



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

### ATO CONVOCATÓRIO

### COTAÇÃO Nº 076/2023

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 **18/01/2023 a 22/01/2023**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda **Semestral** do Shopping da Criança, em Bacabal/MA, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **18/01/2023 a 22/01/2023**.

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](mailto:compras.ma@invisa.org.br), no horário das 08h às 17h, dentro do período para envio das propostas.

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

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

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

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

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

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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

**9.3.** As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que “A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

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

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

- **Shopping da Criança**, localizado na BR 316, nº 48, Centro, Bacabal/MA - CEP: 65700-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 991894854 / (98) 991872478, (99) 3621-2784 / 3621-3244 / 3621-2394 / 3621-1740.

**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](mailto: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.

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

**16.2.**Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições exigidas em rótulo (nos itens que se fizerem necessários).

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

**18.** Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos, 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) Certidão negativa 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 marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.

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

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

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

**27.** Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma.**

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

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

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

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

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

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

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

**Santo Antônio de Pádua/RJ, 18 de janeiro de 2023.**

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



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br  
TERMO REFERENCIA

### 1. Quantidade estimada:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	004428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUÁRIO CARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	45
2	007990	BLOCO EVOLUCAO NUTRICIONAL 100X1	BLOCO	15
3	004455	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, FRENTE	BLOCO	250
4	008547	BLOCO PARA AVALIAÇÃO DO PERCEPTO-COGNITIVO - 100 FOLHAS	BLOCO	30
5	008541	BLOCO PARA AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTA TRAUMA-ORTOPEDICS - 100 FOLHAS	BLOCO	20
6	008542	BLOCO PARA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA -PEDIATRIA - 100FOLHAS	BLOCO	30
7	008544	BLOCO PARA AVALIAÇÃO NEUROPEDIATRIA - 100 FOLHAS	BLOCO	5
8	008543	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA - 100 FOLHAS	BLOCO	14
9	008546	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA - 100 FOLHAS	BLOCO	30
10	008540	BLOCO PARA FICHA DE ATENDIMENTO - 100 FOLHAS	BLOCO	200
11	008545	BLOCO PARA SERVIÇO DE PSICÓLOGOS CLÍNICA	BLOCO	30
12	009217	CONTRATO TERAPÊUTICO, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 UNIDADES	BLOCO	12
13	008539	FICHA DE ADMISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL - 100 FOLHAS	BLOCO	60
14	008564	FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTA NEUROLÓGICA - 100 FOLHAS	BLOCO	28
15	004313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	100
16	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	280



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br  
ANEXO I

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

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

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO SHOPPING DA CRIANÇA**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2016/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 06 (seis) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	004428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUARIOCARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	45
2	007990	BLOCO EVOLUCAO NUTRICIONAL 100X1	BLOCO	15
3	004455	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPEMULTIDISCIPLINAR, FRENTE	BLOCO	250
4	008547	BLOCO PARA AVALIAÇÃO DO PERCEPTO-COGNITIVO - 100FOLHAS	BLOCO	30
5	008541	BLOCO PARA AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTATRAUMA-ORTOPEDICS - 100 FOLHAS	BLOCO	20
6	008542	BLOCO PARA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - PEDIATRIA - 100FOLHAS	BLOCO	30
7	008544	BLOCO PARA AVALIAÇÃO NEUROPEDIATRIA - 100 FOLHAS	BLOCO	5
8	008543	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA - 100 FOLHAS	BLOCO	14
9	008546	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA - 100 FOLHAS	BLOCO	30
10	008540	BLOCO PARA FICHA DE ATENDIMENTO - 100 FOLHAS	BLOCO	200
11	008545	BLOCO PARA SERVIÇO DE PSICÓLOGOS CLÍNICA	BLOCO	30
12	009217	CONTRATO TERAPÊUTICO, TAMANHO A4, BLOCO COM 100UNIDADES	BLOCO	12
13	008539	FICHA DE ADMISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL - 100	BLOCO	60

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

		FOLHAS		
14	008564	FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTA NEUROLÓGICA - 100FOLHAS	BLOCO	28
15	004313	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	100
16	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	280

**2.** A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Shopping da Criança**, localizado na BR 316, nº 48, Centro, Bacabal/MA - CEP: 65700-000.

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

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

### CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

### CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

**1.** O prazo de vigência do presente contrato é de **06 (seis) meses**, tendo **início em xxxx e término em xxx** podendo ser prorrogado, por conveniências das partes, através de Termo Aditivo.

### CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

**1.** O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 076/2023/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.

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

**1.2.** Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2016/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão,** em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Banco: XXXXX**  
**Agência: XXXXX**  
**Conta Corrente: XXXX**

**5.** Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e irrevogáveis durante a vigência do presente contrato.

**5.1.** A alteração de preço dos materiais, objeto deste contrato, só poderá ocorrer mediante aceitação do **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA**, justificá-lo mediante a juntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço.

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

### 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](mailto:compras.ma@invisa.org.br).

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do Shopping da Criança, localizado na BR 316, nº 48, Centro, Bacabal/MA - CEP: 65700-000 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

#### 4. Condição de Entrega:

4.1. A **CONTRATADA** entregará os materiais, obrigatoriamente, de acordo com as especificações contidas na Cláusula Primeira e com os modelos em anexo.

4.2. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos materiais do veículo de transporte. A **CONTRATANTE** ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos materiais.

#### 5. Condição de Recebimento:

5.1. Os materiais serão recebidos pela **CONTRATANTE**, sendo as notas fiscais devidamente atestadas.

5.2. Os materiais deverão ser entregues em embalagens adequadas, entendendo-se como tal aquelas que condicionam devidamente os materiais, envelopes ou outros acondicionamentos similares, que correspondam efetivamente à apresentação do produto.

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

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

### CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

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



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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 providências necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 076/2023/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**;



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

**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. 076/2023/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. 076/2023/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

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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

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

### **CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

**1.** Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 858/2021/MA.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO**

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO**

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



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;
3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.
4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.
5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:
  6. Na superveniência de caso fortuito, de força, maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;
  7. Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.
  8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.
9. Vencidos os 06 (seis) meses do prazo contratual, fica o mesmo rescindido automaticamente.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.
2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde Já, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denúncia.
3. A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado nº. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.



## Instituto Vida e Saúde

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

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

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

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS**

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

### **CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO**

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

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

São Luís/MA, xx de xxxx de 2023.

---

**BRUNO SOARES RIPARDO**  
**INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**  
**CONTRATANTE**

---

**CONTRATADA**  
**XXXXXXX**



**INVISA**  
**Instituto Vida e Saúde**

[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

**TESTEMUNHAS:**

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**

# MODELOS DOS FORMULÁRIOS

'UNIDADE		SETOR	
<b>AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTA TRAUMATO-ORTOPÉDICA</b>			
NOME COMPLETO:		PRONTUÁRIO:	
NOME SOCIAL:		SUS:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO ( )M ( )F	
PESO:	ALTURA :		
PROFISSÃO:			
PRATICA ATIVIDADE FISICA: ( )SIM ( )NÃO		TIPO:	FREQUÊNCIA:
OBSERVAÇÕES:			
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS E DE DOENÇAS ASSOCIADAS</b>			
( ) NEGA PATOLOGIA	( ) OBESIDADE	( ) OSTEOPOROSE	( ) ARTROSE
( ) CIRURGIA	( ) ETILISMO	( ) TABAGISMO	( ) DIABETES
( ) HIPERTENSÃO	( ) OUTROS: _____		
TRATAMENTO: ( ) NÃO ( ) SIM			
( ) CLINICO: _____			
( ) FISIOTERAPÊUTICO: _____			
( ) CIRÚRGICO: _____			
( ) OUTROS: _____			
<b>QUEIXA PRINCIPAL</b>			
<b>HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL</b>			
<b>PERIMETRIA</b>			
<b>TÔNUS E TROFISMO</b>			
<b>GONIOMETRIA</b>			
<b>MARCHA</b>			
<b>TESTES ORTOPÉDICOS</b>			

**SINAIS E SINTOMAS ESPECÍFICOS**

**A DOR OCORRE:** ( ) SÚBITO ( ) GRADUAL  
**ESTÁGIO:** ( ) AGUDO(1-4 SEMANAS) ( ) SUB AGUDA(5-12SEMANAS)  
 ( ) CRÔNICOS (MAIS DE 12 SEMANAS) ( ) CRÔNICOS COM EXACERBAÇÃO



0 \_\_\_\_\_ 10

**IRRADIAÇÃO:** ( ) NEGA ( ) MID(ABAIXO DO JOELHO)  
 ( ) MID(ACIMA DO JOELHO) ( ) MIE(ABAIXO DO JOELHO)  
 ( ) MIE(ACIMA DO JOELHO) ( ) OUTRO. ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**FATORES DE PIORAR A DOR:** ( ) ESFORÇO FÍSICO ( ) REPOUSO PROLONGADO ( ) POSIÇÃO EM PÉ  
 ( ) POSIÇÃO SENTADA ( ) DEAMBULAÇÃO ( ) ESPORTE ( ) TENSÃO EMOCIONAL  
 ( ) MOVIMENTO ( ) OUTRO/ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**FATORES QUE ALIVIAM DOR:** ( ) REPOUSO ( ) CALOR LOCAL ( ) FISIOTERAPIA ( ) MOVIMENTO  
 ( ) EXERCÍCIO/ALONGAMENTO ( ) OUTRO/ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CONDUTA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DATA

**FISIOTERAPEUTA(A)**



UNIDADE:

**CONTRATO TERAPÊUTICO  
INDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME:	CARTÃO DO SUS:
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICAR)	PRONTUÁRIO:
RESPONSÁVEL LEGAL (EM CASO DE MENOR)	

**NORMAS PARA ATENDIMENTO**

1. O atendimento constará de 10 sessões e caberá ao profissional direcionamento terapêutico de acordo com a demanda a ser alcançada, podendo para este fim, indicar acréscimo de sessões ou dar alta diante da resposta á terapia pelo paciente, se individual ou em grupo.
2. Em casos de atrasos persistentes do paciente (no máximo 3), é de responsabilidade do profissional advertir o paciente ou responsável e, se necessário, interromper o tratamento (ALTA). A continuidade de tal prática acarretará em terapia deficiente e inadequada. O mesmo é aplicado ao profissional que apresenta-se atrasado durante a terapia;
3. É obrigatório ao paciente e/ou responsável justificar toda e qualquer falta, seja realizando pessoalmente ou através do telefone, até dois dias após a ausência. **Se o paciente faltar 3 vezes sem justificar, será desligado automaticamente do atendimento.**
4. O paciente deverá aguardar o horário de atendimento pré-estabelecido pelo profissional, aguardando ser chamado pelo profissional ou atendente;
5. É obrigatório a presença dos pais ou responsáveis na sala de espera da terapia. **Se o responsável ausentar-se da sala de espera, o paciente será desligado do tratamento;**
6. O paciente ao sair da sala de atendimento é de inteira responsabilidade do responsável.

**ASSINATURAS**

**Declaro que fui esclarecido sobre todos os aspectos relativos a este contrato terapêutico e que o objetivo é a segurar um atendimento transparente e ético, bem como o compromisso das partes envolvidas com o processo de terapia. A concordância do paciente com os termos de tratamento são essenciais para o bom atendimento do processo.**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL





<b>UNIDADE</b>		
<b>AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA NEUROLÓGICA</b>		
NOME:		PRONTUÁRIO:
NOME SOCIAL:		CARTÃO DO SUS
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	IDADE	SEXO: ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE (EM CASO DE MENOR)		IDADE:
NOME DA PAI (EM CASO DE MENOR)		IDADE:
PROFISSÃO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO		
OBSERVAÇÃO:		
<b>QUEIXA PRINCIPAL / HDA</b>		
<b>HISTÓRICO DO NASCIMENTO</b>		
<b>DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR</b>		
ETAPAS MOTORAS:		
CONTROLE DE CABEÇA:		
ROLAR:		
ENGATINHAR		
SENTAR:		
FICAR DE PÉ		
MARCHAR:		
TÔNUS MUSCULAR:		
REFLEXOS:		
REAÇÕES DE EQUILÍBRIO E PROTEÇÃO		



UNIDADE		
<b>AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - PEDIATRIA</b>		
NOME :		PRONTUÁRIO:
		CARTÃO SUS
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	IDADE	SEXO ( )M ( )F
PESO:	ALTURA	
NOME DA MÃE:		
NOME DO PAI:		
PROFISSÃO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		
DOENÇAS ANTERIORES:		
OBSERVAÇÕES:		
<b>QUEIXA PRINCIPAL</b>		
<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO</b>		
<b>GESTAÇÃO</b>		
DROGAS:		
MEDICAMENTOS:		
DOENÇAS:		
EXAMES:		
CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS:		
<b>PARTO</b>		
AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO:		
HÁBITOS (CHUPETA, DEDO, ONICOFAGIA, FREQUÊNCIA E DURAÇÃO):		
<b>DESENVOLVIMENTO MOTOR</b>		
SUSTENTAÇÃO DE CABEÇA:		
SENTAR:		
ENGATINHAR:		
ANDAR:		
EQUILÍBRIO:		
COORDENAÇÃO:		
AVD:		
<b>SAÚDE GERAL</b>		
DOENÇAS:		
CIRURGIAS:		
CONVULSÕES:		
MEDICAÇÕES:		
<b>SONO</b>		
RONCA:		
BABA:		

AGITADO:

**AUDIÇÃO**

OTALGIA:

OTITE:

ZUMBIDO:

SUSPEITA DE DÉFICIT

**VISÃO**

APROXIMA OU AFASTA OBJETOS DOS OLHOS:

CONTRAI OS OLHOS:

ARDOR:

**ASPECTOS EMOCIONAIS E SOCIABILIDADE**

**PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO**

LINGUAGEM

ASPECTOS LINGÜÍSTICOS (SINTAXE, SEMÂNTICO, PRAGMÁTICO, FONÉTICO, FONOLÓGICO)

MARQUE 1 PARA PRESERVADA OU 2 PARA PREJUDICADA

	ATENÇÃO	GESTULIDADE		MEMÓRIA RECENTE		MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO		ESCRITA		LEITURA
	CÓPIA	CÁLCULO MATEMÁTICO		GARANTIA DA SIGNIFICAÇÃO		PRAXIA VERBAL		PRAXIA NÃO VERBAL		

**AVALIAÇÃO VOCAL**

	RONCA		TENSA ESTRANGULADA		SOPROSA		GASTURAL		CREPITANTE		MONOTONA		BAIXA
	ASPERA		PRESBIFÔNIA		HIPONASAL		PASTOSA		BITONAL		VIRILIZADA		ALTA
	TENSA		TRÊMULA		HIPERNASAL		FEMINILIZADA						

**GRAU DE ALTERAÇÃO:**

	LEVE		MODERADO		SEVERO
--	------	--	----------	--	--------

**ATAQUE VOCAL:**

**/LOUDNESS:**

	ISOCRÔNICO		BRUSCO		ASPIRADO		ADEQUADA		ALTA		BAIXA
--	------------	--	--------	--	----------	--	----------	--	------	--	-------

**PITCH:**

**/RESSONÂNCIA:**

	ADEQUADA		AGUDIZADO		AGUDO		AGUDO		EQUILIBRADA		FARINGEA		POSTERIOR
	AGRAVADO		GRAVE				HIPERNASAL		HIPONASAL		COMPENSAÇÃO NASAL		LARINGOFARINGEA

**ESTABILIDADE:**

	QUEBRAS DE SONORIDADE		FLUTUAÇÕES DE FREQUENCIAS		QUEBRADAS DE FREQUENCIA		FLUTUAÇÕES DE INTENSIDADE
--	-----------------------	--	---------------------------	--	-------------------------	--	---------------------------

**INTELEGIBILIDADE:**

**/FLEXIBILIDADE ARTICULATORIA:**

	PRECISA		IMPRECISA		ADEQUADA		TRAVADA
	PARCIALMENTE PRECISA		ALTERNADA		SOBREARTICULADA		FECHADA

DISTÚRBO ARTICULATÓRIO \_\_\_\_\_

**RITMO:**

	ADEQUADO Á INTENÇÃO DO DISCURSO		IMPRECISA
--	---------------------------------	--	-----------

**TIPO**

**MODO**

--	--

**VELOCIDADE DE FALA:**

	ADEQUADA		AUMENTADA		REDUZIDA		ADEQUADA
	INADEQUADA		DISCRETA		MODERADA		SEVERA

**TEMPOS FONOTÓRIOS:**

/A/=	/I/=	/U/=	/S/=	/Z/=	S/Z=
------	------	------	------	------	------

**DIADONESIA:**

--

**MODULAÇÃO:**

**RESTRITA PARA**

	ADEQUADA		ALTERADA	
--	----------	--	----------	--

**LÁBIOS:**

NORMAL	
--------	--

OBS: \_\_\_\_\_

**DENTES:**

	CONSERVADOS		AUSÊNCIA		AUSÊNCIA		SUPERIOR		INFERIOR		TOTAL
--	-------------	--	----------	--	----------	--	----------	--	----------	--	-------

OBS: \_\_\_\_\_

**BOCHECHAS:**

--	--

OBS: \_\_\_\_\_

**VÉU PALATINO:**

--	--

OBS: \_\_\_\_\_

**MASTIGAÇÃO:**

--	--

OBS: \_\_\_\_\_

**DEGLUTIÇÃO:**

--	--

OBS: \_\_\_\_\_

**POSTURA CORPORAL:**

--	--

OBS: \_\_\_\_\_

**HIPOTESE DIAGNOSTICA FONOAUDIOLOGIA**

**PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO**

**RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES**

**ORIENTAÇÃO AO PACIENTE / CUIDADOR**



ANAMNESE DE ENFERMAGEM (HISTÓRICO DE ENFERMAGEM)				
UNIDADE		SETOR		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME COMPLETO:				
DATA DE NASCIMENTO:				
NATALIDADE:	IDADE:	SEXO:	PESO:	ALTURA:
DATA DE ADMISSÃO:	HORA:	PROCEDÊNCIA:		
PRESENÇA DE ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:				
DIAGNÓSTICO:				
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL				
QUEIXA PRINCIPAL ( MOTIVO DA CONSULTA):				
QUANDO COMEÇOU? (INICIO DA DOENÇA):				
HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA				
( ) CARDIOPATIA ( ) HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) CÂNCER ( ) CIRURGIAS ( ) DOENÇAS RESPIRATÓRIAS ( ) BRONQUITE ( ) EPILEPSIA ( ) CONVULSÃO ( ) INFECÇÃO DE OUVIDO ( ) DESMAIO				
TEM ALERGIAS? ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, ESPECIFIQUE: _____				
FAZ USO DE MEDICAMENTOS? ( ) SIM ( ) NÃO - SE SIM, ESPECIFIQUE: _____				
TEVE ALGUMA DOENÇA NA INFÂNCIA OU CIRURGIA? _____				
A CRIANÇA APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE:				
( ) FALA ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) MOTOR ( ) OUTROS: QUAL? _____				
RESTRIÇÃO ALIMENTAR: ( ) SIM ( ) NÃO				
A CRIANÇA É IMPOSSIBILIDADE DE PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA? ( ) SIM ( ) NÃO				
HISTÓRIA FISIOLÓGICA				
COSTUMA FAZER QUANTAS REFEIÇÕES AO DIA? _____				
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) NORMAL ( ) MENOS DE 5 VEZES POR DIA ( ) POLACIÚRIA ( ) NICTÚRIA ( ) INCONTINÊNCIA URINARIA ( ) DIMINUIÇÃO DO JATO				
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ( ) NORMAL ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) DIARRÉIA ( ) MUDANÇA DE HABITO INTESTINAL				
SONO E REPOUSO : ( ) NÃO TEM INSÔNIA ( ) APRESENTA DIFICULDADE EM CONCILIAR O SONO ( ) ACORDA VÁRIAS VEZES A NOITE ( ) SONOLÊNCIA ( ) DORME DURANTE O DIA. - DORME _____ HORAS POR DIA.				
ANTECEDENTE FAMILIAR				
COMORBIDADES DO FAMILIAR	NÃO	SIM	GRAU DE PARENTESCO	
HIPERTENSÃO				
DIABETES				
CÂNCER				
OUTRAS:				
SINAIS VITAIS				
PA:	FC:	FR:	TAX:	



<b>UNIDADE</b>			
<b>AVALIAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA</b>			
NOME:		PRONTUÁRIO:	
NOME SOCIAL:		CARTÃO DO SUS	
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	IDADE	SEXO: ( ) M ( ) F	
NOME DA MÃE (EM CASO DE MENOR)		IDADE:	
NOME DA PAI (EM CASO DE MENOR)		IDADE:	
PROFISSÃO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
OBSERVAÇÃO:			
<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:</b>			
<b>QUEIXA PRINCIPAL / HDA</b>			
<b>HISTÓRICO DO NASCIMENTO</b>			
<b>DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR</b>			
ETAPAS MOTORAS:			
CONTROLE DE CABEÇA:			
ROLAR:			
ENGATINHAR			
SENTAR:			
FICAR DE PÉ			
MARCHAR:			
TÔNUS MUSCULAR:			
REFLEXOS:			

REAÇÕES DE EQUILÍBRIO E PROTEÇÃO

MOVIMENTAÇÃO VOLUNTÁRIA MMSS E MMII:

COORDENAÇÃO MOTORA GLOBAL E FINA

COORDENAÇÃO VISO-MOTORA:

CONTRATURAS E DEFORMIDADES:

SENSIBILIDADE

:NÍVEIS DE PREENSÕES:

**DESENVOLVIMENTO SENSORIAL**

**DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

**FUNÇÕES PSICOMOTORAS**

**ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD’S**

HIGIENE:

VESTUÁRIO:

ALIMENTAÇÃO:

**ASPECTOS EMOCIONAIS E SOCIALIZAÇÃO**

**OBSERVAÇÕES**

**PLANO DE TRATAMENTO**

\_\_/\_\_/\_\_

**DATA**

\_\_\_\_\_

**TERAPEUTA OCUPACIONAL**

**FICHA NUTRICIONAL**

**UNIDADE**

**SETOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME COMPLETO:

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

IDADE EM  
 MESES:

SEXO:

PESO:

ALTURA:

DATA DE ADMISSÃO:

HORA DE ADMISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

PRESENÇA DE ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OBJETIVO DA CONSULTA:

**Antecedentes patológicos**

( ) Obesidade ( ) DM ( ) HAS ( ) Dislipidemias  
 ( ) Problemas renais ( ) DCV ( ) Câncer ( ) Gastrite ( ) Refluxo  
 ( ) Úlcera ( ) Constipação ( ) Alergias ( ) Intolerâncias alimentares

Outros: \_\_\_\_\_

Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares**

( ) DM ( ) HAS ( ) DCV ( ) CA Outros: \_\_\_\_\_

**Hábitos**

Eliminação urinária: ( ) Normal ( ) Menos de 5x/dia ( ) Poliúria

Eliminações intestinais: \_\_\_\_\_

Outros distúrbios ( dores, fraquezas, e outros): \_\_\_\_\_

Horas de sono/noite: \_\_\_\_\_

**Anamnese alimentar**

Tempo de aleitamento materno exclusivo: \_\_\_\_\_

Tempo da alimentação complementar: \_\_\_\_\_

Suplementação: ( ) SIM ( ) NÃO

Refeições que realiza em casa: ( ) Café da manhã ( ) Almoço ( ) Jantar ( ) Todas

Tem hábitos de beber líquidos durante as refeições? ( ) SIM ( ) NÃO

Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_

Horários em que sente mais fome: \_\_\_\_\_

Apetite: ( ) Normal ( ) Diminuído ( ) Aumentado

Realiza lanches na escola: ( ) NÃO ( ) SIM O que: \_\_\_\_\_

Alteração de peso: ( ) Ganho ( ) Perda Quanto em quanto tempo: \_\_\_\_\_

Preferências alimentares: \_\_\_\_\_

Aversões alimentares: \_\_\_\_\_

**Prática de atividade física**

Tipo: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Recordatório alimentar de 24h

Desjejum:

Lanche da manhã:

Almoço:

Lanche da tarde:

Jantar:

Ceia:

**Dados antropométricos**

Peso	
Altura	
IMC	
IMC/I	
E/I	
P/E	
P/I	
CB	

**Diagnóstico nutricional**

( ) Eutrófico ( ) Desnutrido ( ) Sobrepeso ( ) Obeso

Exames laboratoriais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Evolução**

Resultado Diagnostico Nutricional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO NUTRICIONISTA(A)**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES**

Refeição	Preparação (sugestão)	Porção
Café da manhã		
Lanche da manhã		
Almoço		
Lanche da tarde		
Jantar		
Ceia		

## LISTA DE SUSTITUIÇÃO DE ALIMENTOS

### CEREAIS

ARROZ BRANCO	1 COLHERES DE SERVIR
MACARRÃO BRANCO	1 PEGADOR
PÃO FRANCES	1 UNIDADE
CUSCUZ	1 FATIA MÉDIA (2 DEDOS)
BEIJÚ	1 UNIDADE MÉDIA
AVEIA/GRANOLA	2 COLHERES DE SOPA
BISCOITO INTEGRAL	6 UNIDADES
BISCOITO SALGADO	4 UNIDADES

### LEITE

QUEIJO BRANCO	1 FATIA PEQUENA
LEITE DESNATADO LIQUIDO	1 COPO
IORGUTE NATURAL	1 POTE PEQUENO

### FRUTAS

ABACAXÍ	4 FATIAS
ACEROLA	10 UNIDADES
AMEIXA	2 UNIDADES
ATA	1 UNIDADE
BANANA	1 UNIDADE
CAJU	2 UNIDADES
GOIABA	1 UNIDADE

JACA	4VBAGOS
JAMBO	5 UNIDADES
LIMA	1 UNIDADE
MAÇÃ	1 UNIDADE
MAMÃO	1 FATIA MÉDIA
MANGA	1 UNIDADE
MARACUJÁ	1 UNIDADE
MELANCIA	1 FATIA
SERIGUELA	10 UNIDADES
TAMARINDO	1 COLHER DE SOPA
UVA	10 UNIDADES
LARANJA	1 UNIDADE

CARNE

BIFE GRELHADO	1 UNIDADE MÉDIA
FRANGO GRELHADO	1 UNIDADE MÉDIA
FRANGO DESFIADO	4 COLHERES DE SOPA
PEIXE GRELHADO	1 POSTA MÉDIA
OVO COZIDO	1 UNIDADE
OVO MEXIDO	1 UNIDADE (SEM ÓLEO)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO NUTRICIONISTA

ADMISSÃO PEDIÁTRICA				
UNIDADE		SETOR		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME COMPLETO:				
NOME SOCIAL:				
DATA DE NASCIMENTO:		CLASSIFICAÇÃO QUANTO A IG		SEXO
DATA DE ADMISSÃO:		HORA DE ADMISSÃO:		PROCEDÊNCIA:
PRESENÇA DE ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:				
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:				
DIAGNÓSTICO:				
PESO:			ESTATURA:	
HISTÓRIA PREGRESSA				
ANTECEDENTES PESSOAIS				
COMORBIDADES	SIM	NÃO	MEDICAÇÕES EM USO(ÚLTIMA DOSE)	
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NEFROPATIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ANOMALIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUAL?	
ANTECEDENTE FAMILIAR				
COMORBIDADES DO FAMILIAR	GRAU DE PARENTESCO			
SINAIS VITAIS				
PA:	FC:	FR:	TAX:	SPO <sup>2</sup> :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<b>GLASGOW</b> AO _____ RV _____ RM _____ TOTAL _____			
ESCALA DE DOR - EVA	 <b>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</b>			
ESCALA DE SEDAÇÃO	EV: _____ A: _____ RR: _____ MF: _____ FC: _____ TM: _____ TOTAL _____			
ESTADO EMOCIONAL	( ) CALMO ( ) IRRITADO ( ) AGITADO ( ) CHOROSO			



<b>UNIDADE</b>			
<b>AVALIAÇÃO DO PERCEPTO-COGNITIVO</b>			
NOME:		PRONTUÁRIO:	
NOME SOCIAL:		CARTÃO DO SUS	
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	IDADE	SEXO: ( ) M ( ) F	
NOME DA MÃE (EM CASO DE MENOR)		IDADE:	
NOME DA PAI (EM CASO DE MENOR)		IDADE:	
PROFISSÃO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
OBSERVAÇÃO:			
<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:</b>			
<b>QUEIXA PRINCIPAL / HDA</b>			
<b>DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR</b>			
ETAPAS MOTORAS GLOBAIS			
NÍVEIS DE PREENSÕES:			
COORDENAÇÕES VISO-MOTORA:			
<b>DESENVOLVIMENTO SENSORIAL</b>			
VISÃO:			
AUDIÇÃO:			
SENSAÇÃO TÁTIL:			
<b>DESENVOLVIMENTO COGNITIVO</b>			
LINGUAGEM:			
CORES, FORMAS E TAMANHO:			



UNIDADE:			
<b>SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA</b>			
ENTREVISTA CLÍNICA INICIAL CRIANÇAS E ADOLESCENTES			DATA
NOME COMPLETO:			
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICAR)			PRONTUÁRIO
RESPONSÁVEL LEGAL (QUANDO SE APLICAR)			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO (QUANDO HOVER)
OBJETIVO DA AVALIAÇÃO			
<b>ANAMNESE PISCICOLÓGICA</b>			
<b>1. QUEIXA PRINCIPAL E EVOLUÇÃO DA QUEIXA:</b>			
<b>2. QUEIXAS SECUNDÁRIAS:</b>			
<b>3. ANTECEDENTES PESSOAIS:</b>			
3.1 <b>CONCEPÇÃO</b> ( GESTAÇÃO , ABORTOS NATURAIS OU PROVOCADOS, ORDEM DE NASCIMENTO DOS FILHOS, GESTAÇÃO PLANEJADA, CRIANÇA DESEJADA):			
3.2 <b>GESTAÇÃO</b> (PRÉ-NATAL, CONDIÇÕES DA GESTAÇÃO, INTERCORÊNCIAS DA GESTAÇÃO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO, ABORTOS ANTERIORES, HÁ PARENTESCO ENTRE OS PAIS):			
3.3 <b>CONDIÇÕES DO PARTO</b> (LOCAL DO PARTO, TIPO DE ASSISTÊNCIA DURANTE O PARTO , TIPO DE PARTO, TEMPO DE GESTAÇÃO, INTERCORRÊNCIA NO PARTO...):			

**4. DESENVOLVIMENTO**

**4.1 ALIMENTAÇÃO** (ALEITAMENTO MATERNO, HÁBITOS ALIMENTARES):

**4.2 SONO** (CONDIÇÕES DO SONO; COMPORTAMENTO DURANTE O SONO ; PRESENÇA DE SONHOS PESADELOS, TERROR NOTURNO, BRUXISMO, FALA DORMINDO, CAMA INDIVIDUAL, DORME SOZINHO NO QUARTO, HORÁRIO QUE DORME, HORÁRIO QUE ACORDA, ROTINA DO SONO):

**4.3 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA:** ( TOMA BANHO SOZINHO, ESCOVA OS DENTES SOZINHOS, USA O BANHEIRO SOZINHO, CONSEGUE SE VESTIR OU DESPIR SOZINHO, QUANDO OCORREU O DESFRALDE...)

**4.4 AFETIVIDADE** (EXPRESSA SENTIMENTOS, COMO REAGE AOS SENTIMENTOS DE OUTRAS PESSOAS):

**4.5 COMPORTAMENTOS ESPECÍFICOS** (TIQUES , BIRRAS, MANIAS, MEDOS OU FOBIAS, USO DE MAMADEIRA, CHUPETA, ATITUDES ADOTADAS PELA FAMÍLIA):

**4.6 HISTÓRICO MÉDICO** ( USO DE ALGUM MEDICAMENTO, DOENÇAS, CIRURGIAS, CRISES CONVULSIVAS, DIFICULDADES, DE APREDIZAGEM, TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS, HISTÓRICOS FAMÍLIA):

**4.7 LINGUAGEM** (INICIO DA FALA, FALA CORRETAMENTE, GAGUEIRA, TROCA LETRAS, FALA COM SEQUÊNCIA TEMPORAL CORRETA, CHUPA OU JÁ CHUPOU DEDO, COMPREENDE A LINGUAGEM FALADA, COMPREENDE E ATENDE ORDENS, REALIZA IMITAÇÕES VERBAIS OU MOTORAS, APRESENTA DIFICULDADE NA FALA):

**5. AMBIENTE FAMILIAR E SOCIAL**

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA CLINICA:**

<b>UNIDADE</b>			
<b>SERVIÇOS DE PSICOPEDAGOGIA</b>			
<b>AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA</b>			DATA
NOME COMPLETO			
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICA)			PRONTUÁRIO
RESPONSÁVEL (QUANDO SE APLICA)			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
NOME DA ESCOLA		OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL
RELIGIÃO	DIAGNOSTICO CLINICO (QUANDO HOVER)		
OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO			
<b>I – QUEIXA PRINCIPAL</b>			
<b>II – ANTECEDENTES PESSOAIS</b>			
<b>A) CONCEPÇÃO, GESTAÇÃO E NASCIMENTO</b>			
A CRIANÇA FOI DESEJADA?			
POSIÇÃO NA ORDEM DE NASCIMENTO?			
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO?			
REALIZOU ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL?			
LOCAL DO NASCIMENTO ( ) EM CASA ( ) MATERNIDADE ( ) OUTRO _____			
TIPO DE PARTO ( ) NORMAL ( ) FÓRCEPS ( ) CESARIANA ( ) OUTRO _____			
PESO AO NASCER :		ALTURA AO NASCER:	
DURAÇÃO DO PARTO?			
CHOROU AO NASCER? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SEI INFORMAR			
PRECISOU DE OXIGÊNIO? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SEI INFORMAR			
APRESENTOU ICTERICIA? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SEI INFORMAR			
OBSERVAÇÕES			
<b>B) ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO</b>			
SUSTENTOU A CABEÇA?	MAMOU?	CHUPOU DEDO?	
SENTOU COM APOIO?	ROLOU?	ROÍ UNHAS?	
ENGATINHOU?	FICOU EM PÉ?	CONTROLE DE ESFÍNCTERES?	
ANDOU?	BALBUÇIOU?		
FALOU?	SORRIU?	ONDE DORME?	
DIFICULDADE NA FALA?	SONO?	COMO SE ALIMENTA?	
USOU CHUPETA?	ASSÍMILA CONTEÚDO APRENDIDO?		
APRESENTA DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM NA LEITURA, ESCRITA E HABILIDADES MATEMÁTICAS?			
OBSERVAÇÕES:			

**III – ANAMNSE PSICOPEDAGOGICA RESUMIDA**

**HISTORIA PESSOAL E FAMILIAR:**


**HISTORIA ACADÊMICA E OCUPACIONAL:**


**SOLIABILIDADE:**


**SEXUALIDADE:**


**DIAGNOSTICO PSICOPEDAGOGICO:**


**ENCAMINHAMENTO:**


**ASSINATURA E CARIMBO DO (A) PSICOPEDAGOGO (A)**

--

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: SHOPPING DA CRIANÇA - BACABAL  
CNES:  
CNPJ:  
END:  
CIDADE: BACABAL UF:MA

1° VIA FARMÁCIA  
2° VIA FARMÁCIA

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:  
IDENT:                      ORG: EMISSOR  
END:  
CIDADE:                    UF:  
TELEFONE:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: SHOPPING DA CRIANÇA - BACABAL

1° VIA FARMÁCIA

CNES:

2° VIA FARMÁCIA

CNPJ:

END:

CIDADE: BACABAL

UF:MA

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT:

ORG: EMISSOR

END:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## RECEITUÁRIO

NOME \_\_\_\_\_

