	1800
52	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	1800
53	008852	REDE DE SAÚDE MENTAL, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
54	006946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCRÁTICO A4,	BLOCO	60
55	008853	RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL, MONOCROMáTICO, PAPELOFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
56	008854	REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO, PAPEL A6, MONOCROMáTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	120
57	004398	ROTULO DE SORO, MONOCROMáTICO, PAPEL ADESIVO BRILHO75G, TAMANHO 10 X 9, UNIDADE.	UNIDADE	84000
58	008855	TERMO DE COMPROMISSO COM TRAT PSIQUIÁTRICO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
59	008857	TERMO DE ESCLARECIMENTO DE MEDICAÇÃO 2, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
60	008858	TERMO DE ESCLARECIMENTO DE MEDICAÇÃO 3,MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	24
61	008856	TERMO DE ESCLARECIMENTO DE MEDICAÇÃO, FRENTE E VERSO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM100 FLS.	BLOCO	24

62	008859	TERMO DE INFORMAÇÕES AMBULATÓRIO DA INFÂNCIA E DAADOLESCENCIA, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
63	008860	TERMO DE RESPONSABILIDADE, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36
64	008861	TERMO SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MONOCROMáTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	36

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65037-010.

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **12 (doze) meses,** tendo **início em xxxx e término em xxx** podendo ser prorrogado, por conveniências das partes, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA,** pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial,** que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 825/2022/MA.

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

1.2. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/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*** combase 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 irreajustáveis 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 Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65037-010 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 conferencia 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 reposta 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 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 nº. 825/2022/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 nº. 825/2022/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 nº. 825/2022/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE.**

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

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

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

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

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

2. Será de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de profissionais para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos

trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para a **CONTRATANTE.**

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

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 825/ 2022/ 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde Ja, 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 nº. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE.**

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

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

_____

Nome:
End.:
CPF:

_____

Nome:
End.:
CPF:

MODELOS DOS FORMULÁRIOS

3 Blocos

Código: 4408

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que _____

_____

portador(a) do R.G. nº _____ **foi avaliado(a) nesta Unidade de Saúde e, até o presente momento encontra-se em perfeitas condições de Sanidade Mental.**

São luís _____ **de** _____ **de** _____.

_____

Médico do ASM

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO HOSPITAL DA SAUDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

2 Blocos

NVISA

UNIDADE:

ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL	Nº DO PRONTUÁRIO

NOME COMPLETO

FILIAÇÃO

NOME SOCIAL (SE APLICÁVEL)	NATURALIDADE

RAÇA/COR (AUTODECLARADA)	SEXO	RELIGIÃO

DATA DE NASCIMENTO	IDADE	TELEFONES

ENDEREÇO

PROFISSÃO/ATIVIDADE LABORAL	RENDA

Nº DO RG	Nº DO CARTÃO DO SUS

PESSOA COM DEFICIÊNCIA [ ] NÃO [ ] SIM QUAL?_____

SITUAÇÃO CONJUGAL

[ ]CASADO(A) [ ]SOLTEIRO(A) [ ]SEPARADO(A) [ ]VIÚVO(A) [ ]DIVORCIADO(A) [ ]UNIÃO ESTÁVEL DECLARADA [ ]UNIÃO ESTÁVEL NÃO DECLARADA
NOME DO(A) COMPANHEIRO(A)_____

ESCOLARIDADE

[ ] SEM ESCOLARIDADE [ ] FUNDAMENTAL I (1ª a 4ª SÉRIE) [ ] FUNDAMENTAL II (5ª a 8ª SÉRIE)
[ ] MÉDIO [ ] SUPERIOR INCOMPLETO [ ] SUPERIOR COMPLETO [ ] IGNORADO

DADOS DO RESPONSÁVEL

NOME

ENDEREÇO

TELEFONE	PARENTESCO

PERFIL DO USUÁRIO

[ ]POPULAÇÃO DE RUA [ ]INDÍGENA [ ]RECLUSO/DETENTO [ ]QUILOMBOLA [ ]LGBTTT [ ] POPULAÇÃO URBANA [ ] POPULAÇÃO RURAL

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	PROFISSÃO/ATIVIDADE LABORAL	RENDA

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO HOSPITAL DA SAUDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

NVISA

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS

[ ] BPC [ ] BOLSA FAMÍLIA [ ] AUXÍLIO-DOENÇA [ ] APOSENTADORIA [ ] PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE
[ ] AUXÍLIO-RECLUSÃO [ ] SALÁRIO MATERNIDADE [ ] OUTROS _____

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL

VÍNCULO	NATUREZA DO VÍNCULO	SITUAÇÃO ATUAL
[ ] INSS	[ ] EMPREGADO	[ ] ATIVO
[ ] ESTADUAL	[ ] EMPREGADO DOMÉSTICO	[ ] APOSENTADO
[ ] FEDERAL	[ ] TRABALHADOR AVULSO	[ ] DESEMPREGADO
[ ] MUNICIPAL	[ ] CONTRIBUINTE INDIVIDUAL	[ ] PENSIONISTA
[ ] PREVIDÊNCIA PRIVADA	[ ] SEGURADO ESPECIAL	[ ] DEPENDENTE
[ ] SEM VÍNCULO	[ ] SEGURADO FACULTATIVO	

REDE DE REFERÊNCIA

[ ] UBS [ ] UM DE SAÚDE [ ] HOSPITAL [ ]UPA [ ] CAPS [ ] HOSPITAL DIA [ ]CRAS [ ] CREAS [ ]APS
[ ] FÓRUM [ ] SAD/MELHOR EM CASA [ ] CONSELHO TUTELAR
[ ] OUTROS_____

DADOS DA INTERNAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/DIAGNÓSTICO

DATA DA ADMISSÃO____/____/_____	SETOR	LEITO

EVOLUÇÃO SOCIAL

DATA____/____/_____	_____ ASSISTENTE SOCIAL

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Código: 42.75

150 blocos

SUS

HOSPITAL NINA RODRIGUES

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

DATA: ____/____/____

Avenida Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - São Luís - MA

GOVERNO DO MARANHÃO

HOSPITAL NINA RODRIGUES

VISA

RÓTULO DE SORO

Paciente:_____

DN:____/____/____ Enfermaria:_____Leito:_____

Soro Fisiológico 500 ml 0,9% ..... ( )
Soro Fisiológico 250 ml 0,9% ..... ( )
Soro Fisiológico 100 ml 0,9% ..... ( )
Ringer Simples 500 ml ..... ( )
Ringer com lactato 500 ml ..... ( )
Soro glicosado 500 ml 0,5%..... ( )
Cloreto de sódio 10% ..... ( )
Cloreto de potássio 10% ..... ( )

Medicação:_____

Data:____/____/_____Hora:_____

_____

Responsável

HOSPITAL NINA RODRIGUES
AMBULATÓRIO

☐ 1ª Vez ☐ Retorno

Médico Psiquiatra: QUANTIDADE P 15

Data: ____/____/20____

Horário: _____ hs

Código: 4426

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: *Hospital Nina Rodrigues*

CNES: 2457768

CNPJ: 02.973.240/0007-93

END.: Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo

Cidade: São Luís UF: **MA.**

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço:: _____

Prescrição: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: ____/____/_____

_____
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: **Órg. Emissor:**

End.:

Cidade: **UF:**

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/_____

NGM GRÁFICA E COMUNICAÇÃO VISUAL EIRELI - ME - CNPJ: 07.743.057/0001-20 - Rua Jacinto Maia, Loja 03, nº 323 - Dsterro - São Luís-MA
200 Bls. de: junho de 2019.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: *Hospital Nina Rodrigues*

CNES: 2457768

CNPJ: 02.973.240/0007-93

END.: Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo

Cidade: São Luís UF: **MA.**

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço:: _____

Prescrição: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: ____/____/_____

_____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: **Órg. Emissor:**

End.:

Cidade: **UF:**

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/_____

NGM GRÁFICA E COMUNICAÇÃO VISUAL EIRELI - ME - CNPJ: 07.743.057/0001-20 - Rua Jacinto Maia, Loja 03, nº 323 - Dsterro - São Luís-MA
200 Bls. de: junho de 2019.

GOVERNO DO MARANHÃO

10 Blocos

ANVISA

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

Código: 4432

FICHA ENCAMINHAMENTO

1 – NOME: _____

2 – NOME DA MÃE: _____

3 – ENDEREÇO: _____

4 – TELEFONE: _____

5 – CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA:

6 – ENCAMINHAMENTO PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO:

- ☐ HOSPITAL CLÍNICO
- ☐ AMBULATÓRIO
- ☐ CAP´S
- ☐ CLR
- ☐ CSF
- ☐ OUTROS

MUNICÍPIO: _____

_____

MÉDICO

7 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

RESPONSÁVEL: _____

CONTATO: _____

_____

RESPONSÁVEL

8 – MOTIVO DA DEVOLUTIVA:

DATA: __/__/____

Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo, São Luís - MA, 65037-010
São Luís – Maranhão. Telefone: (98) 3232-5080

Código: 4436

8 Blocos

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

Autorizo a contenção mecânica do paciente _____,o leito _____ da enfermaria_____de acordo com prescrição médica, com finalidade de evitar auto-agressão ou agressão a outros prevenir acidentes devendo ser retirado após o paciente adormecer ou enquanto estiver fora de perigo.

DATA: _____/_____/_____

HORA: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

_____

Assinatura do Responsável

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da consulta: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data:
Assinatura do médico solicitante:

Parecer:

Data: Assinatura do especialista

Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - São Luís - Maranhão - Fone/Fax: (98) 3232-5080

15 Blocos

Código: 4438

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

INVISA

HOSPITAL NINA RODRIGUES (SPA)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO

APARENTEMENTE BEM		REGULAR		COM DISPNÉIA		CHOCADO		COM ENDEMAS	
HEMORRAGIA		CONVULSÃO		POLITRAUMATIZADO		AGITADO		OUTROS	

ESTAR DE ACORDO QUE SEJAM REALIZADOS OS TESTES RÁPIDOS PARA HIV E OUTROS EXAMES LABORATORIAIS?

☐ SIM ☐ NÃO

TIPO DE INTERNAÇÃO

☐ VOLUNTÁRIA ☐ INVOLUNTÁRIA ☐ COMPULSÓRIO

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

GOVERNO DO MARANHÃO

GOVERNO COM O POVO, O MARANHÃO NUM CAMINHO NOVO!

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

6 Blocos

EVOLUÇÃO DA PSICOLOGIA

Paciente: _____ **Prontuário:** _____

Datas	Evolução

Código: 4442

3 Blocos

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

NOME _____

ENFERMARIA:
LEITO:

EVOLUÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA

Código: 4443

Quantidade de 15 Blocos

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES - UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

ENFERMARIA:

LEITO:

EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

PACIENTE: _____

Código: 4444

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL NINA RODRIGUES		CONVÊNIO	SUS
PACIENTE		DATA	
IDADE		ADMISSÃO	
ACOMODAÇÃO		LEITO	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DO MARANHÃO

	DIAGNÓSTICO	HORÁRIO E DATA					
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							

Código: 4445 Do Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS
SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

ALTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA / ECP

Informo que o(a) cliente _____.

encontra-se de alta a partir desta data _____/_____/_____.

_____
ENFERMEIRO (A)

Código: 4446 5 BLOCOS

HOSPITAL NINA RODRIGUES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário: CNS Data de Nascimento: Sexo:

Nome: Estado Civil: Cor:

Idade: Mãe: Pai:

Endereço: Núm: Bairro:

Cidade: UF: Fone: Celular:

Registro:

Data:

Hora:

Médico: Especialidade: Clínica:

Procedimento:

SIA/SUS: Modalidade: Carater:

Assinatura do Paciente

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Queixas: _____

_____

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Freq. Respirat.:	Peso:	Altura:	SAT 02:	HGT:

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existentes: ☐ HAS ☐ DM ☐ IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

_____

_____

_____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

_____

_____

Carimbo e Assinatura do Profissional

Saída do Paciente:

☐ Decisão Profissional ☐ A Revelia ☐ A Pedido

☐ Internação _____

☐ Removido _____

☐ Óbito Data: _____ Hora: _____

Para Óbito:

☐ Antes de 24h

Destino do Corpo:

☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____

Fem Código: 4448 10 blocos

SUS Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S))

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Número do Paciente

2 - CNS

3 - Código(s)/ Medicamento(s)		
1		
2		
3		
4		
5		

4 - CID-10

5 - DEFERIMENTO

A Solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

☐Preenchimento incompleto ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐Preenchimento incorreto ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐Ausência de documentação ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐Ausência de exame ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐Outros ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A Solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no componente Especializado da Assistência Farmacêutica
INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s)

☐CID - 10 não padronizado
☐Medicamento não padronizado ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐Não preenche critérios do PCDT ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐Outros ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação ___/___/___

14 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Número do Paciente
☐CPF ou ☐CNS

AUTORIZAÇÃO

1-AUTORIZO a dispensação dos medicamentos a cima deferidos pelo avaliador.
☐SIM ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐NÃO ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

2 - Especificação

3 - Número da APAC

4 - Vigência ___/___/___ a ___/___/___

5 - Nome do autorizado

6 - Data da autorização

8 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Número do documento do autorizador
☐CPF ou ☐CNS

SUS Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S))

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1 - Número do CNES

2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3 - Nome completo do Paciente

5- Peso do paciente ___ Kg

4 - Nome da Mãe do Paciente

6- Altura do paciente ___ cm

	7 - Medicamento(s)	8 - Quantidade solicitante 1° mês	2° mês	3° mês
1				
2				
3				
4				
5				

9 - CID-10

10- Diagnóstico

11 - Anamnese

12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença

☐ SIM.Relatar:

☐ NÃO

13 - Atest do de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM.Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento. _____ Nome do Responsável

14 - Nome do médico solicitante*

15 - Data da solicitação* / /

17 - Assinatura e carimbo do médico*

16 - Número do documento do médico solicitante*

☐ CPF ou ☐ CNS

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do Paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: _____ e CPF

19 - Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela

☐ Preta ☐ Indigena. Informar Etnia _____

☐ Parda ☐ Sem informação

20 - Telefone (s) para contato do paciente

( ) -

( ) -

21 - Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22 - Correio eletrônico do paciente

* CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

10 Blocos 5 APAC's

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE — Cadastro: 4448

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 — Mas. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL

38-CID10 SECUNDÁRIO

39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Código: 4459 do Blocos

RÓTULO DE SORO

Nome do Paciente:_____ Idade:_____

Enfermaria:_____ Leito: _____

Soro fisiológico 500 ml 0,8% ..... ( )

Soro fisiológico 250 ml 0,9% ..... ( )

Soro fisiológico 100 ml 0,9% ..... ( )

Ringer Simples 500 ml ..... ( )

Ringer com lactato 500 ml ..... ( )

Soro glicosado 500 ml 0,5%..... ( )

Cloreto de sódio 10% ..... ( )

Cloreto de potássio 10% ..... ( )

Medicação: _____

_____

Data:____/____/_____ Hora:_____

Responsável: _____

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

INVISA

SETOR: _____

PACIENTE:

HOSPITAL NINA RODRIGUES

LEITO:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

IDADE:

DATA DE ADMISSÃO ____/____/____

_____ _____

RISCOS:

( ) QUEDA ( ) FLEBITE ( ) LPP ( ) TVP

( ) SEM RISCO

ALERGIAS:

( ) NÃO
( ) SIM

(_____)

código: 69140

15 Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

Paciente: _____ Diagnóstico: _____

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

DATAS	EVOLUÇÃO

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

SAÚDE

Código: 6941

10 blocos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

Paciente: _____ Diagnóstico: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA

Datas	

Código: 6946 5 Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO INVISA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Checagem do supervisor:

SETOR :	DATA:	TURNO:
ENFERMEIROS:		
MÉDICOS:		

TECNICOS DE ENFERMAGEM E DIVISÃO DE PACIENTES	
FALTAS:	REMANEJAMENTOS:

CURATIVOS:	INÍCIO DO PLANTÃO Nº PACIENTES
AVP TROCADOS:	
CVC RETIRADA:	
EVOLUIDOS:	
ESCRITUÁRIOS: NÃO ( ) SIM ( ) NOME:	FIM DE PLANTÃO Nº DE PACIENTES
MAQUEIROS: NÃO ( ) SIM ( ) NOME:	
OUTROS:	

ADMISSÃO

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	PROCEDÊNCIA	ESPECIALIDADE	HORA

TRANSFERENCIAS INTERNA/EXTERNA

NOME COMPLETO	DESTINO	MOTIVO	HORA

ÓBITOS

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	HORA

UF MA

B 14-0 844501 /21

DATA: _____ / _____ / _____

PACIENTE _____

_____

_____

_____

ENDEREÇO _____

_____

_____

MEDICAMENTO _____

_____

_____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES: 2457768 - CNPJ: 02.973.240/0007-93
Av. Getúlio Vargas , 2508 - Monte Castelo
São Luís - MA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Número

UF MA B 14-0 844501 /21 **B**

Paciente: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____

Endereço: _____

_____
Assinatura do Emitente

Medicamento ou Substância

Quantidade e forma farmacêutica

Dose por unidade posológica

Posológica

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Ident. Nº: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

D.F.A. BESERRA EIRELI, CNPJ: 18.296.289/0001-01 - Insc. Est.: 12.411.811-9 - Rua D, Qd. 09, nº 09 - Jardim Turu, São José de Ribamar - MA
450 Bl. Receituário Tipo B 50X1 via B 14-0835601 a 14-0858100 - Portaria 344/98 Aut. de Visa nº 514/2021 de 16/08/2021

código: 7977

30 Blocos

VISA

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

SAÚDE

FICHA DE PRODUTIVIDADE

PROFISSIONAL: _____

CBO: _____

PROCEDIMENTO: _____ **DATA:** _____

ORD.	NOME DO PACIENTE	CARTÃO DO SUS	DATA DE NASC.	QUANT.	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Código: 7974

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

VISA

AUTORIZO A LIBERAÇÃO DO VEÍCULO DE PLACA:_____

☐ SAMU

☐ AMBULÂNCIA - MINICÍPIO:_____

☐ CARRO PRÓPRIO_____

DATA:_____/_____/_____Assinatura Médico:_____

I Bloco

GOVERNO DO MARANHÃO

INVISA

HOSPITAL NINA RODRIGUES
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO

AGENDA AMBULATORIAL DO INFANTO JUVENIL (NASMCA)

PROCEDIMENTO: TRIAGENS

ESPECIALIZADE: PSIQUIATRIA

MEDICA: MARIA JOSÉ DE MELO MEDEIROS

DATA:
HORARIO:

NOME DO PACIENTE	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO DO SUS	IDADE

INVISA

PACIENTE: _____ IDADE _____

DIAGNÓSTICO: _____ LEITO _____

DATA ___/___/____

SPA

HORA	PA	FC	FR	TEMP	INPH	Glicemia	Insulina esquema	SPO2
07:00								
08:00								
09:00							explicativas	
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
00:00								
01:00								
02:00								
03:00								
04:00								
05:00								
06:00								

DATA: / /

NOME DO PACIENTE:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (SD)

ASSINATURA:

DATA: / /

NOME DO PACIENTE:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (SN)

ASSINATURA:

GOVERNO DO MARANHÃO

GOVERNO COM O POVO, O MARANHÃO NUM CAMINHO NOVO!

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

5 Blocos

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM)

Paciente: _____ **Prontuário:** _____

Datas	Anotação

Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo CEP: 65037-010 São Luís - Maranhão
Contatos: (98) 3232 5080 / 3232 3522 / 3232 4935

5 BL0803

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins que _____

_____

portador(a) do R.G. nº_____ , foi avaliado(a) nesta Unidade de Saúde e, até o presente momento encontra-se em perfeitas condições de Sanidade Mental.

São Luís, _____ de _____ de _____.

_____
Médico do ASM

2 Blocos

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

A T E S T A D O

A t e s t o p a r a o s d e v i d o s f i n s q u e ,

_____

matrícula nº _____, encontra-se em tratamento nesta Unidade de Saúde, tendo o Diagnóstico codificado com nº _____.

Estado Psíquico atual:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

São Luís, _____de _____de_____

_____

Médico ASM

2 Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO	**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO** **HOSPITAL NINA RODRIGUES** **CNES 2457768**

ATESTADO PARA ESCOLA

PACIENTE	PRONTUÁRIO
MÉDICO	**CRM-MA**

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima mencionado(a) está sob os meus cuidados realizando tratamentos especializados, com consultas médicas periódicas associadas à programação de atividades terapêuticas multiprofissionais.

Para apoio ao desenvolvimento de sua atividade cognitiva considerando ser portador (a) de patologia (s) correspondente (s) ao(s) CID 10 ____ x ____ indicamos sua inclusão em sala de recursos.

São Luís (MA), _____de_____de_____.

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

2 Blocos

AUTORIZAÇÃO DE ABERTURA OU REATIVAÇÃO DE PRONTUÁRIO PELO AMBULATÓRIO/HNR.

☐ ABERTURA DE PRONTUÁRIO ☐ REATIVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Nome do Paciente:
Nº do RG:
Nº do Cartão do SUS:
Endereço:
Observações após triagem do serviço social:
Parecer da Coordenação do Ambulatório quanto a autorização ou negativa da abertura / reativação do prontuário:

Data: ___/___/_____

Assinatura e Carimbo: _____
Responsável pela Autorização

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS
SAÚDE

Governo do Estado do Maranhão
Secretaria de Estado da Saúde
AMBULATÓRIO HNR

AUTORIZAÇÃO PACIENTE

PRONT:_____

EU:_____

ACEITO E AUTORIZO A MUDANÇA DO (A) PSIQUIATRA _____

PARA O (A) PSIQUIATRA _____,

☐ FALTA DE HORÁRIO DO MESMO ☐ OUTROS MOTIVOS

JUSTIFICATIVA:

_____

_____

_____

_____

DATA:_____/_____/_____

_____

ASSINATURA PACIENTE E/OU RESPONSAVEL

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS
SAÚDE

Governo do Estado do Maranhão
Secretaria de Estado da Saúde
AMBULATÓRIO HNR

AUTORIZAÇÃO PACIENTE

PRONT:_____

EU:_____

ACEITO E AUTORIZO A MUDANÇA DO (A) PSIQUIATRA _____

PARA O (A) PSIQUIATRA_____,

☐ FALTA DE HORÁRIO DO MESMO ☐ OUTROS MOTIVOS

JUSTIFICATIVA:

_____

_____

_____

_____

DATA:_____/_____/_____

_____

ASSINATURA PACIENTE E/OU RESPONSAVEL

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO HOSPITAL DA SAUDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

INVISA

3B1608

UNIDADE

AUTORIZAÇÃO

O Serviço Social autoriza a entrada do (a) Sr (a).....
.....
Que visitará ( ) acompanhará ( ) o/a paciente.....
.....
Que se encontra no leito....., na clínica.....
Autorização válida no período de.....até....., de acordo com as situações abaixo:

- Troca de acompanhante ( )
- Necessidade do/a paciente ( )
- Realizar visita fora do horário estabelecido ( )
- Trajes inadequados ( )
- Calçado inadequado ( )
- Outros( ).....

..... – MA, ... de ..... de 202.....

_____

Assistente Social

HNR/SS/FORM/001

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO HOSPITAL DA SAUDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

INVISA

UNIDADE

AUTORIZAÇÃO

O Serviço Social autoriza a entrada do (a) Sr (a).....
.....
Que visitará ( ) acompanhará ( ) o/a paciente.....
.....
Que se encontra no leito....., na clínica.....
Autorização válida no período de.....até. ..... , de acordo com as situações abaixo:

- Troca de acompanhante ( )
- Necessidade do/a paciente ( )
- Realizar visita fora do horário estabelecido ( )
- Trajes inadequados ( )
- Calçado inadequado ( )
- Outros( ).....

..... – MA, ... de ..... de 202.....

_____

Assistente Social

HNR/SS/FORM/001

3 Blocos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE:				
NOME:				
SEXO: MASC.( ) FEM.( )	IDADE:	ESTADO CIVIL:	REGISTRO:	GRAU DE INST.:
FILIAÇÃO				
PAI:		MÃE:		
RESIDÊNCIA:				
BAIRRO:		CIDADE:		
RESPONSÁVEL				
NOME:				
ENDEREÇO:				
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:				DESTINO:

AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

DATA	HORA	

DATA _____/_____/_____

_____
Visto

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

DATA	HORA	

5 Blocos

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO

Paciente: _____

Médico: _____

P.A.: _____ mmHg
Peso: _____ Kg
Glicemia: _____ mg/dl
Altura: _____ cm
Data: __/__/____
Hora: _____ hs

100. Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO

INVISA

AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NINA RODRIGUES

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - ANO:

PRONTUÁRIO Nº:	
NOME DO (A) PACIENTE:	
MÃE DO (A) PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___	**SUS:**
CARTÃO RECEBIDO EM: ___ / ___ / ___	**1ª VIA** ☐ **2ª VIA** ☐

MARANHÃO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

INVISA

1. ESTE CARTÃO É A IDENTIDADE DO PACIENTE NESTE AMBULATÓRIO E SERÁ SOLICITADO PARA QUALQUER TIPO DE ATENDIMENTO. É NECESSÁRIO QUE O PACIENTE TRAGA ESTE CARTÃO ACOMPANHADO DE DOCUMENTO PESSOAL COM FOTO.

2. OS PACIENTES CADASTRADOS NO AMBULATÓRIO SÓ PODERÃO RECEBER MEDICAÇÃO NA FARMÁCIA DO HOSPITAL NINA RODRIGUES DE SEGUNDA À SEXTA DAS 7 H ÀS 19 H.

3. O PACIENTE APENAS RECEBERÁ MEDICAÇÃO NA FARMÁCIA DO HOSPITAL NINA RODRIGUES MEDIANTE APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO, DOCUMENTO PESSOAL COM FOTO E MARCAÇÃO DA PRÓXIMA CONSULTA.

4. NÃO FALTE SUAS CONSULTAS! PACIENTES COM AUSÊNCIAS NÃO JUSTIFICADAS POR PERÍODO SUPERIOR À 180 DIAS PODERÃO TER SEUS PRONTUÁRIOS DESATIVADOS.

5. EM CASO DE PERDA DESTE CARTÃO, COMUNIQUE À COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO PARA AS DEVIDAS ORIENTAÇÕES.

6. IMPORTANTE PLASTIFICAR ESTE CARTÃO PARA GARANTIR DURABILIDADE.

1 Bloco

CONSULTA PSIQUIÁTRICA
(INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA)

Data da primeira avaliação:		
Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Escola:	
Naturalidade:	Residência:	
Nome da mãe:		
Idade:	Naturalidade:	Estado civil:
Escolaridade:	Profissão:	Religião:
Nome do pai:		
Idade:	Naturalidade:	Estado Civil:
Escolaridade:	Profissão:	Religião:
Encaminhado por:		
Informantes na primeira avaliação:		

História da doença atual:

Gestação/ Parto/ Período neonatal:	
Desenvolvimento neuropsicomotor/ Independência:	
Alimentação/ sono:	
Moradia e ambiente familiar:	
Escolaridade e atividades extracurriculares:	

Socialização/bullying/sexualidade:	
Brincadeiras e hábitos:	
História psiquiátrica familiar:	
História mórbida pregressa:	
Comorbidades e alergias:	
Psicofármacos que já fez uso:	
Exames laboratoriais/imagem realizados:	
Impressão subjetiva da primeira avaliação:	
Acompanhamento com equipe multidisciplinar:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
Conduta:	

1 Bloco

Dra. Talita Serra Tobias de Souza Psiquiatria da Infância e Adolescência

Data / /20

Mês

	PRONTUÁRIO e Cidade	NOME DO PACIENTE, idade e HD	Telefone	Residente
1a vez				
RT				
RT				
RT				
RT				
RT				
Encaixe				

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

2 Blocos

DECLARAÇÃO

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

acompanhou o paciente _____,

na consulta ambulatorial em _____/_____/_____.

São Luis, _____ de _____ de _____.

_____

Assistente Social

2 Blocos

UNIDADE

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaro, para os devidos fins, que o(a) Sr.(a)

_____

titular do CPF_____está ( )

esteve ( ) acompanhando (a) paciente _____,

_____

atendido nesta unidade de saúde pela especialidade:

_____

_____

_____ MA, _____de_____de 20_____

_____

Profissional Responsável

Blocos
(3)

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos para os devidos fins que,

_____,

compareceu para a consulta no dia _____/_____/_____ e deverá retornar em _____/_____/_____.

São Luís,_____ de _____ de _____.

_____
Assistente Social

Av. Getúlio Vargas, 2508 – Monte Castelo – Fone/Fax: (98) 3232-5080
Cep: 65037-010 - São Luís - Maranhão

2 Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO HOSPITAL NINA RODRIGUES CNES 2457768

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

PACIENTE	PRONTUÁRIO

DECLARO, PARA DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE.

_____

ESTEVE EM ATENDIMENTO ___,___,___ NO TURNO, _____ NESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Grata!

São Luís MA, _____ de _____de _____.

_____

PROFISISIONAL RESPONSÁVEL

GOVERNO DO MARANHÃO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO HOSPITAL NINA RODRIGUES CNES 2457768

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

PACIENTE	PRONTUÁRIO

DECLARO, PARA DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE.

_____

ESTEVE EM ATENDIMENTO EM ___,___,___ NO TURNO,_____ NESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Grata!

São Luís MA, _____ de _____de _____.

_____

PROFISISIONAL RESPONSÁVEL

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

Blocos (3)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que,

_____,

faz tratamento nesta Unidade de Saúde, desde_____/_____/_____.

São Luís,_____ de _____ de _____.

_____
Assistente Social

2 Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO

ESTADO DO MARANHÃO

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES

AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NINA RODRIGUES

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente _____ _____ com atestado em anexo, para avaliação de Aquisição de Carteira de Passe Livre.

São Luís,_____ de _____ de _____.

_____

ASSISTENTE SOCIAL

2 Blocos

GOVERNO DO MARANHÃO	**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO** **HOSPITAL NINA RODRIGUES** **CNES 2457768**

ENCAMINHAMENTO

PACIENTE	PRONTUÁRIO
MÉDICO	**CRM-MA**

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima mencionado(a) está sob os meus cuidados médicos realizando consultas médicas periódicas considerando ser portador(a) de sinais e sintomas sugestivos de _____

_____

Para apoio ao desenvolvimento de sua atividade signitiva indicamos programação de atividades terapêuticas multiprofissionais com:

( ) Fonoaudiologia
( ) Fisioterapia
( ) Psicólogia
( ) Psicopedagogia
( ) Terapia Ocupacional

São Luís (MA), _____ de _____ de _____.

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO HOSPITAL DA SAUDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

1Bloco3

ANVISA

UNIDADE

ENCAMINHAMENTO

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

À Secretaria de Saúde do município.....

Encaminho ao **PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO** o (a) Senhor (a) .....,residente à .....

que realiza tratamento nesta unidade de saúde com prontuário n.º.....

e necessita comparecer regularmente para acompanhamento especializado para:

- ( )Consulta ( )Exame ( )Quimioterapia ( ) Outros ..... será dia...../...../....., às .....h, conforme agendamento em anexo.

Solicitamos ainda, de acordo com a Portaria n.º55, de 24 de fevereiro de 1999, que não haja atraso no repasse do custeio de transporte, pois isto compromete o tratamento do (a) usuário (a).

Atenciosamente,

_____
Assistente Social

.....-MA, ... / ..... / ..... .

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES

5 BLOCOS

INVISA

ESQUEMA DE MEDICAÇÃO

Nome do Paciente:

MEDICAÇÃO	MANHÃ (8h)	TARDE (14h)	NOITE (20h)

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES

INVISA

ESQUEMA DE MEDICAÇÃO

Nome do Paciente:

MEDICAÇÃO	MANHÃ (8h)	TARDE (14h)	NOITE (20h)

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES

INVISA

ESQUEMA DE MEDICAÇÃO

Nome do Paciente:

MEDICAÇÃO	MANHÃ (8h)	TARDE (14h)	NOITE (20h)

GOVERNO DO MARANHÃO

GOVERNO COM O POVO, O MARANHÃO NUM CAMINHO NOVO!

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

3 Bloco

EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Paciente:_____ **Prontuário:**_____

Datas	Evolução

GOVERNO DO MARANHÃO

2 B/000

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Data:	EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

GOVERNO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Data:	EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO

GOVERNO DO MARANHÃO

GOVERNO COM O POVO, O MARANHÃO TEM CAMINHO NOVO!

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

5 BLOCOS

EVOLUÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente:_____ **Prontuário:**_____

Datas	Evolução

Av. Getúlio Vargas, 2508 – Monte Castelo CEP: 65037-010 São Luís – Maranhão
Contatos: (98) 3232 5080 / 3232 3522 / 3232 4935

1 BLOCO

GOVERNO DO MARANHAO | SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHAO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

INVISA

FICHA DE PRODUTIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL:

CBO:

DATA:

CARIMBO:

ORD.	NOME COMPLETO DO PACIENTE	QUANTIDADE DE VERIFICAÇÕES/REALIZAÇÕES			
		PRESSÃO ARTERIAL (039)	GLICEMIA (015)	MEDICAMENTOS (012)	CURATIVO (015)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1 Bloco

Data: _____ Triagem realizada por: _____
Nome: _____
DN: _____ Idade: _____ telefone: _____
Encaminhado por: _____
* Queixa Principal: _____

Circule o número ou números que mais descrevem a queixa:

1. Insônia	6. Dificuldade na fala	11. Problemas comportamento	16. Agitação	21.Alucinações	26. Comport. Infantilizado
2. Tristeza	7. Dificuldade relacionamento	12. Tiques	17. Medos	22.Nervosismo ou ansiedade	27. Ideias obsessivas
3. Ideia/tentativas de suicídio	8. Comportam. repetitivos	13. Irritabilidade	18. Agressividade	23. Queixas somáticas	28. Baixa auto-estima
4. Uso álcool e/ou drogas	9. Desatenção	14. Dif separação pais	19.Comportamento bizarro	24. Probl. Sexualidade	29. Timidez
5. Dific.Aprendiza	10. Impulsividade	15. Mutismo	20. Delírios	25.Alter. apetite	30. usc exc telas

1. Antecedentes Obstétricos e Neonatais:

Problemas na gravidez (N) (S) Se sim, quais? _____

Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps ( ) A termo ( ) Prematuro

Intercorrências: (N) (S) Se sim, quais? _____

Aleitamento: (N) (S) Se sim, por quanto tempo: _____. Obs.: _____

2. Aspectos do Desenvolvimento:

Atrasos do desenvolvimento: (N) (S) Se sim, quais? _____

Com que idade andou? _____ Controle esfíncteres: _____ Primeiras palavras: _____ Frases: _____

Diálogos: _____

3. Condições gerais do paciente:

Sono: ( ) Normal ( ) Agitado ( ) Interrompido ( ) Range os dentes ( ) Dorme de boca aberta

( ) Roncos ( ) Pesadelos

Alimentação: Tem algum problema alimentar? (N) (S) Se sim, qual? _____

Saúde: Algum problema de saúde? (N) (S) Se sim, qual? _____

Escolar: Algum problema escolar? (N) (S) Se sim, qual? _____

4. Histórico Familiar:

Há doença psiquiátrica em algum familiar de 1° grau? (S) (N)

Grau de parentesco: _____ HD: _____

5. Dados Psicossociais: Convive com os pais (N) (S) Mora com: _____

6. Hipóteses Diagnósticas: _____

7.Encaminhamento: ( ) Permanece no Ambulatório ( ) Será encaminhado para: _____

GOVERNO DO MARANHÃO
O MARANHÃO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

3B/0003

ANVISA

MAPA DIÁRIO DO SERVIÇO SOCIAL

UNIDADE	SETOR	ASSISTENTE SOCIAL	DATA...../...../..... ( )M ( )T ( )SD ( )SN

LEITO	PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	PROCEDENCIA	ADMISSÃO	OBSERVAÇÕES

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Rede de Saúde Mental – São Luis- MA
AMBULATÓRIOS/ SUS

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernado: São Bernado
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular c/ preço popular)
Postos da cemarc
Policlinica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAUDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III- Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD- (Monte Castelo)
CAPS AD- (Filipinho)
CAPS i (Turu)
Policlinica do Idoso (Liberdade)

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Rede de Saúde Mental – São Luis- MA
AMBULATÓRIOS/ SUS

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernado: São Bernado
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular c/ preço popular)
Postos da cemarc
Policlinica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAUDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III- Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD- (Monte Castelo)
CAPS AD- (Filipinho)
CAPS i (Turu)
Policlinica do Idoso (Liberdade)

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Rede de Saúde Mental – São Luis- MA
AMBULATÓRIOS/ SUS

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernado: São Bernado
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular c/ preço popular)
Postos da cemarc
Policlinica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAUDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III- Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD- (Monte Castelo)
CAPS AD- (Filipinho)
CAPS i (Turu)
Policlinica do Idoso (Liberdade)SANTA BARBARA

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Rede de Saúde Mental – São Luis- MA
AMBULATÓRIOS/ SUS

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernado: São Bernado
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular c/ preço popular)
Postos da cemarc
Policlinica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAUDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III- Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD- (Monte Castelo)
CAPS AD- (Filipinho)
CAPS i (Turu)
Policlinica do Idoso (Liberdade)

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Rede de Saúde Mental – São Luis- MA
AMBULATÓRIOS/ SUS

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernado: São Bernado
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular c/ preço popular)
Postos da cemarc
Policlinica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAUDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III- Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD- (Monte Castelo)
CAPS AD- (Filipinho)
CAPS i (Turu)
Policlinica do Idoso (Liberdade)

GOVERNO DO MARANHÃO | SAÚDE

Rede de Saúde Mental – São Luis- MA
AMBULATÓRIOS/ SUS

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernado: São Bernado
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular c/ preço popular)
Postos da cemarc
Policlinica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAUDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III- Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD- (Monte Castelo)
CAPS AD- (Filipinho)
CAPS i (Turu)
Policlinica do Idoso (Liberdade)

2 BLOCOS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768

RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL

PACIENTE	PRONTUÁRIO

São Luís (MA), _____ de _____de _____.

PROFISISIONAL RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768

RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL

PACIENTE	PRONTUÁRIO

São Luís (MA), _____ de _____de _____.

PROFISISIONAL RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADA DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

10 Blocos

REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO

POSTO 02	LOCAL 03

ABASTECIMENTO		VALOR R$	
ESPÉCIE 04	QUANT. 05	UNITÁRIO 06	TOTAL 07

PLACA 08	DATA 09	10

S DIRETORIA ADMINIST. 11	ASS DIRETORIA GERAL 12
13	ASS CHEFE DO POSTO 14

1 Bloco

TERMO DE COMPROMISSO COM O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

REATIVAÇÃO DE PRONTUÁRIO – AMBULATÓRIO / HNR.

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____ realizei tratamento psiquiátrico nesta Unidade de Saúde e tenho meu prontuário nº _____ **reativado** na data de hoje após período de afastamento sem justificativas nas consultas psiquiátricas.

Sou ciente que sou informado (a) que a partir da data de hoje as faltas não justificadas no tratamento psiquiátrico neste Ambulatório por período superior a 6 (seis) meses irão acarretar em **ALTA ADMINISTRATIVA** e consequente desativação do meu prontuário e receberei orientações para a continuidade do tratamento especializado na Rede de Saúde Mental.

DATA: _____ / _____ / _____.

_____

Assinatura do(a) paciente e / ou responsável

TERMO DE COMPROMISSO COM O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

REATIVAÇÃO DE PRONTUÁRIO – AMBULATÓRIO / HNR.

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____ realizei tratamento psiquiátrico nesta Unidade de Saúde e tenho meu prontuário nº _____ **reativado** na data de hoje após período de afastamento sem justificativas nas consultas psiquiátricas.

Sou ciente que sou informado (a) que a partir da data de hoje as faltas não justificadas no tratamento psiquiátrico neste Ambulatório por período superior a 6 (seis) meses irão acarretar em **ALTA ADMINISTRATIVA** e consequente desativação do meu prontuário e receberei orientações para a continuidade do tratamento especializado na Rede de Saúde Mental.

DATA: _____ / _____ / _____.

_____

Assinatura do(a) paciente e / ou responsável.

Termo de Consentimento Informado

Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona e Olanzapina

Eu,_____(nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso ao uso dos medicamentos **risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina** preconizados para o tratamento da **esquizofrenia refratária.**

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____(nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que os medicamentos risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina podem trazer os seguintes benefícios no tratamento da esquizofrenia:

- redução dos sintomas e da freqüência das crises;
- redução das internações hospitalares.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- **clozapina** é classificada na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável);
- **olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona** são classificadas na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- todos os medicamentos são contra-indicados em casos de alergia a componentes da formulação.

Para **risperidona** as reações mais freqüentes são inquietação, ansiedade, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, diminuição do desejo sexual, tontura, alterações na menstruação, reações extrapiramidais, reações distônicas, parkinsonismo, insônia, distúrbios urinários, agressividade, agitação, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, constipação, tosse, boca seca, diarréia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, faringite, rinite, ganho de peso. As reações menos freqüentes incluem dor nas costas, hipotensão ortostática, palpitação, dor no peito, taquicardia, falta de ar, galactorréia, aumento da oleosidade da pele, dor abdominal, dor nas articulações, pele seca, aumento da salivação, aumento do suor, fotossensibilidade, vômitos, perda de peso. As reações raras incluem perda de apetite, alteração na regulação de temperatura corporal, síndrome neuroléptica maligna, sede excessiva, ereção peniana sustentada e dolorosa, discinesia tardia, convulsões, redução do número de plaquetas no sangue e púrpura.

Para **clozapina** os efeitos adversos mais comuns são aumento da freqüência cardíaca, palpitações, hipotensão e hipotensão postural, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, tontura, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjôo, visão turva e aumento de peso. É contra-indicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue inferior a 3500 células/mm^3). São necessários controles periódicos de hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após). Também podem ocorrer alteração no eletrocardiograma, pressão alta, dor no peito, agitação, inquietação, desconforto abdominal, azia, ressecamento de mucosas, tremores, desmaios, confusão e delírio. Os efeitos adversos raros incluem convulsões, discinesia tardia, acatisia, síndrome neuroléptica maligna, desconforto ao urinar, hepatite, icterícia colestática, pancreatite aguda, impotência sexual, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia) e rigidez muscular.

Para **quetiapina** os efeitos adversos mais freqüentes são prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso. Os efeitos adversos menos freqüentes são falta de ar, sintomas extrapiramidais (tremores, problemas de fala, movimentos lentos, rigidez das pernas e braços), sintomas semelhantes aos da gripe (febre, calafrios, dor nos músculos), hipotensão ortostática, inchaços dos pés e pernas, reações alérgicas de pele, dores abdominais, alterações visuais, dor de cabeça, palpitações, aumento do suor, faringite, rinite. Raramente podem ocorrer galactorréia (secreção de leite em mulheres fora da gestação), hipotireoidismo (com perda de apetite, ganho de peso, cansaço), hipotensão (pressão baixa), alterações no ciclo menstrual, convulsões, taquicardia, síndrome neuroléptica maligna (os principais sintomas incluem febre, rigidez muscular, pulso e pressão irregulares, taquicardia, cansaço, diaforese, arritmias cardíacas), discenisia tardia (síndrome potencialmente irreversível caracterizada por movimentos involuntários que ocorre principalmente em idosos). A amamentação não é recomendada durante o tratamento, pois estudos em animais evidenciaram a passagem de quetiapina para o leite. Em virtude do risco de desenvolvimento de catarata, é recomendada a realização de exames oftalmológicos periódicos (6 em 6 meses).

Para **ziprasidona** os efeitos adversos mais comuns são sonolência, tontura, pressão baixa, síndrome extrapiramidal, prolongamento do intervalo QT. Reações adversas menos freqüentes incluem convulsões, aumento da freqüência cardíaca, hipotensão postural, aumento do volume das mamas, síndrome neuroléptica maligna, reações alérgicas de pele, náusea, constipação, azia, diarréia, ganho de peso, cansaço, dor muscular, visão anormal, problemas respiratórios, rinite, tosse. Reações adversas de incidência rara incluem dor abdominal, agitação, angina, fibrilação atrial, confusão, delírio, febre, disfunção sexual, dificuldade para engolir e respirar, presença de sangue na urina ou nas fezes, hepatite, reações de fotossensibilidade, infarto, inchaço da lingua, tremor, retenção urinária, vertigem, vômitos, pneumonia, ereção peniana sustentada e dolorosa, disfunção sexual, infarto. Precauções devem ser tomadas nos casos de história de cardiopatia, especialmente arritmias, hipertensão arterial sistêmica, pois a ziprasidona pode aumentar o efeito de anti-hipertensivo, doença de Parkinson, história de uso de drogas e dependência química, hipotensão postural, uso concomitante de medicamentos que possam produzir desequilíbrio hidroeletrolítico, pacientes com risco de convulsões com histórico de epilepsia, trauma craniano, lesões cerebrais, alcoolismo ou uso concomitante de medicamentos que reduzam o limiar convulsivante.

Para **olanzapina** os efeitos adversos mais comuns são dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, hostilidade, tonturas, ansiedade, boca seca. São também comuns hipotensão e hipotensão postural, taquicardia, edema periférico, amnésia, euforia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, hipertonia, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, boca seca, rinite, faringite, elevação de enzimas hepáticas, rigidez na nuca, dores no corpo, sintomas extrapiramidais, prolactinemia. Reações adversas menos freqüentes incluem síndrome neuroléptica maligna, ereção peniana dolorosa, redução do número de células brancas do sangue. Reações adversas de incidência rara incluem dispnéia, inchaço facial, distúrbios menstruais, diminuição do desejo sexual, visão dupla, palpitação, sensibilidade à luz. Precauções devem ser tomadas nos casos de doença de Alzheimer, história de síndrome neuroléptica maligna, doença hepática, convulsões ou condição que diminua o limiar convulsivante, pacientes com risco de pneumonia de aspiração, com hipertrofia prostática, glaucoma de ângulo fechado, história de íleo paralítico, gravidez, com doença cardiovascular, cerebrovascular ou condições que predisponham a hipotensão postural, história de câncer de mama, risco de suicídio, história de dependência de drogas.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente:

Documento de identidade:

Sexo: Masculino Idade:

Endereço:

Cidade: CEP: Telefone:

Responsável legal (quando for o caso):

Documento de identidade do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico responsável: CRM: U F:

Endereço:

Cidade: CEP: Telefone:

Assinatura e carimbo do médico Data

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma ficará arquivado na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra via com o paciente.

2 BioBOS

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
LAMOTRIGINA, RISPERIDONA, QUETIAPINA, OLANZAPINA E CLOZAPINA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de lamotrigina, risperidona, quetiapina, olanzapina e clozapina, indicadas para o tratamento do transtorno afetivo bipolar do tipo I.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- clozapina: medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê é muito improvável);
- lamotrigina, risperidona, quetiapina e olanzapina: medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- efeitos adversos mais comuns da lamotrigina: reações alérgicas, com aparecimento de lesões de pele (*rash* cutâneo) relacionadas com aumento abrupto da dose, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, constipação ou diarreia, secura na boca, indigestão, náusea, vômitos, dor abdominal, inflamação no esôfago, inflamação no pâncreas, tontura, sonolência, dor de cabeça, irritabilidade, depressão, descoordenação, tremores, amnésia, perda de peso, visão turva ou dupla, alterações no ciclo menstrual, febre;
- efeitos adversos mais comuns da risperidona: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náusea, ganho de peso;
- efeitos adversos mais comuns da quetiapina: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar;
- efeitos adversos mais comuns da olanzapina: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tontura ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo;
- efeitos adversos mais comuns da clozapina: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náusea, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após esse período);
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) deve(m) ser utilizado(s) somente por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive se desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) lamotrigina
( ) risperidona
( ) quetiapina
( ) olanzapina
( ) clozapina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data:		

2 Blocos

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Donepezila, Galantamina, Rivastigmina

Eu,_____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **donepezila, galantamina e rivastigmina**, indicadas para o tratamento de **doença de Alzheimer.**

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença e
- melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso destes medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- **efeitos adversos da donepezila mais comuns:** insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele;
- **efeitos adversos da galantamina mais comuns:** náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;
- **efeitos adversos da rivastigmina mais comuns:** tontura, dor de cabeça, náusea, vômito, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns; depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas;
- são medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Omeu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) donepezila
( ) galantamina
( ) rivastigmina

Local: Data:		
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data:_____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

1Bloco

AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

O Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência pertence ao setor ambulatorial do Hospital Nina Rodrigues e está inserido do Programa de Residência Médica de Psiquiatria da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Este ambulatório dedica-se a atender crianças e adolescentes com distúrbios mentais que sejam encaminhados de municípios do Estado do Maranhão que não possuam RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) estruturada ou da Enfermaria de Curta Permanência (ECP), sendo casos graves e de interesse acadêmico da Residência Médica em Psiquiatria, proporcionando **avaliação clínica psiquiátrica**. Quando houver necessidade, e se houver vaga, será realizada avaliação com a Psicologia e a Terapia Ocupacional, à critério da equipe médica assistente.

Os atendimentos neste Ambulatório ocorrem nos dias de funcionamento do Hospital Nina Rodrigues. O paciente deve comparecer, de preferência, com 15 (quinze) minutos de antecedência, portando o cartão do prontuário do hospital. O tempo estimado de cada atendimento pode variar conforme o caso. A tolerância para atrasos é de 15 minutos. Se o período de tolerância for excedido, o atendimento poderá não ser realizado, se não houver possibilidade de encaixe na agenda do dia. Além disso, a ocorrência de 2 (duas) faltas consecutivas ou 3 (três) faltas aleatórias poderá ocasionar o desligamento do paciente deste Ambulatório. A responsabilidade de reagendamento da consulta é do paciente e de sua família. A consulta deverá ser remarcada pessoalmente, junto ao médico responsável ou às atendentes e recepções do Ambulatório, durante o seu período de funcionamento. A marcação nunca poderá ser feita por telefone.

Declaro-me ciente e concordo com as condições de funcionamento do ambulatório.

_____

Nome do Paciente

_____

Nome do Responsável

_____

Assinatura do Responsável

_____

Assinatura do Residente responsável

_____

Assinatura do Preceptor responsável

São Luis, / /

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

3 Blocos

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL
1 - NOME:
2 - RG:
3 - ENDEREÇO:
4 - TELEFONE:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Retiro nesta data o paciente _____

_____, prontuário _____, que encontra-se em observação neste serviço de urgência/emergência, assumindo inteira responsabilidade pelo mesmo, insentando o hospital de toda e qualquer responsabilidade pelos seus atos e por tudo o que vier lhe acontecer.

São Luís, MA, _____de _____ de_____.

_____
Assinatura do responsável

_____
Assinatura do profissional

Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - Fone/Fax: (98) 3232-5080
CEP: 65037-010 São Luís - Maranhão

GOVERNO DO MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS
SAÚDE

Governo do Estado do Maranhão
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Nina Rodrigues

3 Blocos.

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu,_____, portador (a) de RG nº_____ e CPF nº_____, residente no endereço_____

_____, solicito juntoà direção do Hospital Nina Rodrigues a cópia do prontuário nº_____ pertencente ao (à) paciente_____ para fins de _____

_____.

São Luis,_____de _____ de _____.

_____

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL
(Colocar o nome do responsável e carimbar digital no caso do mesmo não assinar seu nome)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Para fins de esclarecimento, as cópias de prontuários serão entregues apenas ao próprio paciente ou ao seu familiar/responsável solicitante portando documento de identificação com foto (do solicitante e do paciente).

Ciente:_____

Contato: ( )_____

Data entrega:_____/_____/_____

Recebido em: _____/_____/_____

Assinatura:_____