

[Digite aqui]



ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO 447/2023

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 **10/05/2023 a 14/05/2023**, 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 anual do Hospital Regional de Viana em Viana/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 **10/05/2023 a 14/05/2023**.

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 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.

[Digite aqui]



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 DE REGIONAL DE VIANA**, localizado na Rodovia MA 014, S/N, Vila Zizi, Viana/MA - CEP: 65215-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98) 98730-3359/(98) 99612-0820/(98) 3351-1938.

12. As quantidades a serem entregues no hospital constam na plataforma de compras.

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

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

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

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

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

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

a) Advertência;

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

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

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 (nos itens que se fizerem necessários).

[Digite aqui]



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) Certidões negativas de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados;
- e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

19. 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.

20. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o **MENOR PREÇO GLOBAL**.

21. 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.

22. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.

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

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

25. 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.

26. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte e 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**.

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

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

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

[Digite aqui]



30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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, 10 de maio de 2023.

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

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Termo Referência:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	009558	BLOCO ADESIVO DE ROTULO DE SORO 100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	120
2	004345	BLOCO ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
3	007083	BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	60
4	007084	BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
5	003664	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	1200
6	007086	BLOCO CENSO DIARIO FISIOTERAPIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
7	007087	BLOCO CENSO DIARIO FONOAUDIÓLOGO 100 X 1 - BRANCO / AZUL	UNIDADE	48
8	007090	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
9	007091	BLOCO CICLO DE AUTOCLAVE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
10	007093	BLOCO CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÃO 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
11	008067	BLOCO CONTROLE DE ÓBITOS ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	24
12	007094	BLOCO CONTROLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANO SHF-CCIH 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	60
13	007082	BLOCO DE ATESTADO MÉDICO 100X1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	60
14	009554	BLOCO DE CHECKLIST DE MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL-NSP-100X1-FRENTE E VERSO/BRANCO/AZUL	BLOCO	24
15	003823	BLOCO DE EVOLUC?O DE CURATIVOS-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	600
16	004501	BLOCO DE FICHA ADMISSÃO DE FISIOTERAPIA-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	48
17	009572	BLOCO DE FICHA ANALISE SENSORIAL DA COMIDA-NUTRIÇÃO-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	48
18	009570	BLOCO DE FICHA BALANÇO HIDRICO-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	120
19	009553	BLOCO DE FICHA BUNDLE DA QUALIDADE-100X1 BRANCO/AZUL-FRENTE E VERSO	BLOCO	36
20	004380	BLOCO DE FICHA CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO-CENTRO CIRURGICO 100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	36
21	009551	BLOCO DE FICHA DE CONTROLE DE TEMPERATURA QUALIDADE -100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	12
22	009557	BLOCO DE FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE-NSP-100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	60
23	009564	BLOCO DE FICHA DE LEITO SOLICITAÇÕES DE LEITO 2 VIAS CARBONADO-100X1	BLOCO	60
24	009555	BLOCO DE FICHA DE MUDANCA DE DECUBITO-NSP-100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	24
25	009556	BLOCO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE OCORRENCIAS -NSP-100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	12
26	009567	BLOCO DE FICHA DIAGNOSTICA MEDICO FRENTE EVERSO-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	600
27	003658	BLOCO DE FICHA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM-UCI-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	120
28	009574	BLOCO DE FICHA EVOLUÇÃO DE PACIENTE DE ENTERAL-NUTRIÇÃO-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	12
29	009563	BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM AMBULATORIAL 100X1	BLOCO	60
30	009562	BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EMERGENCIAS 100X1	BLOCO	60
31	009571	BLOCO DE FICHA MAPA CONTROLE DE DIETAS -NUTRIÇÃO 100X1/ BRANCO/AZUL	BLOCO	48
32	009568	BLOCO DE FICHA MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA-100X1	BLOCO	120
33	009566	BLOCO DE FICHA OCORRENCIA DE MEDIÇÃO SOB NÃO CONTROLE -100X1	BLOCO	24

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

34	009578	BLOCO DE FICHA PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE MATERIALSUJO- INTERNAÇÃO E UCI/FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	36
35	009577	BLOCO DE FICHA PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE MATERIALSUJO-CENTRO CIRURGICO/FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	36
36	009579	BLOCO DE FICHA RELATORIO CMEMATERIAL-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	36
37	009569	BLOCO DE FICHA RELATORIO ENFERMAGEM-FRENTE/VERSO-100X1	UNIDADE	120
38	009565	BLOCO DE FICHA SERVICO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HISPITALAR-CCIH-100X1	BLOCO	60
39	004491	BLOCO DE FICHA SOLICITAÇÕES DE HEMOCOMPONENTE-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	12
40	009576	BLOCO DE FICHA TESTE BACTERIOLOGICO DE CARGAS COM IMPLANTES-CME-FRENTE/VERSO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	36
41	009575	BLOCO DE FICHA TESTE BACTERIOLOGICO-CME-FRENTE/VERSO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	36
42	009560	BLOCO DE RECEITUARIO RISCO CIRURGICO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	60
43	009559	BLOCO DE TERMO/PERMUTA/TROCA DE PLANTÃO-RH 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	60
44	004349	BLOCO EVOLUÇÃO CLÍNICA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
45	004348	BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	1200
46	007100	BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
47	007102	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	4
48	007101	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA 1 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
49	007103	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	48
50	007992	BLOCO FICHA PARA CONTROLE DE OPME 15X21 BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
51	007998	BLOCO FISIOTERAPIA 100X1 BRANCO/AZUL FRENTE E VERSO	UNIDADE	48
52	007108	BLOCO FONAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
53	008003	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1 COLORIDO	BLOCO	60
54	008017	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	600
55	008019	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 3 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	48
56	007997	BLOCO INVESTIGACAO COVID -19 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
57	007109	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL	BLOCO	240
58	004359	BLOCO MAPA DE CONTROLE DE DIETAS DE PACIENTES 100X1 -BRANCO/AZUL	BLOCO	48
59	007113	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
60	006943	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	48
61	006942	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	48
62	004558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	120
63	007115	BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	60
64	004350	BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	840
65	004343	BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	240
66	007116	BLOCO PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO CONFIRMAÇÃO DE TROCA DE DISPOSITIVOS 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	1200

[Digite aqui]



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

67	007117	BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORCEPENTES 15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	60
68	007991	BLOCO REGISTRO DE CIRURGIA 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
69	007120	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	600
70	007123	BLOCO SINAIS VITAIS 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
71	007993	BLOCO UTILIZACAO DE OPME BRANCO/AZUL 15X21	UNIDADE	36
72	008001	BLOCO VISITA DE ENFERMAGEM BRANCO/AZUL 100 X 1	UNIDADE	240
73	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
74	007994	TESTE RAPIDO PARA DETCÇÃO DE SARS-COV-2 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12

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. **XXXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL REGIONAL DE VIANA EM VIANA/MA**, 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	009558	BLOCO ADESIVO DE ROTULO DE SORO 100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	120
2	004345	BLOCO ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
3	007083	BLOCO AVISO DE CIRURGIA 100 X 1- BRANCO/AZUL	UNIDADE	60
4	007084	BLOCO BOLETIM DE ANESTESIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
5	003664	BLOCO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO 100 X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	1200
6	007086	BLOCO CENSO DIARIO FISIOTERAPIA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
7	007087	BLOCO CENSO DIARIO FONOAUDIÓLOGO 100 X 1 - BRANCO / AZUL	UNIDADE	48
8	007090	BLOCO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 100 X 1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
9	007091	BLOCO CICLO DE AUTOCLAVE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	36
10	007093	BLOCO CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÃO 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
11	008067	BLOCO CONTROLE DE ÓBITOS ? 100X 1 BRANCO E AZUL	UNIDADE	24
12	007094	BLOCO CONTROLE DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOSHF-CCIH 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	60
13	007082	BLOCO DE ATESTADO MÉDICO 100X1 - BRANCO E AZUL	BLOCO	60
14	009554	BLOCO DE CHECKLIST DE MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL-NSP-100X1-FRENTE E VERSO/ BRANCO/AZUL	BLOCO	24
15	003823	BLOCO DE EVOLUC?O DE CURATIVOS-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	600
16	004501	BLOCO DE FICHA ADMISSÃO DE FISIOTERAPIA-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	48
17	009572	BLOCO DE FICHA ANALISE SENSORIAL DACOMIDA-NUTRIÇÃO-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	48
18	009570	BLOCO DE FICHA BALANCO HIDRICO-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	120

[Digite aqui]



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

19	009553	BLOCO DE FICHA BUNDLE DA QUALIDADE-100X1BRANCO/AZUL-FRENTE E VERSO	BLOCO	36
20	004380	BLOCO DE FICHA CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO-CENTRO CIRURGICO 100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	36
21	009551	BLOCO DE FICHA DE CONTROLE DE TEMPERATURA_QUALIDADE -100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	12
22	009557	BLOCO DE FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOPACIENTE-NSP-100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	60
23	009564	BLOCO DE FICHA DE LEITO SOLICITAÇÕES DE LEITO 2 VIAS CARBONADO-100X1	BLOCO	60
24	009555	BLOCO DE FICHA DE MUDANCA DE DECUBITO- NSP-100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	24
25	009556	BLOCO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE OCORRENCIAS -NSP-100X1-BRANCO/AZUL	BLOCO	12
26	009567	BLOCO DE FICHA DIAGNOSTICA MEDICO FRENTE E VERSO-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	600
27	003658	BLOCO DE FICHA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM-UCI-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	120
28	009574	BLOCO DE FICHA EVOLUÇÃO DE PACIENTE DE ENTERAL-NUTRIÇÃO-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	12
29	009563	BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM AMBULATORIAL 100X1	BLOCO	60
30	009562	BLOCO DE FICHA GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EMERGENCIAS 100X1	BLOCO	60
31	009571	BLOCO DE FICHA MAPA CONTROLE DE DIETAS -NUTRIÇÃO 100X1/ BRANCO/AZUL	BLOCO	48
32	009568	BLOCO DE FICHA MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA-100X1	BLOCO	120
33	009566	BLOCO DE FICHA OCORRENCIA DE MEDIÇÃO SOB NÃO CONTROLE -100X1	BLOCO	24
34	009578	BLOCO DE FICHA PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO- INTERNAÇÃO E UCI/FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	36
35	009577	BLOCO DE FICHA PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE MATERIALSUJO-CENTRO CIRURGICO/FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	36
36	009579	BLOCO DE FICHA RELATORIO CME MATERIAL-FRENTE/VERSO-100X1	BLOCO	36
37	009569	BLOCO DE FICHA RELATORIO ENFERMAGEM-FRENTE/VERSO-100X1	UNIDADE	120
38	009565	BLOCO DE FICHA SERVICO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HISPITALAR-CCIH-100X1	BLOCO	60
39	004491	BLOCO DE FICHA SOLICITAÇÕES DE HEMOCOMPONENTE-100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	12
40	009576	BLOCO DE FICHA TESTE BACTERIOLOGICO DE CARGAS COM IMPLANTES-CME-FRENTE/VERSO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	36
41	009575	BLOCO DE FICHA TESTE BACTERIOLOGICO-CME-FRENTE/VERSO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	36
42	009560	BLOCO DE RECEITUARIO RISCO CIRURGICO 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	60
43	009559	BLOCO DE TERMO/PERMUTA/TROCA DE PLANTÃO-RH 100X1/BRANCO/AZUL	BLOCO	60
44	004349	BLOCO EVOLUÇÃO CLÍNICA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
45	004348	BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 -BRANCO/AZUL	UNIDADE	1200
46	007100	BLOCO EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
47	007102	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA - 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	4
48	007101	BLOCO EVOLUÇÃO PSICOLOGIA 1 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
49	007103	BLOCO FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	48
50	007992	BLOCO FICHA PARA CONTROLE DE OPME 15X21 BRANCO/AZUL	UNIDADE	24
51	007998	BLOCO FISIOTERAPIA 100X1 BRANCO/AZUL FRENTE E VERSO	UNIDADE	48

52	007108	BLOCO FONAUDILOGO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
53	008003	BLOCO IDENTIFICAÇÃO DE LEITO BRANCO/AZUL 100X1 COLORIDO	BLOCO	60
54	008017	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 1 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	600
55	008019	BLOCO IDENTIFICACAO DO PACIENTE 3 (FRENTE E VERSO) BRANCO/AZUL 100X1	UNIDADE	48
56	007997	BLOCO INVESTIGACAO COVID -19 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12
57	007109	BLOCO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 100 X 1 BRANCO/AZUL	BLOCO	240
58	004359	BLOCO MAPA DE CONTROLE DE DIETAS DE PACIENTES 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	48
59	007113	BLOCO MAPA DIARIO DE ENFERMAGEM 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	120
60	006943	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA	BLOCO	48
61	006942	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	48
62	004558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	120
63	007115	BLOCO PARECER DE ESPECIALIDADE 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	60
64	004350	BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	840
65	004343	BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	240
66	007116	BLOCO PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO CONFIRMAÇÃO DETROCA DE DISPOSITIVOS 100 X 1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	1200
67	007117	BLOCO RECEITUARIO DE PSICOTROPICOS E ENTORCEPENTES15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	60
68	007991	BLOCO REGISTRO DE CIRURGIA 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	48
69	007120	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	600
70	007123	BLOCO SINAIS VITAIS 100 X 1 - BRANCO/AZUL	UNIDADE	120
71	007993	BLOCO UTILIZACAO DE OPME BRANCO/AZUL 15X21	UNIDADE	36
72	008001	BLOCO VISITA DE ENFERMAGEM BRANCO/AZUL 100 X 1	UNIDADE	240
73	004301	RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	24
74	007994	TESTE RAPIDO PARA DETCÇÃO DE SARS-COV-2 100X1 BRANCO/AZUL	UNIDADE	12

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **HOSPITAL REGINOAL DE VIANA, EM VIANA/MA**, localizado na Rodovia MA 014, s/n, Vila zizi, Viana - MA, 65215-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 98730-3359 .

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 rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 447/2023/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.

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** 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



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

empresa, válidas no dia de sua apresentação;

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

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

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

3. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome do Hospital em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão **nº 04/2018/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

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

Banco: XXXXX
Agência: XXXXX
Conta Corrente: XXXX

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

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

CLÁUSULA QUINTA - PRAZO, LOCAL E CONDIÇÃO DE ENTREGA E RECEBIMENTO 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 REGIONAL DE VIANA/MA**, localizado na Rodovia MA 014, S/N VILA ZIZI VIANA- MA, 65215-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 98730-3359/(98) 99612-0820/(98) 3351-1938;.

4. Condição de Entrega:

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

anexo.

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

5. Condição de Recebimento:

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

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

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

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

1.1. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 447/2023/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**;

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. 447/2023/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 n°. 447/2023/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 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 447/2023/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 necessarias 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 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 n°. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

[Digite aqui]



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

TESTEMUNHAS:

Nome:
End.:
CPF:

Nome:
End.:
CPF:

[Digite aqui]



IMPRESSOS:

[Digite aqui]



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA
SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
MAPA DE CONTROLE DE DIETAS PACIENTES



POSTO A

LEITO	PACIENTE	DIETA	LEITO	PACIENTE	DIETA
ISOL.01			Enf 08. 15		
ISOL.02			Enf 08. 16		
Enf 02. 03			Enf 09. 17		
Enf 02. 04			Enf 09. 18		
Enf 03. 05			Enf 10. 19		
Enf 03. 06			Enf 10. 20		
Enf 04. 07			Enf 11. 21		
Enf 04. 08			Enf 11. 22		
Enf 05. 09			Enf 12. 23		
Enf 05. 10			Enf 12. 24		
Enf 06. 11			Enf 13. 25		
Enf 06. 12			Enf 13. 26		
Enf 07. 13			Enf 14. 27		
Enf 07. 14			Enf 15. 28		

[Digite aqui]



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA
SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
MAPA DE CONTROLE DE DIETAS PACIENTES



POSTO B

LEITO	PACIENTE	DIETA	LEITO	PACIENTE	DIETA
ISOL.03			Enf 19. 38		
ISOL.03			Enf 20. 39		
Enf 15. 29			Enf 20. 40		
Enf 15. 30			Enf 21. 41		
Enf 16. 31			Enf 21. 42		
Enf 16. 32			Enf 22. 43		
Enf 17. 33			Enf 22. 44		
Enf 17. 34			Enf 23. 45		
Enf 18. 35			Enf 23. 46		
Enf 18. 36			Enf 24. 47		
Enf 19. 37			Enf 24. 48		

SALA DE URGÊNCIA

LEITO	PACIENTE	DIETA	LEITO	PACIENTE	DIETA

[Digite aqui]



INVISIA

Instituto Vida e Saúde

www.invisia.org.br



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DRA. LAURA VASCONCELOS



BOLETIM DE ANESTESIA

Nome:						Nº do prontuário		
Idade:	Peso:	Altura:	Pressão:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:		
Grupo Sanguíneo:		Hemoglobina:		Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:		
Urina:					Outros:			
Aparelho Respiratório:					Asma:	Bronquite:		
Aparelho Circulatório:					Eletrocardiograma:			
Aparelho Digestivo:			Dentes:	Pescoço:	Aparelho Urinário:			
Estado Mental:			Atáxicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:		
Diagnóstico pré-operatório:					Estado Físico:	Risco:		
Anestesia anterior:								
Medicação pré-anestésica:					Aplicada às:	Efeito:		
Antibiótico profilático:					Dose:	Hora:		
HORÁRIO								
AGENTES ANESTÉSICOS	02							
LÍQUIDOS								
CÓDIGO P-ARTERIAL X-ANESTESIA R-PULSO O-OPERÇÃO R-RESPIRAÇÃO O-OPERÇÃO	260							
	240							
	220							
	200							
	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
	60							
	40							
	X	20						
	Símbolos							
Anotações								
Posição								
INDUÇÃO: Satisfatória <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Longo Espasmos náuseas <input type="checkbox"/> Lenta Vômito <input type="checkbox"/>								
Outros: _____								
MANUTENÇÃO: ANESTESIA SATISFATÓRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Porque? _____								

[Digite aqui]

TÉCNICAS:	CÂNULAS:
OPERAÇÃO:	
CIRURGIÕES:	
ANESTESISTAS:	
OBSERVAÇÕES E/OU ESTADO CLÍNICO DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA	
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA	
ENTRADA:	DATA: ___/___/___ HORA: ___:___ PA ___ PULSO ___ SPO2 ___
DESPERTAR	
REFLEXOS NA S.O. _____ OBSTR.:	
_____ CO2 _____ EXCIT.:	NÁUSEAS: _____
VÔMITOS: _____ OUTROS: _____	
COM CÂNULA PARA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - CONDIÇÕES GERAIS: _____	
CONDIÇÕES DE ALTA SRPA	
SAÍDA	DATA: ___/___/___ HORA: ___:___ PA ___ PULSO ___ SPO2 ___
REFLEXOS NA S.O. _____ OBSTR.:	
_____ CO2 _____ EXCIT.:	NÁUSEAS: _____
DESTINO DO PACIENTE:	
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRURGICA <input type="checkbox"/> SEMI-INTENSIVA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	
COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)	
ÓBITO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	DATA: ___/___/___ HORA: ___:___
DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

[Digite aqui]



INVISIA

Instituto Vida e Saúde

www.invisia.org.br



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO		ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		ANTES DO CLIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO		ANESTESIOLOGISTA		CONFIRMAÇÃO		REGISTRO	
Paciente ou responsável confirma: Nome completo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local da cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Procedimento cirúrgico a ser realizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observações: _____ Retirado prótese e adornos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Enfermagem verifica: Termo de consentimento assinado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pulseira de identificação correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual o lado demarcado? <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Não se aplica OPME's confirmadas e disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		Anestesiologista confirma: Identificação do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local da cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Procedimento cirúrgico a ser realizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Jejum? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O cliente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há risco de perda sanguínea > 300ml (7ml/Kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, há reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Todos os materiais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Cirurgião confirma: Identificação do paciente? <input type="checkbox"/> Local e lateralidade da cirurgia? <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico a ser realizado? <input type="checkbox"/> O antibiótico profilático foi administrado? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Horário _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Exames de imagem disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Duração aproximada da cirurgia: _____ Todos os materiais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Quais? _____ Enfermagem confirma: Placa de electrocautério está posicionada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Local? _____ Integrador indica esterilização dos instrumentos cirúrgicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> controle de		Equipe confirma: Houve mudança no procedimento realizado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ A contagem de gases, compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Peças anatômicas/ culturas estão identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Após realizar inspeção de pele/mucosa, foi identificada lesão decorrente de intercorrências na sala de cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Enfª / Téc. Enf _____		Anestesiologista: _____		Cirurgião: _____		Enfermeiro: _____	

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Nutrição

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum		
	Arroz pastoso		
	Opção pastosa		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa:		
	Sopa/Canja		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES
DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA / /

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum		
	Arroz pastoso		
	Opção pastosa		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa:		
	Sopa/Canja		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES
DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA / /

HORÁRIO	PREPARAÇÃO	AÇÃO DE DISPOSIÇÃO	RESPONSÁVEL
	Salada: crua		
	Salada: cozida		
	Arroz comum		
	Arroz pastoso		
	Opção pastosa		
	Feijão:		
	Macarrão:		
	Proteína p/ funcionário:		
	Proteína p/ paciente:		
	Proteína pastosa:		
	Farofa:		
	Sopa/Canja		

CONTROLE DE COLETA DE AMOSTRAS E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES
DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

DATA / /



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA



[Digite aqui]



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



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE



FICHA DE ADMISSÃO NUTRICIONAL

POSTO A (ORTOPEDIA E PÓS CIRÚRGICOS) - POSTO B (CLÍNICA MÉDICA) - UCI		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome:		Leito:
Nome Social:		Data de admissão:
Data de nascimento: / /	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/> Outro:		
DIAGNÓSTICO:		
ANAMNESE		
DOENÇA DE BASE/COMORBIDADES: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	AVERSÕES/INTOLERÂNCIAS/ALERGIAS:	
FUNÇÃO INTESTINAL: <input type="checkbox"/> obstipação <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> normal	DIURESE: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> poliúria <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> anúria <input type="checkbox"/> hematúria <input type="checkbox"/> SVD	
INGESTA ALIMENTAR: Via: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> enteral exclusiva Consumo: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> insuficiente	CONSUMO DE ÁGUA: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> insuficiente	
SINAIS E SINTOMAS		
<input type="checkbox"/> disfagia	<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> náuseas/vômitos
<input type="checkbox"/> dor ao engolir	<input type="checkbox"/> anorexia	<input type="checkbox"/> xerostomia (secura na boca)
<input type="checkbox"/> pirose	<input type="checkbox"/> flatulência	<input type="checkbox"/> disosmia (olfato)
<input type="checkbox"/> disgeusia (paladar)	<input type="checkbox"/> mucosite	<input type="checkbox"/> cansaço/falta de ar
OUTRO: _____		
ANTROPOMETRIA		
<input type="checkbox"/> PACIENTE AMBULANDO		<input type="checkbox"/> PACIENTE ACAMADO
CB: _____ CP: _____ Peso usual: _____	CB: _____ CP: _____ Alt. Joelho: _____	
Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____	Peso Est.: _____ Alt. Est.: _____ IMC Est: _____	
Estado Nutricional:		
EXAME FÍSICO		
EXAMES BIOQUÍMICOS		
Exame Alterado	Data	Resultado
DATA		

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DO ESTADO DE
SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

NOME:	I D:	
DIAGNOSTICO:	ENFERMARIA:	LEITO:
ESTADO CIVIL	FILHOS:	

DATA //	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICOS EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORR ÊNCIAS	PROCEDIM ENTO PROFISSIONAL
	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Passividade <input type="checkbox"/> Impaciente <input type="checkbox"/> Agressividade <input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otimista <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal Humor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Inquietação	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte Familiar		
DATA //	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSICOLÓGICOS EMOCIONAIS	ASPECTOS INTERACIONAIS	INTERCORR ÊNCIAS	PROCEDIM ENTO PROFISSIONAL
	<input type="checkbox"/> Fala Consciente <input type="checkbox"/> Fala Desconexa <input type="checkbox"/> Sono Normal	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Mal Humor <input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Suporte Familiar <input type="checkbox"/> Sem Suporte		

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ΕΛΟΓΙΣΜΟΣ

Outros:	Outros:		
Aspiração traqueal	Cicloergometria		DE
Incentivador Respiratório	Sedestação no leito		SE
Fatores Respiratórios	Exercícios Ativos		EX
Manobras de Reexpansão Pulmonar	Posicionamento no leito		MO
Manobras de Higiene Brônquica	Alongamentos		EX
FISIOTΕΡΑΠΙΑ ΡΕΣΠΙΡΑΤΟΡΙΑ		FISIOTΕΡΑΠΙΑ ΜΟΤΟ	
1. CONDUITA:			

Outros:		
Grav de força:		Avaliação do dor (Escala EVA):
2. AVALIAÇÃO MOTORA:		

Outros:		
Subote Ventilatório: () Ar ambiente () Cateter nasal () Venturi		
4. AVALIAÇÃO RESPIRATORIA:	Ausculta pulmonar:	

3. QUADRO CLÍNICO ATUAL:	
--------------------------	--

SINAIS VITAIS: FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	PA _____ X _____ mmHg
------------------------------	----------------	-----------------------

5. COMORBIDADES:	() Negs () HAS () DM () Cardiopatia () Neurologia () DPOC ()
------------------	---

4. DIAGNÓSTICO MÉDICO:	
------------------------	--

DATA:	TURNO:	[] MANHÃ [] TARDE
-------	--------	---------------------

PROCEDENCIA:	() Residência () Outra Unidade Hospitalar () Centro Cirúrgico
--------------	--

NOME:	
-------	--

ENFERMARIA:

ADMISSÃO DE FISIOTΕΡΑΠΙΑ

HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO MADADE - HRA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESTADO DO MARANHÃO



[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

() COMA () SONOGEITO () ALERTA	() DA () CONEUGO () AUZENITE () PREZENITE	() BEC () BEC () BEC	IV () V () VI () I () II () III () EVAL () DISFASIA (NORMAL) () FUNCIONAL DEGLUTIÇÃO	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA PALATO MOGE	() NILEG 1 () NILEG e () NILEG 2 () NILEG 4 () NILEG 3 () NILEG 5 () NILEG 7
PACIENTE ESTADO DO	COMPREENÇÃO	HIGIENIZAÇÃO	ALTERNATIVA () VIA () GIQUIDA	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA	CONDUTA
_____	() DISABRTRIA () ABT. IMPRECISA () DISFOINIA () AUZENITE () ADEQUADA	() VMI () OS () VE	PASTOZA () PLO () PASTOZA () BRANDA () LIVRE	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA GIEUA	() BIEID () AUZEN BUIDOS () AUZEN () ADEO
DATA:	FAZA	RESPIRAÇÃO	TIPO DE DIETA	ESTRUTURAS ASPECTOS	HIOGABR MOBILID
() COMA () SONOGEITO () ALERTA	() DA () CONEUGO () AUZENITE () PREZENITE	() BEC () BEC () BEC	IV () V () VI () I () II () III () EVAL () DISFASIA (NORMAL) () FUNCIONAL DEGLUTIÇÃO	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA PALATO MOGE	() NILEG 1 () NILEG 2 () NILEG 3 () NILEG 4 () NILEG 5 () NILEG 7
PACIENTE ESTADO DO	COMPREENÇÃO	HIGIENIZAÇÃO	ALTERNATIVA () VIA () GIQUIDA	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA	CONDUTA
_____	() DISABRTRIA () ABT. IMPRECISA () DISFOINIA () AUZENITE () ADEQUADA	() VMI () OS () VE	PASTOZA () PLO () PASTOZA () BRANDA () LIVRE	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA GIEUA	() BIEID () AUZEN BUIDOS () AUZEN () ADEO
DATA:	FAZA	RESPIRAÇÃO	TIPO DE DIETA	ESTRUTURAS ASPECTOS	HIOGABR MOBILID
() COMA () SONOGEITO () ALERTA	() DA () CONEUGO () AUZENITE () PREZENITE	() BEC () BEC () BEC	IV () V () VI () I () II () III () EVAL () DISFASIA (NORMAL) () FUNCIONAL DEGLUTIÇÃO	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA PALATO MOGE	() NILEG 1 () NILEG 2 () NILEG 3 () NILEG 4 () NILEG 5 () NILEG 7
PACIENTE ESTADO DO	COMPREENÇÃO	HIGIENIZAÇÃO	ALTERNATIVA () VIA () GIQUIDA	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA	CONDUTA
_____	() DISABRTRIA () ABT. IMPRECISA () DISFOINIA () AUZENITE () ADEQUADA	() VMI () OS () VE	PASTOZA () PLO () PASTOZA () BRANDA () LIVRE	() ZENSBIGIDADE () COORDENAÇÃO () MOBILIDADE () FORÇA GIEUA	() BIEID () AUZEN BUIDOS () AUZEN () ADEO
DATA:	FAZA	RESPIRAÇÃO	TIPO DE DIETA	ESTRUTURAS ASPECTOS	HIOGABR MOBILID

DIAGNOSTICO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

NOME: _____ IDADE: _____



FOUNDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA – MA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESTADO DO MARANHÃO

[Digite aqui]

FICHA PARA CONTROLE DE OPME

NOME DO PACIENTE : _____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____

PROCEDIMENTO: _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL USADO

MATERIAL: _____

DATA: ____ / ____ / ____

LOTE: _____

FORNECEDOR: _____

CIRURGIÃO: _____

TÉC.DE ENFERMAGEM: _____

[Digite aqui]



INVISIA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
Rodovia MA 014 s/nº Vila Zizi – Viana (MA)
CNPJ: 02.973.240/0025-75
(98) 3351-0777 / 3351-1938



LAUDO DO DIAGNÓSTICO DO TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS SARS-COV-2

NOME DO PACIENTE: _____

DATA NASC.: _____

SEXO: F () M () CARTÃO SUS: _____ IDADE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM-MA: _____

AMOSTRA DE SANGUE () SORO ()

TESTE: 1

NOME DO PRODUTO: SARS-Cov-2 IGG/IGM ANTIBODY TESTE (LATERAL FLOW METHOD)

METODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

RESULTADO DO TESTE AMOSTRA: REAGENTE NÃO REAGENTE PARA DARS-COV-2

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO (Amostra reagente para o SARS-Cov-2 ou amostra não reagente para SARS-Cov-2)

Obs.: Conforme a Portaria Nº 365/GM/MS. De 11 de março que dispõe sobre a regularização e operacionalização do disposto na Lei Nº 13.979. de 6 de fevereiro de 2020.

NOTA 1: A presença desses anticorpos não deve ser critério único para diagnóstico da COVID-19.

Resultados reagentes devem ser considerados de acordo com o histórico clínico.

NOTA 2: Reação sorológica cruzadas com outros coronavírus como SARS podem ocorrer. Portanto é possível que pacientes infectados com esse vírus possam apresentar algum grau de reação.

NOTA 3: Um resultado não reagente indica ausência de anticorpos detectáveis para DARS-Cov-2, mas não exclui infecção ou contágio prévio.

NOTA 4: A janela sorológica para detecção de IGM e IGG em caso da COVID-19 ocorre a partir do décimo (10) dia após o início dos sintomas.

NOTA 5: Metodologia registrada no Ministério da Saúde, 80954880132, em 19/03/2020.

Local e Data: Viana-MA ___ / ___ / _____

Técnico responsável: _____ função: _____

Nome do estabelecimento de saúde: _____

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

<p>Pressão Cuff: _____</p> <p>Fluxo (litros): _____</p> <p>FR_pEep_FIOS _____</p> <p>VC_pInsp_p2 _____</p> <p>MODO: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>CL_nº _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p>	<p>Mop. precoce: _____</p> <p>Estágio Prot. _____</p> <p>F. Mucositas _____</p> <p>Sedação: _____</p> <p>RA22: _____</p> <p>Cisagom: _____</p>	<p>HP: _____</p> <p>Grct: _____</p> <p>BVE: _____</p> <p>BE: _____</p> <p>HCO3: _____</p> <p>PCOS: _____</p> <p>POS: _____</p> <p>pH: _____</p>	<p>Hoia: _____</p> <p>Exupção _____</p> <p>VNI_p2 _____</p> <p>Hoia _____</p> <p>EXUTBAÇÃO: _____</p> <p>TduT.T () _____</p> <p>simonoma _____</p> <p>.T () _____</p>	<p>FC _____</p> <p>() DV _____</p> <p>FR Spox _____</p> <p>() OZ _____</p> <p>() VENTURA _____</p> <p>() CN _____</p> <p>() MANB _____</p> <p>() LMIN _____</p> <p>Trioca Stericath _____</p> <p>Trioca Fixação _____</p> <p>Trioca de filtro _____</p>
<p>Pressão Cuff: _____</p> <p>Fluxo (litros): _____</p> <p>FR_pEep_FIOS _____</p> <p>VC_pInsp_p2 _____</p> <p>MODO: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>CL_nº _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p>	<p>Mop. precoce: _____</p> <p>Estágio Prot. _____</p> <p>F. Mucositas _____</p> <p>Sedação: _____</p> <p>RA22: _____</p> <p>Cisagom: _____</p>	<p>HP: _____</p> <p>Grct: _____</p> <p>BVE: _____</p> <p>BE: _____</p> <p>HCO3: _____</p> <p>PCOS: _____</p> <p>POS: _____</p> <p>pH: _____</p>	<p>Hoia: _____</p> <p>Exupção _____</p> <p>VNI_p2 _____</p> <p>Hoia _____</p> <p>EXUTBAÇÃO: _____</p> <p>TduT.T () _____</p> <p>simonoma _____</p> <p>.T () _____</p>	<p>FC _____</p> <p>() DV _____</p> <p>FR Spox _____</p> <p>() OZ _____</p> <p>() VENTURA _____</p> <p>() CN _____</p> <p>() MANB _____</p> <p>() LMIN _____</p> <p>Trioca Stericath _____</p> <p>Trioca Fixação _____</p> <p>Trioca de filtro _____</p>
<p>Pressão Cuff: _____</p> <p>Fluxo (litros): _____</p> <p>FR_pEep_FIOS _____</p> <p>VC_pInsp_p2 _____</p> <p>MODO: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p> <p>CL_nº _____</p> <p>DIAS DE TDT: _____</p>	<p>Mop. precoce: _____</p> <p>Estágio Prot. _____</p> <p>F. Mucositas _____</p> <p>Sedação: _____</p> <p>RA22: _____</p> <p>Cisagom: _____</p>	<p>HP: _____</p> <p>Grct: _____</p> <p>BVE: _____</p> <p>BE: _____</p> <p>HCO3: _____</p> <p>PCOS: _____</p> <p>POS: _____</p> <p>pH: _____</p>	<p>Hoia: _____</p> <p>Exupção _____</p> <p>VNI_p2 _____</p> <p>Hoia _____</p> <p>EXUTBAÇÃO: _____</p> <p>TduT.T () _____</p> <p>simonoma _____</p> <p>.T () _____</p>	<p>FC _____</p> <p>() DV _____</p> <p>FR Spox _____</p> <p>() OZ _____</p> <p>() VENTURA _____</p> <p>() CN _____</p> <p>() MANB _____</p> <p>() LMIN _____</p> <p>Trioca Stericath _____</p> <p>Trioca Fixação _____</p> <p>Trioca de filtro _____</p>

[Digite aqui]

1

ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL
DE VIANA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO DATA: / /

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE:	DN: / / PRONTUÁRIO: _____
PROCEDÊNCIA: LEITO: _____	HORA DA ADMISSÃO NO CC: ____ : ____ h.
GRUPO SANGUÍNEO: IDADE: _____	ALTURA: _____ PESO: IMC: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____	CIRURGIÃO: _____

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> CONFUSO
<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> EM MACA <input type="checkbox"/> PLEGIA _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ALERGIAS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual?	
COMORBIDADES:	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA
	<input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____
	MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: _____
CIRURGIA ANTERIOR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual?	
HÁBITOS DE VIDA: <input type="checkbox"/> NEGA <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> DROGAS ILÍCITAS ÚLTIMO USO EM: / /	
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME): <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/> DENTÁRIA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> LENTE CONTATO <input type="checkbox"/> MMSS OU MMII	

CONFIRMAÇÕES NECESSÁRIAS

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IDENTIFICADO	RETIRADO ADORNOS, PRÓTESES E OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	INTEGRIDADE DE PELE E MUCOSAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
LATERALIDADE DEMARCADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> N/A	AValiação PRÉ-ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HORÁRIO DE INÍCIO DE JEJUM: ____ h.	AValiação CARDIOLÓGICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

EXAMES RECEBIDOS E RESERVA DE HEMOCOMPONENTES

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO, especificar: <input type="checkbox"/> OUTROS, especificar: _____
RESERVA DE HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, <input type="checkbox"/> CONC. HEMACÉAS <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> PLASMA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS (PREPARO)

<input type="checkbox"/> VENÓCLISE PÉRVIA <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO DE VENÓCLISE, nº jelco: _____	LOCAL: _____	HORÁRIO: ____ : ____ h.	
TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, instrumento: _____	LOCAL: _____	HORÁRIO: ____ : ____ h.	
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SSVV	FC: bpm	PA: _____ / mmHg	SpO2: %
	FR: irpm	Tax: _____ °C	DOR (0-10)
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	MEDICAMENTO/DOSE: _____	HORÁRIO: ____ : ____ h.	DX: _____ mg/dL
	MEDICAMENTO/REDOSE: _____		HORÁRIO: ____ : ____ h.
	MEDICAMENTO/REDOSE: _____		HORÁRIO: ____ : ____ h.

RELATO DA ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.

[Digite aqui]



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO:

2

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE
VIANA



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SALA OPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: DN: / /
CIRURGIA PROPOSTA: _____ MEMBRO/LADO A SER OPERADO: DIREITO [] ESQUERDO [] N/A []
HORA DA ADMISSÃO EM S.O.: : H

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

[] VERIFICAÇÃO DOS SSVV ANTES DA ANESTESIA	FC: bpm	PA: / mmHG	SpO ₂ : %
	FR: irpm	TAX: °C	DOR: (0-10): _____
ANESTESISTA:	INÍCIO: :_H		LIBERAÇÃO SO: : H
	[] GERAL [] BLOQ.PLEXO [] RAQUI [] PERIDURAL CONTÍNUA [] PERIDURAL [] LOCAL		[] SEDAÇÃO [] BLOQUEIO BIER

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CIRURGIA REALIZADA:	
CIRURGIA - INÍCIO: :_h.	CIRURGIA - TÉRMINO: : _____ H
CIRURGIÃO: _____	AUXILIAR: _____
ENFERMEIRO: _____	INSTRUMENTADOR: _CIRCULANTE:

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

[Digite aqui]

<input type="checkbox"/> D. LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> PROCLIVE	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG	<input type="checkbox"/> SUPINA – D. DORSAL
<input type="checkbox"/> D. LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> PRONA DECÚBITO VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> OUTRAS _____

PREPARO DA PELE SIM NÃO SE APLICA

— —

— —

DEGERMAÇÃO: <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA %	ANTISSEPسيا: CLOREX. AQUOSA % <input type="checkbox"/> OUTRO:
---	--

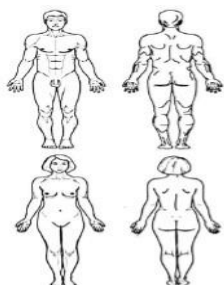
EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

- ASPIRADOR
- BISTURI ELÉTRICO: MONOPOLAR BIPOLAR BOMBA DE INFUSÃO
- BOTA PNEUMÁTICA CAPNOGRÁFO
- GARROTE PNEUMÁTICO/ FAIXA DE SMARCH
- PRESSÃO: _mmHG DURAÇÃO: _min

- COLCHÃO PNEUMÁTICO COXINS
- DESFIBRILADOR DRILL
- FOCOCIRÚRGICO

- TORRE DE VIDEO
- MONITOR MULTIPARAMÉTRICO PERFURADOR/ SERRA
- SCOPIA
- ULTRASSOM

MONITORIZAÇÃO (Utilizar marcação numérica no boneco). **DISPOSITIVOS INSTALADOS**



1. ELETRÓDOS
2. OXÍMETRO
3. MANGUITO DE PA

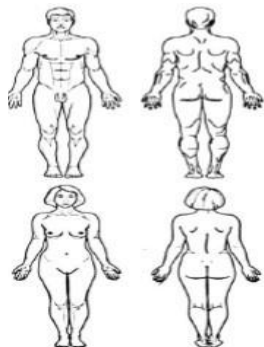
[Digite aqui]

4. PLACA DE BISTURI N/A

5. PLACA DE DESFIBRILADOR

6. GARROTE PNEUMÁTICO/ SMARCH N/A INÍCIO: ____: ____ H FIM: ____: ____ H

1. VENÓCLISE, Nº: ____



2. CVC

3. SVD, Nº: _____

4. TOT, Nº: 5. SNG, Nº: _____

6. DRENOTORÁCICO

7. DRENO EM F.O

8. FAIXA DE CONTENÇÃO

9. CATÉTER TIPO ÓCU OS

3

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE
VIANA



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: DN: _____

SINAIS VITAIS

INCISÃO: :_ H	EXÉRESE: :_ H	SUTURA: :_ H
---------------	---------------	--------------

[Digite aqui]

FC: bpm	FC: bpm	FC: bpm
PA: / mmHG	PA: / mmHG	PA: / mmHG
SPO ₂ : %	SPO ₂ : %	SPO ₂ : %
TAX: °C	TAX: °C	TAX °C

LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

<input type="checkbox"/> SF 0,9% , qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: :_H
<input type="checkbox"/> RINGER, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: :_H
<input type="checkbox"/> SORO GLICOSADO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: :_H
<input type="checkbox"/> SORO GLICOFISIOLÓGICO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: :_H
<input type="checkbox"/> SORO RINGER LACTATO	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: :_H

LÍQUIDOS DESPREZADOS EM SALA OPERATÓRIA

<input type="checkbox"/> DRENOS, qnt em ml e aspecto:	<input type="checkbox"/> SNG, qnt em ml e aspecto:
<input type="checkbox"/> SVD, qnt em ml e aspecto:	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFUSÃO DE HEMODERIVADOS

CONC. DE HEMÁCIAS <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CRIO <input type="checkbox"/>	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM
<input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ml:	
<input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ ml	
<input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ ml:	
<input type="checkbox"/> N° DA BOLSA/ ml:	

PEÇA CIRURGICA

HISTOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> CONGELAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE
VIANA



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

NOME: DN: // _____

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCESSAMENTO (MATERIAIS ESTERILIZADOS (INTEGRADORES E INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO))

IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL	DATA DO PROCESSAMENTO	INTEGRADOR

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

TRANSFERÊNCIA

DESTINO: [] SRPA ; [] UNIDADE DE ORIGEM ; [] NECROTÉRIO	HORÁRIO DE SAÍDA DA S.O: : H
--	------------------------------

ASSINATURA / CARIMBO DO ENFERMEIRO	ASSINATURA / CARIMBO DO TÉC.
------------------------------------	------------------------------

[Digite aqui]

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE
VIANA



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS
ANESTÉSICA**

NOME: DN: // __
CIRURGIA REALIZADA: PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INTEGRAL: [] SIM [] NÃO
HORA DA ADMISSÃO EM SRPA: __: __ H

MONITORIZAÇÃO DE SSVV

	ADMISSÃO	15min	30min	45min	1hora	1h30min
PA (mmHG)						
FC (bpm)						
SpO ² (%)						
TAX (° C)						
FR (irpm)						
DOR (0-10)						

TABELA PARA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK

ATIVIDADE	0	INCAPAZ DE MOVER
	1	MOVE 2 MEMBROS
	2	MOVE 4 MEMBROS
RESPIRAÇÃO	0	APNÉIA
	1	DISPNÉIA, HIPOVENTILAÇÃO
	2	RESP. PROFUNDA, TOSSE
CONSCIÊNCIA	0	NÃO RESPONDE
	1	DESPERTO AO CHAMAR
	2	COMPLETAMENTE ACORDADO
CIRCULAÇÃO (PA)	0	PA: OU < 50% DO PRÉ-ANESTÉSICO
	1	PA < 20% OU 49% DO PRÉ-ANESTÉSICO
	2	PA NORMAL OU ATÉ 20% QUE O PRÉ-ANESTÉSICO
SATURAÇÃO (SpO²)	0	SpO ² < 90% MESMO COM O ² SUPLEMENTAR
	1	NECESSIDADE DE O ² PARA MANTER SpO ² 90%
	2	SpO ² < 90% RESP. EM AR AMBIENTE

MONITORIZAÇÃO DE ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

	ADMISSÃO	30min	1hora	1h30min
--	----------	-------	-------	---------

[Digite aqui]



ATIVIDADE				
RESPIRAÇÃO				
CONSCIÊNCIA				
CIRCULAÇÃO (PA)				
SATURAÇÃO (SpO ²)				
TOTAL				



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

6

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE HOSPITAL
REGIONAL DE VIANA



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

NOME: _____ DN: ____/____/____

QUEIXAS

<input type="checkbox"/> NAÚSEAS	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> CALAFRIOS
<input type="checkbox"/> ÊMESE	<input type="checkbox"/> DISTENÇÃO ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> SOLUÇO	<input type="checkbox"/> SEM QUEIXAS

LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EM SRPA

<input type="checkbox"/> SF 0,9% , qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: : H
<input type="checkbox"/> RINGER, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: : H
<input type="checkbox"/> SORO GLICOSADO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO:__:H
<input type="checkbox"/> SORO GLICOFISIOLÓGICO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO:__:H
<input type="checkbox"/> SORO RINGER LACTATO, qnt em ml:	MEDICAMENTO:	HORÁRIO: : H

LÍQUIDOS DESPREZADOS EM SRPA

DRENOS, qnt em ml e aspecto:

SVD, qnt em ml e aspecto:

SNG, qnt em ml e aspecto:

ENCAMINHADO COM DISPOSITIVOS:

VENÓCLISE SNG SVD SNE DRENO _____

CURATIVO IMOBILIZADOR DE MMII CATETER PERIDURAL

CATETER DE O² BOLSA DE COLOSTOMIA

RELATO DE INTERCORRÊNCIAS EM SRPA



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

[] SEM INTERCORRÊNCIAS OBSERVADAS NA

SRPA ALTA DA SRPA

ASS/ CARIMBO ANESTESISTA: / HORÁRIO : _H	ASS/ CARIMBO DO ENF. e TÊC.: / HORÁRIO: : H
--	---





INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO
MARANHÃO



CONTROLE DE TERMOLÁBEIS

CONTROLE DE TEMPERATURA - REFRIGERADORES							
DATA	HORA	Temperatura °C			Assinatura do Executor da Medição	Medicação sob conformidade	
		SETOR:				Sim	Não
		Atual -	Mínima 2°C	Máxima 8°C			



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO
MARANHÃO

COMUNICAÇÃO
PELO
POVO
COMUNICAÇÃO
PELO
POVO

Nota: O controle diário da temperatura é essencial para assegurar a qualidade dos medicamentos termolábeis. Para isso é importante que as medicações estejam dentro da temperatura exigida com controle rigoroso do ambiente. O armazenamento incorreto de medicamentos termolábeis pode acarretar na falta de ação medicamentosa ou a potencialização de efeitos colaterais, afetando diretamente a saúde dos pacientes e podendo até mesmo interferir na contaminação ambiental.

OCORRÊNCIA DE MEDIÇÃO SOB NÃO CONFORMIDADE		
Descrição pelo (a) executor (a) da medição		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		
DATA	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	AÇÃO EXECUTADA
HORA		



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

HOSPITAL REGIONAL
DRº ANTÔNIO HADADE



BUNDLE			
Prevenção de Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Demora			
SETOR	UNIDADE		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome			
Nome social			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	
Data da Inserção	Hora		
Enfermeiro responsável pelo procedimento			
Téc. Responsável pelo checklist de inserção			
INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA			
<input type="checkbox"/> Cirurgia de grande porte, previamente selecionada			
<input type="checkbox"/> Monitorar débito em pacientes críticos			
<input type="checkbox"/> Gerenciar retenção urinária grave e/ou obstrução			
<input type="checkbox"/> Cuidados com lesão por pressão em pacientes incontinentes			
<input type="checkbox"/> Outros:			
CHECKLIST DE INSERÇÃO DO CATETER			
MEDIDAS PREVENTIVA		CONFORME	NÃO CONFORME
Organização de todo material necessário incluindo campos estéreis			
Uso de gorro e máscara			
Realizada higienização das mãos com água e sabão ou álcool			
Realizada higiene íntima com clorexidina degermante			
Retirar luvas de procedimento e realizar uma nova higiene das mãos			
Aberto todo o material garantindo a técnica asséptica			
Calçado as luvas estéreis na técnica			
Conectado o cateter vesical ao coletor de drenagem fechado			
Realizado antissepsia da região perineal com solução de clorexidina aquosa 2% (partindo da uretra para periferia)			
Utilizado gel lubrificante (estéril)			
Realizado inserção da sonda conforme técnica asséptica em apenas uma tentativa			
Observar drenagem na urina pelo sistema			
Realizado fixação correta: - Homens: região suprapúbica - Mulheres: região lateral interna da coxa			
Identificado e datado bolsa coletora			
BUNDLE FINAL		POSITIVO ()	NEGATIVO ()
Intercorrências durante o procedimento			
Observações			
Data da remoção do cateter:			
Motivo da remoção do cateter:			



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CHECK LIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

Dias de cateter	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
Fixação correta																														
Bolsa coletora com no máximo 2/3 da capacidade																														
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga																														
Proteção no dispositivo de drenagem																														
Região periuretral higienizada																														
Necessidade de manter o cateter																														
Assinatura do Enfermeiro																														
Data																														

(S) SIM / (N) NÃO / (O) NÃO SE APLICA

ORIENTAÇÕES

Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando o coletor individual e evitar o contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor.

Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento.

Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo coleta.



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



HOSPITAL REGIONAL DR^o
ANTÔNIO HADADE

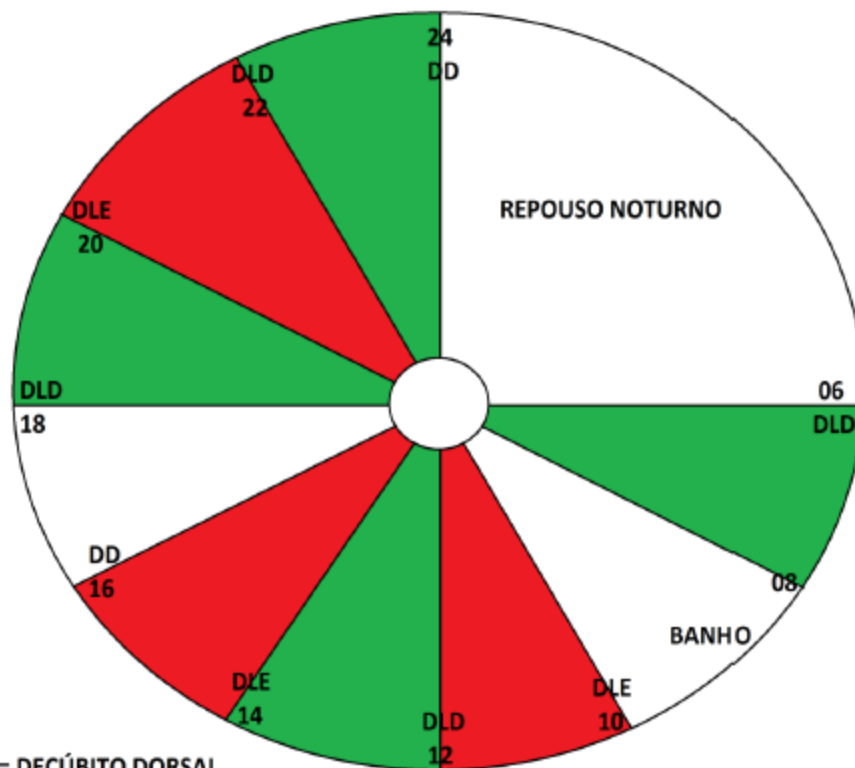


CHECKLIST DE MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

SETOR:	UNIDADE:		
Nome:			
Nome social:			
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:	
Data da Inserção:	Hora:		
Registro:			
Enfermeiro responsável pelo procedimento:			
CHECKLIST DE MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL			
MEDIDAS PREVENTIVA	SIM	NÃO	NÃO CONTACTUANTE
Paciente transfundiu antes?			
Paciente apresentou reação transfusional? Se a resposta foi sim, qual? _____			
Foi realizado preparo? Qual medicação? - _____			
Horário: SSVV antes da transfusão:			
Horário: SSVV 10min. do início da transfusão:			
Horário: SSVV no término transfusão:			
Houve reação durante a transfusão?	Sim ()		Não ()
Houve reação após 24h da transfusão?	Sim ()		Não ()



MUDANÇA DE DECÚBITO



DD = DECÚBITO DORSAL
DLE = DECÚBITO LATERAL ESQUERDO
DLD = DECÚBITO LATERAL DIREITO



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

Ficha de

Notificação de Ocorrências



Setor notificante: _____ Setor notificado: _____

Data de Ocorrência: ___/___/___ hora: ___:___ Nº Prontuário: _____

Nome do paciente: _____ leito: _____ Ocorrência: _____

Ação Corretiva imediata: _____

Houve Danos? Quais: _____

Notificação/Função (OPCIONAL): _____

Avaliação do Núcleo de Segurança

GRAU DO DANO

Assinale a opção que melhor descreve as consequências do incidente/evento adverso

Nenhum Leve Moderado Grave óbito





INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS/CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS

O que devo Notificar?

- Incidente/evento adverso nas atividades administrativas (admissão no serviço de saúde, marcação ou exames, transferências para outros serviços de saúde, etc.);
- Infecções relacionadas à assistência à saúde (infecções hospitalares: pneumonia, infecção urinária, infecção no local da cirurgia, infecção causada pelo cateter colocado na veia, etc.);
- Incidente/evento adverso durante o procedimento cirúrgico (cirurgia em local errado, paciente errado, queimadura ou choque por bísturi elétrico);
- Incidente/ evento adverso na administração de dietas (dieta errada, paciente errado, via errada, horário errado);
- Queda ou quase queda do paciente (circunstância relatada ou assistida);
- Incidente/ evento adverso na identificação do paciente (troca de nome dos pacientes, falta de pulseiras de identificação, falta de identificação no leito do paciente);
- Lesões de pele (por adesivos, fixações de dispositivos, extravasamento de medicações);
- Lesão por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado);
- Incidente/ evento adverso ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia (exames, biópsia liberado com nome do paciente errado, etc.);
- Falhas na assistência radiológica (imagens liberadas com nome do paciente errado: exame realizado em paciente errado, local errado, etc.);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de medicamentos (omissão de medicação, medicação errada; horário errado; dose errada, via errada; paciente errado);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de hemocomponentes (reação transfusional; paciente errado; via de administração errada);
- Incidente/evento adverso relacionado a dispositivos invasivos:
 - Tubo de cânula traqueal (extubação/decanulação acidental por tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
 - Acesso venoso (flebite, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
 - Sondas (lesão por fixação, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);

Classificação dos Incidentes – OMS


- **Incidente:** eventos ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
- **Dano:** Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;
- **Near Miss:** Incidente não atinge o paciente.
- **Incidente sem dano:** Incidente atinge o paciente, mas não causou dano.
- **Incidente com dano (Eventos adversos):** Incidente atinge o paciente e resultou em lesão ou dano.





INVISA

Instituto Vida e Saúde
www.invisa.org.br

LEITO:		PACIENTE:					
IDADE:	SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	REGISTRO:	ALERGIAS: SIM: <input type="checkbox"/> NÃO: <input type="checkbox"/>	DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____			
DIAGNÓSTICO:							
RISCOS							
<input type="checkbox"/> LESÃO DE PELE	<input type="checkbox"/> BRONCO ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO (ITU/IS/ICS)	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> NUTRICIONAL	<input type="checkbox"/> BRONCO EMBOLISMO VENOSO	<input type="checkbox"/> PNN ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA
OBSERVAÇÃO:							



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
Mapa controle de dietas pacientes

• **POSTO A**

DATA: / /2023

LEITO	DIETA	LEITO	DIETA
ISOL.01		Enf08. 15	
ISOL.02		Enf08. 16	
Enf02. 03		Enf09. 17	
Enf02. 04		Enf09. 18	
Enf03. 05		Enf10. 19	
Enf03. 06		Enf10. 20	
Enf04. 07		Enf11. 21	
Enf04. 08		Enf11. 22	
Enf05. 09		Enf12. 23	
Enf05. 10		Enf12. 24	
Enf06. 11		Enf13. 25	
Enf06. 12		Enf13. 26	
Enf07. 13		Enf14. 27	
Enf07. 14		Enf14. 28	

EMERGÊNCIA/OBSERVAÇÃO

POSTO B

LEITO	DIETA	LEITO	DIETA
ISOL.03		Enf19. 38	
ISOL.04		Enf20. 39	
Enf15. 29		Enf20. 40	
Enf15. 30		Enf21. 41	
Enf16. 31		Enf21. 42	
Enf16. 32		Enf22. 43	
Enf17. 33		Enf22. 44	
Enf17. 34		Enf23. 45	
Enf18. 35		Enf23. 46	
Enf18. 36		Enf24. 47	
Enf19. 37		Enf24. 48	

UCI

01	
02	
03	
04	
05	
06	

OBS: _____

ASSINATURA DO NUTRICIONISTA _____



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

HOSPITAL REGIONAL DE VIANA
SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

ANÁLISE SENSORIAL DA COMIDA

REFEIÇÃO

DATA / / 2022

ITEM	DESCRIÇÃO	ANÁLISE
ARROZ		
MACARRÃO (ESPAGUETE,PARAFUSO)		
FEIJÃO (PRETO,BRANCO,CARIOCA)		
FARINHA/FAROFA		
PRATO PRINCIPAL 1		
PRATO PRINCIPAL 2		
PRATO PACIENTE		
SALADA		
PURÊ		

REFEIÇÃO

DATA / / 2022

ITEM	DESCRIÇÃO	ANÁLISE
ARROZ		
MACARRÃO (ESPAGUETE,PARAFUSO)		
FEIJÃO (PRETO,BRANCO,CARIOCA)		
FARINHA/FAROFA		
PRATO PRINCIPAL 1		
PRATO PRINCIPAL 2		
PRATO PACIENTE		
SALADA		
PURÊ		

REFEIÇÃO

DATA / / 2022

ITEM	DESCRIÇÃO	ANÁLISE
ARROZ		
MACARRÃO (ESPAGUETE,PARAFUSO)		
FEIJÃO (PRETO,BRANCO,CARIOCA)		
FARINHA/FAROFA		
PRATO PRINCIPAL 1		
PRATO PRINCIPAL 2		
PRATO PACIENTE		
SALADA		
PURÊ		



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADADE					
IDENTIFICAÇÃO					
Nome:			Leito:		
Nome Social:			Data de admissão:		
Data de nascimento: / /		Idade:	Sexo: () M () F		
TRIAGEM NUTRICIONAL NRS-2002					
Etapa 1- Triagem Inicial			SIM	NÃO	
O IMC é < 20,5Kg/m ² ?					
O paciente perdeu peso nos 3 últimos meses?					
O paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana?					
O paciente é gravemente doente?					
Etapa 2					
Estado nutricional			Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais)		
0 escore ausência	Estado nutricional normal.		0 escore ausência	Necessidades nutricionais normais	
1 escore leve	Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais.		1 escore leve	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula.	
2 escore moderado	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 - 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais.		2 escore moderado	Cirurgia abdominal de grande porte, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito.	
3 escore grave	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais.		3 escore grave	Trauma, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).	
Escore nutricional:		Escore gravidade da doença:		Escore Total:	
*Somar 1 ponto para idosos acima de 70 anos					
Escore total:					
Classificação: < 3 pontos= sem risco nutricional. Reavaliar a cada 7 dias.					
≥ 3 pontos= risco nutricional. Conduta: proceder com a avaliação nutricional e planejamento da terapia nutricional.					
Data: ____/____/____			_____ Responsável		



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA



CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

DATA: __/__/__ HORA DE INÍCIO: _____		NOME: _____		DATA DE NASCIMENTO: __/__/__		PRONTUÁRIO: _____	
SALA: _____ HORA DE TÉRMINO: _____		UNIDADE DE ORIGEM: _____		MODALIDADE: () ELETIVA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA		LEITO: _____	
ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO		ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		ANTES DO CLIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO		ANESTESIOLOGISTA		CONFIRMAÇÃO		REGISTRO	
<p>Paciente ou responsável confirma:</p> <p>Nome completo? () Sim () Não</p> <p>Local da cirurgia? () Sim () Não</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? () Sim () Não</p> <p>Observações: _____</p> <p>Retirado prótese e adornos? () Sim () Não</p> <p>Enfermagem verifica:</p> <p>Termo de consentimento assinado? () Sim () Não</p> <p>Pulseira de identificação correta? () Sim () Não</p> <p>Qual o lado demarcado? () Direito () Esquerdo () Não se aplica</p> <p>OPME's confirmadas e disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica</p>		<p>Anestesiologista confirma:</p> <p>Identificação do paciente? () Sim () Não</p> <p>Local da cirurgia? () Sim () Não</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? () Sim () Não</p> <p>Jejum? () Sim () Não</p> <p>O cliente tem alguma alergia? () Sim () Não</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/Kg em crianças)? () Sim () Não</p> <p>Se sim, há reserva sanguínea? () Sim () Não</p> <p>Todos os materiais estão disponíveis? () Sim () Não</p>		<p>Cirurgião confirma:</p> <p>Identificação do paciente? ()</p> <p>Local e lateralidade da cirurgia? ()</p> <p>Procedimento cirúrgico a ser realizado? ()</p> <p>O antibiótico profilático foi administrado? () Sim. Qual? _____ Horário _____</p> <p>() Não () Não se aplica</p> <p>Exames de imagem disponíveis? () Sim () Não</p> <p>Duração aproximada da cirurgia: _____</p> <p>Todos os materiais estão disponíveis? () Sim () Não. Quais? _____</p> <p>Enfermagem confirma:</p> <p>Placa de eletrocautério está posicionada? () Sim () Não. Local? _____</p> <p>Integrador indica esterilização dos instrumentos cirúrgicos? () Sim () Não () controle de</p>		<p>Equipe confirma:</p> <p>Houve mudança no procedimento realizado? () Não () Sim. Qual? _____</p> <p>A contagem de gases, compressas, agulhas e instrumentais está correta? () Sim () Não</p> <p>Peças anatômicas/ culturas estão identificadas adequadamente e requisição preenchida? () Não () Sim</p> <p>Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? () Não () Sim. Qual? _____</p> <p>Após realizar inspeção de pele/mucosa, foi identificada lesão decorrente de intercorrências na sala de cirurgia? () Sim () Não</p>	

Enfº / Téc. Enf _____

Anestesiologista: _____

Cirurgião: _____

Enfermeiro: _____



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO HADAIDE

MAPA NUTRICIONAL ENFERMARIA E UCI (repetir a cada 10 dias)

ENFERMARIA	DADOS PRINCIPAIS	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				DIETA		Suplemento:	
	NOME:	Avaliação				Z		Data de Início:	
LEITO		Evolução				L		F. Intest.:	
PRONTUÁRIO	DIAGNÓSTICO	Peso				P			
		Altura				B		Aceitação (%):	
D.N.:	EXAMES	IMC				N		Observações:	
Idade:		CB				E			
Peso H:		AJ				Cálculos			
%P.P.:		CP				PT	KCA		
						N	L		
NRS:		Reavaliar							
ENFERMARIA	DADOS PRINCIPAIS	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				DIETA		Suplemento:	
	NOME:	Avaliação				Z		Data de Início:	
LEITO		Evolução				L		F. Intest.:	
PRONTUÁRIO	DIAGNÓSTICO	Peso				P			
		Altura				B		Aceitação (%):	
D.N.:	EXAMES	IMC				N		Observações:	
Idade:		CB				E			
Peso H:		AJ				Cálculos			
%P.P.:		CP				PT	KCA		
						N	L		
NRS:		Reavaliar							
ENFERMARIA	DADOS PRINCIPAIS	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				DIETA		Suplemento:	
	NOME:	Avaliação				Z		Data de Início:	
LEITO		Evolução				L		F. Intest.:	
PRONTUÁRIO	DIAGNÓSTICO	Peso				P			
		Altura				B		Aceitação (%):	
D.N.:	EXAMES	IMC				N		Observações:	
Idade:		CB				E			
Peso H:		AJ				Cálculos			
%P.P.:		CP				PT	KCA		
						N	L		
NRS:		Reavaliar							
ENFERMARIA	DADOS PRINCIPAIS	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				DIETA		Suplemento:	
	NOME:	Avaliação				Z		Data de Início:	
LEITO		Evolução				L		F. Intest.:	
PRONTUÁRIO	DIAGNÓSTICO	Peso				P			
		Altura				B		Aceitação (%):	
D.N.:	EXAMES	IMC				N		Observações:	
Idade:		CB				E			
Peso H:		AJ				Cálculos			
%P.P.:		CP				PT	KCA		
						N	L		
NRS:		Reavaliar							



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

INVISA



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA-MA

SETOR:

DATA:

AVALIADOR:

LEGENDA: C (Conforme) NC (Não Conforme) P (Presente) A (Ausente)

VISITA AOS PACIENTES

Queda / quase queda	LPP	LESÃO DE PELE	CVC	AVP	SVD	VM	SNE	BRONCOASPIRAÇÃO	ALERGIA	ERRO (MEDICAMENTO)	INCIDENCIA DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	FLEBITE	OUTROS EVENTOS



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA



HRV ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO

PACIENTE	NOME			
	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO
DIAGNÓSTICO				
OPERAÇÃO OU PARTO	PRINCIPAL		CÓDIGO	
	SECUNDÁRIA		CÓDIGO	INÍCIO
	SIMULTÂNEA		CÓDIGO	TÉRMINO
	CIRURGIÃO OU OBSTETRA	AUXILIARES	DURAÇÃO NORMAL	
ANESTESIA	TIPO		INÍCIO	TÉRMINO
	ANESTESISTA		DURAÇÃO TOTAL	
RECEBIMENTO	DATA	<input type="checkbox"/> A TERMO <input type="checkbox"/> NEOMORTO <input type="checkbox"/> ÚNICO MASCULINO <input type="checkbox"/> MULTIPLO MASCULINO		
	HORA	<input type="checkbox"/> PRÉ-MATURO <input type="checkbox"/> NATIMORTO <input type="checkbox"/> ÚNICO FEMININO <input type="checkbox"/> MULTIPLO FEMININO		

MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA					
INSUMOS		MEDICAMENTOS		FIOS CIRURGICOS	
NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE
AGULHA HIPODÉRMICA		ADRENALINA		CATIGUT SIMPLES	
AGULHA PERIDURAL		ATROPINA		CATIGUT CROMADO	
AGULHA RAQUI		ÁGUA DESTILADA		CATIGUT SERTIX	
ÁLCOOL 70%		EFORTIL		MONONYLON	
EQUIPO GOTAS		ERGOTRATE		POLYCOT	
ESPARADRAPO		KEFLIN 1GR		VICRYL	
GASE (COMPRESSAS)		ORASTINA			
JELCO		PAVULON			
LUVA ESTÉRIL N° 7.0					
LUVA ESTÉRIL N° 8.0					
LUVA ESTÉRIL N° 8.5					
LUVAS DE PROCEDIMENTO					
LÂMINA DE BISTURI					
SONDA VESICAL				MEDICAMENTOS	
SCALP				NOME	QUANTIDADE
SERINGA 3ML				DOLANTINA	
SERINGA 5ML				DIAZEPAN	
SERINGA 10ML				DROPERIDOL	
SERINGA				DIMORF	
UROFIX		ANESTÉSICOS		FENTANIL	
		NOME	QUANTIDADE	HALOTANO	
		LIDOCAINA 2%		TIOPENTAL	
		LIDOCAINA 5%		KETALAR	
		MARCAINA PESADA			
		NEOCAINA 0,5%			

INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
MÉDICO	ANESTESISTA



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



EVOLUÇÃO NUTRICIONAL POSTO A, POSTO B E UCI

NOME: _____ IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO: _____ ENF/LEITO: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ Kg/m² CB: _____ CP: _____ A JOELHO: _____

DATA	TRATAMENTO USADO DURANTE A INTERNAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS	TIPOS DE DIETAS	FUNÇÃO INTESTINAL	ACEITAÇÃO ALIMENTAR	APORTE NUTRICIONAL	EXAME / OBSERVAÇÕES
	ANTIBIOTICO TERAPIA <input type="checkbox"/> SEM USO DE ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> COM USO DE ANTIBIOTICO	<input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> REBAIXAMENTO NIVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> FALTA DE AR <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> DOENÇA HEPATICA <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> JUQ. PASTOSA <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARRIEIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZDÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	PTN _____ CHO _____ LIP _____ KCAL _____ DATA INICIO: ____/____/____ HORARIO: _____ QTDE PRESCRITA: _____ QTDE INFUNDIDA: _____ VAZÃO _____ ML/H SUPLEMENTO: _____	
	PATOLOGIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> IRA/IRC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> DOENÇA HEPATICA <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> REBAIXAMENTO NIVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> FALTA DE APETITE <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENÇÃO <input type="checkbox"/> DOR LOCAL <input type="checkbox"/> VERTIGEM <input type="checkbox"/> FALTA DE AR <input type="checkbox"/> CANSAÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> JUQ. PASTOSA <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA <input type="checkbox"/> HIPOGLICÍDICA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARRIEIA <input type="checkbox"/> CONSTIPADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	<input type="checkbox"/> POUCA <input type="checkbox"/> RAZDÁVEL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MUITO BOA	PTN _____ CHO _____ LIP _____ KCAL _____ DATA INICIO: ____/____/____ HORARIO: _____ QTDE PRESCRITA: _____ QTDE INFUNDIDA: _____ VAZÃO _____ ML/H SUPLEMENTO: _____	



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

CONDUITA: _____

Clau 2 - Força normal;

Clau 4 - Movimento ativo vencendo a resistência do observador;

Clau 3 - Movimento ativo possível, vencendo a força da gravidade;

Clau 5 - Movimento ativo possível, mas não vencendo a força da gravidade;

Clau 1 - Esforço de contração visível, mas não produzindo movimento;

Clau 0 - Forças completas, ausência de contração;

Sensibilidade: _____ Força Muscular: _____

Pupilas: _____ Mobilidade Articular () ()

AVLIAÇÃO NEUROLOGICA E MOTORA

RS: _____ SOTOS: _____ TINSB: _____ SENS: _____ IE: _____

VC: _____ PIB: _____ PEEP: _____ FR: _____ FIOS: _____

PARÂMETROS VENTILATORIOS DE ADMISSÃO

() VMI TQT () n° Dias de OT: _____

() AA () Oxigenoterapia: CI _____ Vmin MIBZ Vmin Venturi _____

Ausculta Pulmonar: _____ Imagem Radiológica _____

Enxema subcutâneo: () SIM () NÃO Secreção: _____

Deformidades Torácicas: () SIM () NÃO Traçens: () SIM () NÃO _____

Padão Ventilatório: _____

() Taquipnéico () Bradipnéico () Eupnéico

AVLIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATORIO

Úlcera de Decúbito: () SIM () NÃO Fraturas: () SIM () NÃO Deformidades: () ()

Cianose: () SIM () NÃO Edema: () SIM () NÃO Luxações: () SIM ()

Feridas: _____ Drenos: _____

Estado Nutricional: _____ Abdome: _____

Sinais Vitais: FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA: _____ x mmHg Tst

EXAME FÍSICO

Cirurgias Anteriores: _____

Alergias: _____

Doenças Anteriores: _____

Motivo da Admissão - HDA: _____

Diagnóstico: _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____

Procedência: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Profissão: _____

Nome Social: _____

Nome: _____

Leito: _____ Data da Admissão: _____ / _____ / _____ Hora: _____

FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA



HOSPITAL REGIONAL DE VIANA - MA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESTADO DO MARANHÃO



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE VIANA



CHECKLIST DA SALA DE OPERAÇÃO

PLANTÃO: _____

DATA: ____/____/____

	SALA 01		SALA 02		SALA 03		OBSERVAÇÕES
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
EQUIPAMENTO							
AR CONDICIONADO- FUNCIONANDO							
MESA CIRÚRGICA- TRAVADA E TESTADA							
FOCO CIRÚRGICO- TESTADO							
MONITOR MULTIPARAMÉTRICO - TESTADO E COMPLETO							
BISTURI ELÉTRICO- TESTADO/ ASSESSÓRIOS COMPLETOS/ PEDAL/ CABO E PLACA							
APARELHO DE ANESTESIA- FUNCIONANDO							
SISTEMA DE ASPIRAÇÃO-TESTADO E MONTADO							
BALA DE NITROGÊNIO							
CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA SALA DE OPERAÇÃO	ADEQ.	INAD	ADEQ.	INAD	ADEQ.	INAD	OBSERVAÇÕES
FISO							
TETO							
BANCADA							
DESCARTEX							

VISTO DO ENFERMEIRO : _____