



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

### ATO CONVOCATÓRIO

### COTAÇÃO Nº 594/2023

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 **30/06/2023 a 04/07/2023**, 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 de Traumatologia e Ortopedia, em São Luís/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **30/06/2023 a 04/07/2023**.

3. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** só aceitará cotações enviadas pela plataforma.

4. Os fornecedores deverão realizar cadastro através do endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras>.

**5. As empresas proponentes só poderão enviar suas cotações pela plataforma após seja realizado o cadastro no endereço acima e desde que a empresa proponente esteja com toda a documentação exigida no certame ATUALIZADAS.**

6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail [compras.ma@invisa.org.br](mailto:compras.ma@invisa.org.br), no horário das 08h às 17h, dentro do período para envio das propostas.

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

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

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

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

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

[Digite aqui]



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

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

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

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

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

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

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

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	4400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	150
2	4298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
3	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	150
4	4426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	150
5	4403	BOLETIM DE ANESTESIA	BLOCO	150
6	4383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	150
7	4154	CAPA DE PRONTUARIO ( PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR, ACABAMENTO: LAMINAÇÃO (F), FACA E CORTE/VINCO,MEDIDAS: 35X53CM	UNIDADE	18000
8	4379	CHECK LIST AMBULATORIO	BLOCO	150
9	4304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
10	8617	CONTROLE DE OPME - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
11	9711	EVOLUÇÃO ENFERMARIA FISIOTERAPIA -IMPRIMIR SÓ FRENTE	BLOCO	150
12	9712	FICHA DE ADMISSÃO ENFERMARIA HTO FISIOTERAPIA - IMPRIMIR SO FRENTE	BLOCO	150
13	9713	FICHA DE EVOLUÇÃO UTI FISIOTERAPIA- IMPRIMIR FRENTE E VERSO	BLOCO	150
14	8618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA- BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
15	4405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	150
16	9714	INDICADORES FONOAUDIOLOGIA HTO	BLOCO	150
17	9715	KIT INTERNAÇÃO	BLOCO	150
18	4396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	150
19	4563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	150

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

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

20	4282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
21	9716	LIVRO DE SRPA PRONTUÁRIOS E PERTENCES DE PACIENTES	UNIDADE	1200
22	9717	MAPA ATUAL DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	150
23	8615	MAPA DE ENFERMAGEM POSTO 1 - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
24	8616	MAPA DE ENFERMAGEM TÉRREO - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	85
25	8621	MEDICAÇÃO DIÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
26	7156	PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS, FORMATO DE TALÃO DE CHEQUES, TAMANHO 215X80MM SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMÁCIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSÁRIO NUMERAÇÃO DE BLOCO EM CADA FOLHA	BLOCO	150
27	3643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	200
28	7157	PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS, FORMATO DE TALÃO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMÁCIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSÁRIO NUMERAÇÃO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	150
29	9718	PRESCRIÇÃO MÉDICA 2023	BLOCO	150
30	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	150
31	9719	RELATÓRIO DA COORD POSTO TERREO-65	BLOCO	900
32	9720	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - UTI PADRÃO IMPRESSÃO	BLOCO	150
33	9721	RELATÓRIO DE OPERAÇÃO	BLOCO	150
34	7155	RELATÓRIO SAEP COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSÕES E DO OUTRO, MAIS 2	BLOCO	150
35	4276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	150
36	7154	ROTULO DE IDENTIFICAÇÃO PADRÃO SÃO IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	11000
37	7151	ROTULO DE SOROS SÃO IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	50000
38	7153	ROTULO PARA BOLSA DE SANGUE SÃO IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	8000
39	9722	SUMÁRIO DE ALTA MODELO	SERVIÇO	85



## Instituto Vida e Saúde

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

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

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

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

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

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

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

a) Advertência;

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

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

16.1. Especificações Técnicas: os produtos devem estar com as especificações em conformidade com o que foi solicitado: dimensão, cor, formato, etc.

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

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

18. Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos:



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

- a) Contrato Social registrado;
  - b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
  - c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
  - d) Certidões negativas de débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados;
  - e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
  - f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
  - g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.
19. A empresa vencedora deverá também enviar as certidões que comprovem regularidade fiscal da empresa, atualizadas, junto com a Nota Fiscal.
20. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** verificará as propostas incluídas na plataforma, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.
21. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o **MENOR PREÇO GLOBAL**.
22. Em havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Ato Convocatório e que seu preço seja compatível com de mercado, esta poderá ser aceita.
23. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como modelo, tipo, apresentação, dimensão e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.
24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** considera a primeira proposta enviada pela Plataforma.
25. As empresas proponentes deverão acompanhar o resultado do certame diretamente na plataforma de compras do **INVISA**.
26. Apurada a proposta de menor preço **GLOBAL**, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.
27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma**.
28. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.
29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.
30. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

[Digite aqui]



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

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

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

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

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

**Santo Antônio de Pádua/RJ, 30 de junho de 2023.**

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



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br  
ANEXO I

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

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

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA-HTO**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 01 (UM) ANO** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	4400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	150
2	4298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
3	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	150
4	4426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO(RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	150
5	4403	BOLETIM DE ANESTESIA	BLOCO	150
6	4383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	150
7	4154	CAPA DE PRONTUARIO ( PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR, ACABAMENTO: LAMINAÇÃO (F), FACA E CORTE/VINCO,MEDIDAS: 35X53CM	UNIDADE	150
8	4379	CHECK LIST AMBULATORIO	BLOCO	150
9	4304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	150
10	8617	CONTROLE DE OPME - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
	8618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA-BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	3360
11	9711	EVOLUÇÃO ENFERMARIA FISIOTERAPIA -IMPRIMIR SÓ FRENTE	BLOCO	150

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

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

12	9712	FICHA DE ADMISSÃO ENFERMARIA HTO FISIOTERAPIA - IMPRIMIR SO FRENTE	BLOCO	150
13	9713	FICHA DE EVOLUÇÃO UTI FISIOTERAPIA- IMPRIMIR FRENTE E VERSO	BLOCO	150
14	8618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS	BLOCO	150
15	4405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	150
16	9714	INDICADORES FONOAUDIOLOGIA HTO	BLOCO	150
17	9715	KIT INTERNAÇÃO	BLOCO	150
18	4396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	150
19	4563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA	BLOCO	150
20	4282	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH, 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHA	BLOCO	150
21	9716	LIVRO DE SRPA PRONTUÁRIOS E PERTENCES DE PACIENTES	UNIDADE	1200
22	9717	MAPA ATUAL DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	150
23	8615	MAPA DE ENFERMAGEM POSTO 1 - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
24	8616	MAPA DE ENFERMAGEM TÉRREO - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	85
25	8621	MEDICAÇÃO DIÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	150
26	7156	PRESCRIÇÃO DE ANTIBIOTICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 215X80MM SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA	BLOCO	150
27	3643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	200
28	7157	PRESCRIÇÃO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	150
29	9718	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	150
30	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	150
31	9719	RELATORIO DA COORD POSTO TERREO-65	BLOCO	900
32	9720	RELATORIO DE ENFERMAGEM - UTI PADRAO IMPRESSAO	BLOCO	150
33	9721	RELATORIO DE OPERAÇÃO	BLOCO	150
34	7155	RELATORIO SAEP COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSOES E DO OUTRO, MAIS 2	BLOCO	150
35	4276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	UNIDADE	150
36	7154	ROTULO DE IDENTIFICACAO PADRAO São IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	11000
37	7151	ROTULO DE SOROS São IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	50000





## Instituto Vida e Saúde

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

38	7153	ROTULO PARA BOLSA DE SANGUE São IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	8000
39	9722	SUMARIO DE ALTA MODELO	SERVIÇO	80

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

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

3. 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 **01 (um) ano**, tendo **início em xxxx e término em xxx** podendo ser prorrogado, por conveniências das partes, através de Termo Aditivo.

### CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 594/2023/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

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

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

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da CONTRATANTE.**

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

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

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

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

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

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

**3. Na nota fiscal** deverá constar número da Ordem de Fornecimento, o nome do Hospital em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº **02/2020/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

**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.**



## Instituto Vida e Saúde

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

### CLÁUSULA QUINTA - PRAZO, LOCAL E CONDIÇÃO DE ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO

1. O prazo máximo para a entrega do objeto, é de 07 (sete) dias corridos contados a partir da data de recebimento da Ordem de Fornecimento. Facultativamente, desde que devidamente justificado e autorizado pelo Departamento de Compras da **CONTRATANTE**, o prazo de entrega poderá ser prorrogado uma única vez por igual período.

2. Após recebimento da Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** deverá realizar o agendamento da entrega e enviar o cronograma de sua entrega através do e-mail [compras.ma@invisa.org.br](mailto:compras.ma@invisa.org.br).

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

#### 4. Condição de Entrega:

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

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

#### 5. Condição de Recebimento:

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

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

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

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

### CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

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

2. A **CONTRATANTE** enviará, mensalmente, Ordem de Fornecimento a

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

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

**CONTRATADA** requisitando os itens conforme demanda da Unidade de Saúde.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES**

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

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

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

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

**1.3.1.** Advertência;

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

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

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

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

### **CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

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

**1.1.** Adotar todas as providencias necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 594/2023/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.

[Digite aqui]



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

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. 594/2023/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.6. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

1.7. Responsabilizar-se pelo transporte, carga e descarga dos materiais, no local estabelecido para entrega;

1.8. A **CONTRATADA** assume todo o custeio com o frete dos materiais.

1.9. Fornecer os materiais de acordo com as especificações constantes na Cláusula Primeira e de acordo com os modelos em anexo;

1.10. Só será aceita a mudança do material com anuência por escrito da **CONTRATADA**.

1.11. Comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE** qualquer ocorrência ou anormalidade no fornecimento do objeto;

1.12. Assumir total responsabilidade sob o fornecimento do objeto deste contrato, e responsabilizar-se por quaisquer prejuízos que sejam causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros;

1.13. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 594/2023/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 [www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br) se houver prévia autorização do **CONTRATANTE**.

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

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

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

2. Será de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de profissionais para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados

[Digite aqui]



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

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 594/2023/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 necessanas à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços, ou falhas ou irregularidades.

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

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

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

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

- 2.** O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

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

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 01 (um) ano do prazo contratual, fica o mesmo rescindido automaticamente.

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

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

2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde já, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denúncia.

3. A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado nº. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

4. A **CONTRATADA** reconhecerá como de sua responsabilidade, o valor líquido e certo eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho em



## Instituto Vida e Saúde

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

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

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

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

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

### CLAÚSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

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

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

São Luís/MA, xx de xxxx de 2023.

---

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

---

**CONTRATADA**  
**XXXXXXX**

**TESTEMUNHAS:**

[Digite aqui]





# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**



**INVISA**  
**Instituto Vida e Saúde**  
[www.invisa.org.br](http://www.invisa.org.br)

# MODELOS DOS FORMULÁRIOS



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEdia



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



INVISA

## ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

### I-IDENTIFICAÇÃO E ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico/cirurgia: \_\_\_\_\_

Doença(s) crônica(s): \_\_\_\_\_

Alergias(s): \_\_\_\_\_

### II- ADMISSÃO NA UTI

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Motivo da admissão: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

#### Cabeça e pescoço:

Cabeça: ( ) Sem alterações ( ) Dreno \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

Mucosa: ( ) Normocorada ( ) Hidratada ( ) Cianose ( ) Icterícia

( ) Hipocorada ( ) Desidratada Obs: \_\_\_\_\_

Neurológico: ( ) Acordado ( ) Torporoso ( ) Orientado ( ) Sedado

( ) Inconsciente ( ) Agitado ( ) Confuso

**Escala de Glasgow:** Abertura ocular ( ) Resposta verbal ( ) Motor ( ) Total: \_\_\_\_\_ Rass ( )

( ) Dor Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Intensidade: \_\_\_\_\_

Psicoemocional: ( ) Sem alteração ( ) Lábil ( ) Queixoso

( ) Deprimido ( ) Ansioso ( ) Choroso

Comunicação: ( ) Sem alteração ( ) Verbal prejudicada: ( ) Afasia ( ) Disartria ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

Obs: \_\_\_\_\_

**Pele e Anexos:** ( ) Sem alteração ( ) Icterícia ( / ) ( ) Turgor \_\_\_\_\_

( ) Cianose ( / ) ( ) Palidez ( / ) ( ) Lesão por pressão \_\_\_\_\_

( ) Lesão \_\_\_\_\_ ( ) FO \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Tórax:** ( ) Sem alteração ( ) Simetria ( ) Fratura ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Dreno \_\_\_\_\_ ( ) Intracathl \_\_\_\_\_

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

( ) Macronebulização: \_\_\_\_\_ l/m Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ ipm Sat O2: \_\_\_\_\_ %

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

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

( ) Ventilação mecânica: ( ) TOT N° \_\_\_\_\_ ( ) Traqueostomia N° \_\_\_\_\_ Modo: \_\_\_\_\_

Parâmetros: VC/PC: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Peep: \_\_\_\_\_ FiO2: \_\_\_\_\_

Auscultura respiratória: ( ) Pulmões livres ( ) estertores ( )  
( ) Creptos: \_\_\_\_\_ ( ) Roncos: \_\_\_\_\_

Cardiovascular: Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ bpm ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico  
Pulsos periféricos: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Ritmico Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg  
( ) Drogas vasoativas: \_\_\_\_\_

Temperatura axilar: \_\_\_\_\_ °C ( ) Hipotérmico ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia  
Obs: \_\_\_\_\_

**Abdome:** ( ) Plano ( ) Escafóide ( ) Distendido ( ) Assimétrico ( ) Globoso  
( ) Visceromegalias ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Doloroso \_\_\_\_\_

Gastrointestinais: ( ) RHA ausentes ( ) RHA presentes Glicemia: \_\_\_\_\_  
( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Colostomia Local: \_\_\_\_\_

( ) Vômitos \_\_\_\_\_ ( ) Hematêmese ( ) Náusea  
( ) Dreno(s) \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_

Hábito intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ ( ) Diarréia \_\_\_\_\_ /dia  
( ) Flatulência ( ) Obstipação ( ) Melena

Urinário: ( ) Sem alteração ( ) Hematúria ( ) Poliúria ( ) Diálise peritoneal  
( ) Incontinência ( ) Piúria ( ) Polaciúria ( ) Hemodiálise  
( ) Retenção ( ) Colúria ( ) Oligúria ( ) SVD N° \_\_\_\_\_  
( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Cistostomia N° \_\_\_\_\_

Genital: ( ) Sem alteração ( ) Leucorréia ( ) Amenorréia ( ) Menopausa ( ) Edema ( ) DST \_\_\_\_\_  
Obs: \_\_\_\_\_

**Membros:**

Superiores: ( ) Edemas ( / ) Acesso venoso: ( ) Periférico \_\_\_\_\_ ( ) Acesso arterial  
Inferiores: ( ) Edemas ( / ) Acesso venoso: ( ) Periférico \_\_\_\_\_ ( ) Acesso arterial  
Obs: \_\_\_\_\_

**IV - CONDUTA NA ADMISSÃO**

Instalado: ( ) Monitorização hemodinâmica ( ) Oximetria de pulso ( ) Respirador mecânico  
( ) Verificação de sinais vitais ( ) Aquecimento ( ) Passagem de sonda \_\_\_\_\_ ( ) Curativo \_\_\_\_\_  
( ) Coleta de gasometria arterial: pH \_\_\_\_\_ PCO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ PO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ SPO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ HCO<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
( ) realização de hemoculturas

\_\_\_\_\_  
Assinatura do enfermeiro(a) e carimbo



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD	9 - TELEFONE RESIDENCIAL
-----	--------------------------

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

**PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

**PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34-CID10 PRINCIPAL 35-CID10 SECUNDÁRIO 36-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39- DATA DA SOLICITAÇÃO

42-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

--	--

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
--	----------------------------------	--

--	--	--	--

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

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

--	--

Desenhos	
----------	--

--	--

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

--	--

--	--

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

### ATESTADO MÉDICO

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

CID. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

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

### ATESTADO MÉDICO

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

CID. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

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

**BALANÇO HIDRICO**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ LEITC : \_\_\_\_\_ ALERGIA: \_\_\_\_\_

ADM. HOSTIPALAR: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO UTI \_\_\_\_\_ CIRU GIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

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

**GANHOS :** \_\_\_\_\_ **Ass. Tec. SN** \_\_\_\_\_ **PERDAS :** \_\_\_\_\_



GANHOS TOTAL:

Ass. Enf. SN

PERDAS TOTAL:

BH:

CHECK LIST											M	T	N	ESCALA DE RICHMOND DE AGITAÇÃO -SEDAÇÃO (RASS)							
01-CABECEITA ELEVADA 30° A 45°														<b>PONTOS</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>					
02-HIGIENE ORAL(ESCOVAÇÃO DIARIA)														+4	AGRESSIVO	VIOLENTO, PERIGOSO					
03-SONDA VESICAL FIXADA CORRENTE														+3	MUITO AGITADO	CONDUTA AGRESSIVA, REMOÇÃO DE TUBOS OU CATETER					
04-SONDA NASOENTERAL FIXADA CORRETAMENTE														+2	AGITADO	MOVIMENTO SEM COORDENAÇÃO FREQUENTES					
05-BOLSA COLETORA ABAIXO DO NIVEL DE 1400ml														+1	INQUIETA	ANSIOSO, MAS SEM MOVIMENTOS AGRESSIVOS OU VIGOROSOS					
06-EQUIPOS COM DATA DENTRO DO PERÍODO DE TROCA														0	ALERTO, CALMO						
07-AMBU. MASCARA, UMIDIFICADOR E BORRACHAS														-1	SONOLENTO	NÃO SE ENCONTRA TOTAL ALERTA, MAS TEM O DESPERTAR SUSTENTADO AO SOM DA VOZ(>10seg)					
08-MUDANÇA DE DECÚBITO														-2	SEDAÇÃO LEVE	ACORDA RAPIDAMENTE E FAZ CONTATO VISUAL COM O SOM DA VOZ(>10seg)					
														-3	SEDAÇÃO MODERADA	MOVIMENTO OU ABERTURA DOS OLHOS AO SOM DA VOZ(MAS SEM CONT. VISUAL)					
														-4	SEDAÇÃO PROFUNDA	N RESPONDE AO SOM DA VOZ, MAS MOV. OU ABRE OS OLHOS COM ESTIMULAÇÃO FISICA.					
														-5	INCAPAZ DE SER DESPERTADO	NÃO RESPONDE AO SOM DA VOZ OU AO ESTIMULO FISICO					
<b>ESCALA NUMÉRICA DA DOR</b>											<b>PROCEDIMENTO DO RASS</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1-OBSERVAR O PACIENTE * PACIENTE ESTÁ ALERTA, INQUIETO OU AGITADO. (0 a +4)										
<b>SEM DOR</b>											<b>DOR MÁXIMA</b>										
											2-SE NÃO ESTÁ EM ALERTA, DIZER O NOME DO PACIENTE E PEDIR PARA ELE ABRIR OS OLHOS E OLHAR P O PROF.										
											*PACIENTE ACORDADO COM ABERTURA DE OLHOS SUSTENTADA E REALIZANDO CONTATO VISAL. (-1)										
											*PACIENTE ACORDADO REALIZANDO ABERTURA DE OLHOS E CONTATO VISUAL, PORÉM BREVE. (-2)										
											*PACIENTE É CAPAZ DE FAZER ALGUM TIPO DE MOVIMENTO, PORÉM SEM CONTATO VISUAL.(-3)										
<b>ESCALA DE GLASGOW</b>											3-QUANDO PACIENTE NÃO RESPONDE AO ESTIMULO VERBAL REALIZAR ESTÍMULOS FISICOS										
<b>VARIÁVEIS</b>											<b>SCORE</b>										
ABERTURA OCULAR											*PACIENTE REALIZA ALGUM MOVIMENTO AO ESTIMULO FÍSICO.(-4)										
ESPONTÂNEA											4										
À VOZ											3										
À DOR											2										
NENHUM											1										
											<b>BRADEN</b>										
											PERCEPÇÃO										
											1 PONTO										
											2 PONTOS										
											3 PONTOS										
											4 PONTOS										
											PONTUAÇÃO										
RESPOSTA VERBAL											MODERADO:										
ORIENTADA											5										
CONFUSA											4										
PALAVRAS INAPROPRIADAS											3										
PALAVRAS INCOMPREENSIVAS											2										
NENHUMA											1										
											UMIDADE										
											ÚMIDO										
											UMIDO										
											ÚMIDO										
											ELEVADO: 10 a 12										
											ATIVIDADE										
											ACAMADO										
											RESTRITO A										
											CAMINHA										
											CAMINHA										
											FREQUENTEMENTE										
											MOBILIDADE										
											COMPLETAMENTE										
											MUITO										
											LEVEMENTE										
											NENHUMA										
											MUITO										
											ELEVADO: <9										
											IMOBILIZADO										
											LIMITADO										
											LIMITADO										
											LIMITAÇÃO										
											EXELENTE										
RESPOSTA MOTORA																					
MOVIMENTO DE RETIRADA											4										
FLEXÃO ANORMAL											3										
EXTENSÃO ANORMAL											2										
											FRICÇÃO										
											PROBLEMA										
											POTENCIAL PARA										
											NENHUM PROBLEMA										

NENHUMA	1	CISLHAMENTO		PROBLEMA	APARENTE		
---------	---	-------------	--	----------	----------	--	--



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



PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_

PACIENTE:

OBSERVAÇÃO:

<b>checklist para Agendamento de Cirurgia</b>		<b>AMBULATÓRIO</b>
AMBULATÓRIO		Data: / /
Nome:		
Data de Nascimento:	CPF:	
Grupo sanguíneo:	Fator RH:	Contato:

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

<b>NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR</b>	Data: / /
Procedência:	
Nome do Contato:	
Data da Cirurgia:	
Procedimento:	
Cirurgião:	
OPME:	
Empresa:	
Observação: _____	
_____	
Responsável pelo Preenchimento	

<b>Checklist para Agendamento de Cirurgia</b>		<b>AMBULATORIO</b>
AMBULATÓRIO		Data: / /
Nome:		
Data de Nascimento:	CPF:	
Grupo sanguíneo:	Fator RH:	Contato:

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

<b>NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR</b>	Data: / /
Procedência:	
Nome do Contato:	
Data da Cirurgia:	
Procedimento:	
Cirurgião:	
OPME:	
Empresa:	
Observação: _____	
_____	
Responsável pelo Preenchimento	



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA



SECRETARIA DA  
SAÚDE



### CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE OPME DO SETOR DO C.C

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



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA

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



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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PROFISSIONAL

CBO

MÊS/ANO

EQUIPE

FOLHA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO		

ETNIA	CEP
NÚMERO	COMPLEMENTO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

**PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

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

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO		

ETNIA	CEP
NÚMERO	COMPLEMENTO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

**PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

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

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO		

ETNIA	CEP
NÚMERO	COMPLEMENTO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO



Empty rectangular box for address or name.

Empty rectangular box for address line 1.

Empty rectangular box for address line 2.

Form fields for BAIRRO, DDD, TELEFONE DE CONTATO (Nº DO TELEFONE), and E-MAIL.

Empty rectangular boxes for additional contact information.

**PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

TO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QTDE. CNPJ

Form fields for SERVIÇO, CLASS, CID, CARATER DE ATENDIMENTO, and Nº DA AUTORIZAÇÃO.

Form fields with checkboxes and slashes for additional service details.

Form fields for RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE and GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL, including CARIMBO and RUBRICA.

Form fields for DATA (DATE) and other administrative information.

Form fields for additional data or dates.

Form fields for additional data or dates.

Empty rectangular box for additional information.

Form fields for additional data or dates.

Form fields with checkboxes and slashes for additional service details.

Form fields for RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE and GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL, including CARIMBO and RUBRICA.

Form fields for DATA (DATE) and other administrative information.

Form fields for additional data or dates.

Form fields for additional data or dates.

Empty rectangular box for additional information.

Form fields for additional data or dates.

Form fields with checkboxes and slashes for additional service details.

Form fields for RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE and GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL, including CARIMBO and RUBRICA.

Form fields for DATA (DATE) and other administrative information.

Form fields for additional data or dates.

Form fields for additional data or dates.

Empty rectangular boxes for additional information.



<b>GASTO DE SALA</b>				DATA:		ASSINATURA DO CIRCULANTE:		
				CLÍNICA:		ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR:		
NOME:				PRONTUÁRIO:		LEITO:		
ANESTESIA:				ÍNICIO:		DURAÇÃO:		
CIRURGIÃO:				ANESTESIOLOGISTA:		SALA:		
AUXILIAR - 1:			AUXILIAR - 2:			AUXILIAR - 3:		
PROCEDIMENTO (S):								
DATA HORA:		A. TERMO PREMATURO	NATI-MORTO NEO-MORTO	ÚNICO MASCULINO ÚNICO FEMININO		MÚLTIPLOS	MASCULINO FEMININO	
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
ATADURAS			DIVERSOS					
1	Algodão Ortopédico n°	23	24	Pancuronio, brom. 2mg/mL amp		1	Ag. Desc Insulina 13x4,5	
2	Algodão Ortopédico n°	24	25	Papaverina 100mg/mL amp		2	Ag. Desc Peridural	
3	Atadura Crepe n°	25	26	Petidina 50mg/mL amp		3	Agulha Descartável 25x6	
4	Atadura Crepe n°	26	27	Propofol 10mg/mL amp		4	Agulha Descartável 25x7	
5	Atadura Gessada n°	27	28	Surfentanila 50mcg/mL amp		5	Agulha Descartável 30x7	
6	Atadura Gessada n°	28	29	Surfentanila 50mcg/mL fr		6	Agulha Descartável 30x8	
7	Atadura Gessada n°	29	30	Suxametonio 100mg/5mL amp		7	Agulha Descartável 30x10	
8	Algodão Hidrófilo em bola	30	31	Tiopental 1g fa		8	Agulha Descartável 40x12	
						9	Agulha Descartável de Raque	
						10	Aparelho de barbear desc.	
ANTISSÉPTICOS/SOLUÇÕES			MEDICAMENTOS					
1	Água Destilada 250mL fr	1	1	Água para Injeção 10mL amp		11	Bisturi Descartável	
2	Água Destilada 500mL fr	2	2	Amido Hidroxiético 500mL fr		12	Bolsa Col. Urina Sistema Fechado	
3	Água Oxigenada 1C00mL fr	3	3	Amiodarona 50mg/mL 3mL amp		13	Bolsa de Colostomia	
4	Alcool a 70% 200mL fr	4	4	Atropina, Sulf. 0,25mg/mL amp		14	Cal Sodada	
5	AGE - Ac Graxos 200mL fr	5	5	Bicarb de Sódio 8,4 % amp		15	Cânula para Traqueostomia n°	
6	Clorex 4% Degermante 200mL fr	6	6	Cefalotina 1g fr		16	Capa para Microcâmara	
7	Clorex - Alcoólica 0,5% 200mL ff	7	7	Cefalotina 1g fr		17	Capa para microscópio	
8	Éter Sulfúrico 200mL fr	8	8	Captopril 25mg com		18	Cateter A Venosa - Jelko n°	
9	PVPI - Dgermante 200mL fr	9	9	Cefazolima 1g fa		19	Cateter Epidural	
10	PVPI - Sol Aquosa 200mL fr	10	10	Clor. Potásio 10% 10mL amp		20	Cateter Nasal - Oxigênio	
11	PVPI - Sol Alccólica 200mL fr	11	11	Clor. Sódio 0,9% 250mL fr		21	Cateter P Venosa - n°	
12	S Fisiológ 0.9% 250mL fr	12	12	Clor. Sódio 0,9% 500mL fr		22	Cateter P Venosa - n°	
13	S Fisiológ 0.9% 500mL fr	13	13	Clor Sódio 20% 10mL amp		23	Cateter P/Aspiração n°	
			14	Dexametasona 4mg/mL 2,5mL fa		24	Clamps Umbilical	
			15	Dipirona 500mg/mL amp		25	Cera para osso	
			16	Dopamina 50mg/10mL amp		26	Coletor de Urina tipo Urofix	
ANESTÉSICOS e COADJUVANTES			17	Epinefrina 1mg/mL amp		27	Compressa Gase 7, 5x7, 5 pacotes	
1	Alfentanila 0,5mg/mL amp	17	17	Escopolamina 20mg/mL amp		28	Conexão A - Venosa 2 vias	
2	Atracúrio 10mg/mL amp	18	18	Etilefrina 10mg/mL amp		29	Conexão A - Venosa 4 vias	
3	Bupiv + Epinefrina 0,5% fa	19	19	Furosemida 10mg/mL 2mL amp		30	Dreno de Toráx - Kit n°	
4	8upiv Isobárica 0,5% 4mL amp	20	20	Soro Glicosado 5% 500mL fr		31	Dreno em "T" kherr	
5	Bupiv +Glic Anidra 0,5%+8% amp	21	21	Glicose 25% 10mL amp		32	Dreno Penrose	
6	Bupivacaina 0,5% fa	22	22	Gluc. Cálcio 10% 10ml amp		33	Dreno Suctor	
7	Cetamina 50mg/mL 10mLfa	23	23	Hep Sódica 5000IU/mL 10mL fa		34	Eletrodo Descartável	
8	Diazepan 5mg/mL amp	24	24	Hidrocortisona 500mg fa		35	Equipe Fotossensível	
9	Droperidol 2,5mg/mL amp	25	25	Moitol 20% 250mL		36	Equipo Irrg. 4 vias - Próstata	
10	Etomidato 2mg/mL amp	26	26	Metilergometrina 200mg/mL amp		37	Equipo Microgotas c/câmaras grad	
11	Fenitoina 50mg/mL amp	27	27	Metoclopramida 5mg/mL amp		38	Equipo p/Bombas Inf. cl Bureta	
12	Fentanila 0,05mg/mL fa	28	28	Neostigmina 0,5mg/mL amp		39	Equipo p/Bombas Inf. si Bureta	
13	Fentanila 0,05mg/mL amp	29	29	Nitroprussiato de Sódio 50mg fa		40	Equipo plást c/injetor lateral gotas	
14	Halotano °Cjrr.fi	30	30	Norepinefrina 1mg/mL amp		41	Equipo plást c/inj lat microgotas	
15	Isoflurano 100mL amp	31	31	Oxitocina 5UI/mL amp		42	Escova Desc - Degermação	
16	Lidocaina 2% 5mL amp	32	32	Papaverina 100mg/2mL amp		43	Espadrado comum 10x4,5cm	
17	Lidocaina 2% Gel° Tubo	33	33	Prometazina 25mg/mL 2mL amp		44	Espadrado micropore 2,5x10cm	
18	Midazolam 5mg/mL amp	34	34	Protamina. Sulf. 1% 5mL amp		45	Esponja Hemost Celulose	
19	Morfina sulf 0.2mg/mL amp	35	35	Ringer Lactado 500mL amp		46	Esponja Hemost	

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

# MAPA DE ENFERMAGEM - HTO



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

# MAPA DE ENFERMAGEM - HTO



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

MAPA DA FISIOTERAPIA-UTI.

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ . ADM: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ . LEITO: \_\_\_\_\_

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

**MAPA**  
**FONOAUDIOLOGIA**

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



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEdia



MAPEAMENTO DE CIRURGIA - SISTEMA WARELINE

DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

PACIENTE: \_\_\_\_\_ D N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

CIRURGIA: \_\_\_\_\_ LADO: ( ) D ( ) E. SALA: \_\_\_\_\_

ENTRADA NA SO: \_\_\_\_:\_\_\_\_ H INÍCIO DE CIRURGIA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ H HORÁRIO DA DURAÇÃO PREVISTA: \_\_\_\_\_

TÉRMINO REAL (SUTURA): \_\_\_\_:\_\_\_\_ H TÉRMINO DA CIRURGIA (SAÍDA NA SO): \_\_\_\_:\_\_\_\_ H HORÁRIO DA DURAÇÃO REAL: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_ TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

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

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO

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

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

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

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

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

ASA: OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO ANESTESISTA

I- SAUDÁVEL ( )

II- COM DOENÇA SISTEMICA DISCRETA ( )

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

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

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

REOPERAÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM

ANATOMO-PATOLÓGICO ( ) NÃO ( ) SIM

SANGUE: ( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_\_

USO DE PRÓTESE: ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL? \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTI ( ) NÃO SE APLICA ( ) NÃO \_\_\_\_\_

( ) SIM. QUAL? \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO ( ) EM USO

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

EMPRESA / OPME:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN:







<b>Nome:</b>			
<b>Data:</b>		<b>Prontuário:</b>	
<b>SD</b>		<b>SN</b>	
<b>Medicações encontradas no início do plantão</b>		<b>Medicações encontradas no início do plantão</b>	
MEDICAMENTO	QUANT	MEDICAMENTO	QUANT
<b>Medicações deixadas para o turno seguinte</b>		<b>Medicações deixadas para o turno seguinte</b>	
MEDICAMENTO	QUANT	MEDICAMENTO	QUANT
<b>Não conformidade</b>		<b>Não conformidade</b>	

Téc. de enf. Responsável  
\_\_\_\_\_

Téc. de enf. Responsável  
\_\_\_\_\_

Nome:	Leito:	DATA:	Turno:		
Prescrição de Enfermagem	Horário	ANOTAÇÕES			
<input type="checkbox"/> Jejum às					
<input type="checkbox"/> Verificar sinais vitais					
<input type="checkbox"/> Banhar					
<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral x dia, turno					
<input type="checkbox"/> Realizar íntima x dia, turno					
<input type="checkbox"/> Sentar cliente na poltrona (ou leito), x dia					
<input type="checkbox"/> Observar e anotar as eliminações intestinais					
<input type="checkbox"/> Realizar curativo					
<input type="checkbox"/> Aspirar secreções de vias aéreas superiores					
<input type="checkbox"/> manter grades elevadas					
<input type="checkbox"/> Avaliar sinais flogísticos em acesso venoso periférico					
<input type="checkbox"/> Observar e anotar aceitações alimentares					
<input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada de 30º a 45º					
<input type="checkbox"/> Promover ambiente calmo, relaxante e seguro					
<input type="checkbox"/> realizar Mudança de Decúbito					
<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar presença de dor ( EVA)					
<b>ESCALA DE DOR (EVA E EVN)</b>					
<div style="border: 2px solid black; width: 138px; height: 145px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 2px solid black; width: 130px; height: 145px; margin: 0 auto;"></div>				
MANHÃ	TARDE				

Nome:

Leito:

DATA:

Turno:

**ESCALA DE MORSE FALL**

**Histórico de Quedas**

Não	0
Sim	20

**Diagnóstico Secundário**

Não	0
Sim	15

**Auxílio na Deambulação**

Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30

**Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado**

Não	0
Sim	20

**Marcha**

Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas	0
Fraca	15
Comprometida /Cambaleante	20

**Estado Mental**

Orientado/Capaz quanto a sua Orientação	0
Superestima capacidade/ Esquece limitações	15

**TOTAL:**

**Sem risco: 0-24 Baixo risco: 25-44 Alto risco: ≥ 45**

**ESCALA DE BRADEN**

<b>Percepção Sensorial</b>	1- Total	2 Muito limitado	3 Leve limitado	4 Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	1 -Excessiva	2 Muita	3 Ocasional	4 Rara
<b>Atividade</b>	1 -Acamado	2 Confinado à Cadeira	3 Deamb. Limita	4 Deamb. Frequent
<b>Mobilidade</b>	1 -Imóvel	2 Muito limitado	3 Discreta limita	4 Sem limitação
<b>Nutrição</b>	1 - Deficiente	2 Inadequada	3 Adequada	4 Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	1- Problema	2 Problema potencial	3 Sem problema	Total
<b>Sem Risco ≥ 19</b>	<b>Risco Leve 15 a 18 ( )</b>		<b>Risco Moderado 13 e 14 ( )</b>	
			<b>Risco Alto ≤ 12</b>	

ASSINATURA/CARIMBO

**ANOTAÇÕES**



## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

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

HORA DE INÍCIO: \_\_\_:\_\_\_

HORA DE TÉRMINO: \_\_\_:\_\_\_

ETIQUETA DO PACIENTE OU:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

#### IDENTIFICAÇÃO

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

Consentimento informado assinado pelo paciente?

SIM  NÃO

Qual local da cirurgia?

\_\_\_\_\_

Qual procedimento a ser realizado? \_\_\_\_\_

Qual lado?  ESQUERDO  DIREITO

O sítio cirúrgico foi marcado?  SIM  Não se aplica

O paciente tem alguma alergia?  SIM  NÃO

Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?

NÃO  SIM, \_\_\_\_\_

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

Há reserva no Banco de Sangue?  SIM  NÃO

#### CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA

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

\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

ANESTESIOLOGISTA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

#### CONFIRMAÇÃO

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

- Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções

- Peça ao cirurgião que confirme verbalmente:

1. Identificação do paciente
2. Local da cirurgia a ser realizada
3. Procedimento a ser realizado

#### EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

#### CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO

Exames de imagem disponíveis?

SIM  NÃO

Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico?

SIM  NÃO

Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis?

SIM  NÃO, qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉC. DE ENFERMAGEM

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

### ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA DE OPERAÇÃO

#### REGISTRO

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

Houve mudança no procedimento realizado?

SIM  NÃO

A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta?

SIM  NÃO

As peças cirúrgicas estão identificadas com o nome do paciente?

SIM  NÃO

Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?

NÃO  SIM, \_\_\_\_\_

Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMAGEM

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA



## RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE \_\_\_\_\_



## RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE \_\_\_\_\_

**REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Material: ( ) Sangue ( ) Urina ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

Carimbo/assinatura

**REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Material: ( ) Sangue ( ) Urina ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

Carimbo/assinatura



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEdia

# RÓTULO DE SORO

NOME:

QUARTO:

LEITO:

SG \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ml

SF \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ml

NaCl \_\_\_\_\_ 20% \_\_\_\_\_ ml

KCL \_\_\_\_\_ 19% \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ml

GTS/MIN.:

ml/h

ETAPA:

HORA:

RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEdia

## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 - Nome Completo

2 - N° do Registro Hospitalar

3 - Localização do Paciente

4 - Grupo ABO e Fator Rh do Receptor

## RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 - Prova de Compatibilidade

Realizada  Compatível  Incompatível

Não Realizada

---

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



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
NANDA 2018-2020**

**Identificação do Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Enf: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

**Assinatura e carimbo do Enfermeiro:**

---



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

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

PACIENTE \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

MÉDICO (A) \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA**

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

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

**PREPARO**

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

**EXAMES**

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

**ESTADO NEUROLÓGICO**

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

**PELE E ANEXOS**

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

PA (mmHg) \_\_\_\_\_ FC (bpm) \_\_\_\_\_ R (incrm) \_\_\_\_\_ Tax (°C) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Técnico em Enfermagem

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro

**ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO**

**TRANS-OPERATÓRIO**

Sala \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ Tempo Total de Cirurgia \_\_\_\_\_ Lado a ser operado ( ) D ( ) E  
 Cirurgia Proposta \_\_\_\_\_  
 Cirurgião \_\_\_\_\_ 1º Auxiliar \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar \_\_\_\_\_  
 Anestesista \_\_\_\_\_  
 Instrumentador \_\_\_\_\_ Circulante \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÕES**

**HORÁRIOS**

**SINAIS VITAIS**

**INÍCIO**

**TRANS**

**TÉRMINO**

**ANESTESIA**

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

**EQUIPAMENTOS USADOS**

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

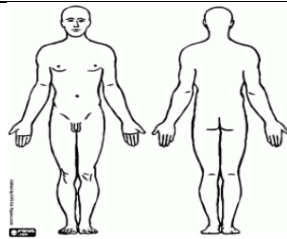
TIPO DE BISTURI: Monopolar ( ) Bipolar ( ) Argônico ( )

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

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

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

**POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA**  
 ( ) DDH ( ) DLD  
 ( ) DD ELEVADO ( ) DLE  
 ( ) DVH ( ) Ginecolo  
 ( ) Outras \_\_\_\_\_



**LEGENDA**

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

**QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS**

Compressas Grandes Abertas \_\_\_\_\_ Compressas Grandes Conferidas \_\_\_\_\_  
 Compressas Pequenas Abertas \_\_\_\_\_ Compressas Pequenas Conferidas \_\_\_\_\_  
 Agulhas Abertas \_\_\_\_\_ Agulhas Conferidas \_\_\_\_\_

**CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO**

**MATERIAIS ESTERILIZADOS (INTEGRADOS E INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO)**


**PÓS-OPERATÓRIO**

SRPA ( ) UTI ( ) EXTERNO ( )

**EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

Oxigênio ( ) SIM ( ) NÃO Ligado \_\_\_\_\_ Desligado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Técnico em Enfermagem

**CONTROLE DOS SINAIS VITAIS**

HORA	0'	15'	30'	45'	60'	75'	90'
PA							
SpO2							
Pulso							
Respiração							
Temperatura							

**ESCALA NUMÉRICA DA DOR**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
..... ◊.....◊.....◊.....◊.....◊.....◊.....◊.....◊.....◊.....◊  
DOR DOR MODERADA DOR INTENSA

HORA	DOR	MEDICAÇÃO
:		
:		
:		

**TABELA PARA ESCALA DE ALDRET**

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

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

**SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)**

PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			

**EVOLUÇÃO**


**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**


**ENCAMINHADO COM:**

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

Nome:																N° do prontuário											
Idade:				Peso:				Altura:				Pressão:				Pulso:				Respiração:							
Grupo Sanguíneo:								Hemoglobina:								Hematócrito:								Glicemia:			
Urina:												Outros:															
Aparelho respiratório:																Asma:											
Aparelho circulatório																Eletrocardiograma:											
Aparelho digestivo:								Dentes:				Pescoço:				Aparelho urinário:											
Estado mental:								Atarácicos:				Corticóides:				Alergia:											
Diagnósticos pré-operatórios:																											
Anestesias anteriores:																											
Medicação pré-anestésica												Aplicada às:															
Antibiótico profilático:												Dose:															

HORÁRIO:															
AGENTES ANESTÉSICOS	O2														
	SEVO														
	ISO														
	LÍQUIDOS														
CÓDIGO P. ARTERIAL O - PULSO O - OPERAÇÃO X - ANESTESIA O - OPERAÇÃO	260														
	240														
	220														
	200														
	180														
	140														
	120														
	80														
	60														
	40														
	X	20													
Símbolos															
Anotações															
Posição															

INDUÇÃO:  Satisfatório  Excelente  Tosse  Laringo  Espasmo  Náuseas   
 Outros: \_\_\_\_\_

MANUTENÇÃO: ANESTESIA SATISFATÓRIA  SIM  NÃO  Por que? \_\_\_\_\_

<b>AGENTES:</b>		
<b>TÉCNICA:</b>		

**CIRURGIÕES:**

**PROCEDIMENTO**

**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 \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO**


**DESPERTAR**

REFLEXOS NA S.O: \_\_\_\_\_ OBSTR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EXCIT: \_\_\_\_\_ NAUSEAS: \_\_\_\_\_  
 VÔMITOS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

COM CÂNULA PARA:  SIM  NÃO CONDIÇÕES GERAIS: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE ALTA SRPA**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_  
 SPO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 REFLEXO NA S.O: \_\_\_\_\_ OBSTR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EXCIT.: \_\_\_\_\_ NAUSEAS: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE:

CLÍNICA MÉDICA  CLÍNICA CIRÚRGICA  SEMI-INTENSIVA  UTI  DOMÍLIO

OUTROS HOSPITAIS



ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS (INCLUINDO PERDA SANGUÍNEA)

ÓBITO: NÃO

SIM

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

DATA

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

**checklist para Agendamento de Cirurgia**  
**AMBULATÓRIO**

**AMBULATÓRIO**  
Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
de Laboratório de Análise Clínicas Exames de Imagem  
( ) Sim – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Radiografia  
( ) Não ( ) Sim – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Cirurgia Cirúrgica Tomografia  
( ) Sim – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ( ) Não ( ) Sim – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Exames de Hemocomponentes Outros  
( ) Sim ( ) Não ( ) Sim – Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
( ) Sim Carteira de Vacinação  
( ) Não ( ) Sim  
**Faz uso de anticoagulantes: SIM ( ) NÃO ( )**

**Declaro que recebi meus exames e as orientações pré-operatórias**

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Preenchimento

**NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Endereço:

Telefone Contato:

Cirurgião:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Preenchimento

## EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA - ENFERMARIA

		<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outra Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> UTI		
		<b>ENFERMARIA:</b>	<b>LEITO:</b>
<b>HISTÓRICO MÉDICO:</b>			
<b>HISTÓRICO TERAPÊUTICO:</b>			
<b>ORDEM DE SERVIÇOS:</b>			
<b>SITUAÇÃO CLÍNICA ATUAL:</b>			
<b>VENTILAÇÃO RESPIRATÓRIA:</b>			
VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Catéter Nasal ___ l/min/O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Venturi _____ %			
<b>COMPLICAÇÕES PULMONARES:</b>			
<b>VENTILAÇÃO MOTORA:</b>			
IMS:	Avaliação do dor (Escala EVA):		

<b>SITUAÇÃO:</b>	<b>TURNO:</b>		
<b>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA</b>	<b>FISIOTERAPIA MOTORA</b>		
Exercícios de Higiene Brônquica	Alongamentos		Exercícios Metabólicos
Exercícios de Reexpansão Pulmonar	Posicionamento no leito		Mobilização Passiva
Exercícios Respiratórios	Exercícios Ativos		Exercícios Ativo Assistidos
Uso de Ventilador Respiratório	Sedestação no leito		Sedestação na poltrona
Uso de Ventilação traqueal/VAS	Cicloergômetro		Deambulação
Outros:	Outros:		
<b>REMARKS:</b>			

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo

<b>SITUAÇÃO:</b>	<b>TURNO:</b>		
<b>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA</b>	<b>FISIOTERAPIA MOTORA</b>		
Exercícios de Higiene Brônquica	Alongamentos		Exercícios Metabólicos
Exercícios de Reexpansão Pulmonar	Posicionamento no leito		Mobilização Passiva
Exercícios Respiratórios	Exercícios Ativos		Exercícios Ativo assistidos
Uso de Ventilador Respiratório	Sedestação no leito		Sedestação na poltrona
Uso de Ventilação traqueal/VAS	Cicloergômetro		Deambulação
Outros:	Outros:		
<b>REMARKS:</b>			



## CENTRO CIRÚRGICO



### PROTOCOLO DE PRONTUÁRIO / PERTENCES DOS PACIENTES

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

DATA DE NASC.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

#### DESCRIÇÃO:

Capa do Prontuário ( )

Ficha de Internação ( )

Termo de Consentimento Anestésico ( )

Exames de Imagem ( )

Exames de laboratório ( )

Risco Cirúrgico Cardiológico e/ou Cirúrgico ( )

Relatório de Operação ( )

Admissão Médica ( )

Evolução Médica ( )

Prescrição Médica ( )

Controle de Antimicrobianos ( )

Medicamentos Controlados Prescritos ( )

Laudo de Internação Hospitalar ( )

OBS/Pertences pacientes:

Assinatura SRPA:



## CENTRO CIRÚRGICO



### PROTOCOLO DE PRONTUÁRIO / PERTENCES DOS PACIENTES

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

DATA DE NASC.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

#### DESCRIÇÃO:

Capa do Prontuário ( )

Ficha de Internação ( )

Termo de Consentimento Anestésico ( )

Exames de Imagem ( )

Exames de laboratório ( )

Risco Cirúrgico Cardiológico e/ou Cirúrgico ( )

Relatório de Operação ( )

Admissão Médica ( )

Evolução Médica ( )

Prescrição Médica ( )

Controle de Antimicrobianos ( )

Medicamentos Controlados Prescritos ( )

Laudo de Internação Hospitalar ( )

OBS/Pertences pacientes:

Assinatura SRPA:



**CENTRO CIRÚRGICO**



**PROTOCOLO DE PRONTUÁRIO / PERTENCES DOS PACIENTES**

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

DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO:**

Capa do Prontuário ( )

Ficha de Internação ( )

Termo de Consentimento Anestésico ( )

Exames de Imagem ( )

Exames de laboratório ( )

Risco Cirúrgico Cardiológico e/ou Cirúrgico ( )

Relatório de Operação ( )

Admissão Médica ( )

Evolução Médica ( )

Prescrição Médica ( )

Controle de Antimicrobianos ( )

Medicamentos Controlados Prescritos ( )

Laudo de Internação Hospitalar ( )

OBS/Pertences pacientes:

Assinatura SRPA:



**CENTRO CIRÚRGICO**



**PROTOCOLO DE PRONTUÁRIO / PERTENCES DOS PACIENTES**

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

DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO:**

Capa do Prontuário ( )

Ficha de Internação ( )

Termo de Consentimento Anestésico ( )

Exames de Imagem ( )

Exames de laboratório ( )

Risco Cirúrgico Cardiológico e/ou Cirúrgico ( )

Relatório de Operação ( )

Admissão Médica ( )

Evolução Médica ( )

Prescrição Médica ( )

Controle de Antimicrobianos ( )

Medicamentos Controlados Prescritos ( )

Laudo de Internação Hospitalar ( )

OBS/Pertences pacientes:

Assinatura SRPA:

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PROFISSIONAL

CBO

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

### SEQUÊNCIA 1

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

Masc.  Fem.

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE.

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

### SEQUÊNCIA 2

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

Masc.  Fem.

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE.

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

### SEQUÊNCIA 3

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

Masc.  Fem.

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE.

CNPJ

MÊS:				Fonoaudiólogo (a)			
DIA	ADMISSÃO FONO.	PARECER RESPONDIDO	ATEND. PACIENTE UTI ADULTO	ATEND. PACIENTE ENFERMARIA	AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE DEGLUTIÇÃO	INDICAÇÃO DE SNE	RETIRADA DE SNE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							



21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
TOTAL							



# GASTO DE SALA

DATA:

ASSINATURA DO CIRCULANTE:

CLÍNICA:

ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR:

NOME: PRONTUÁRIO: LEITO:

ANESTESIA: ÍNICIO: TÉRMINO: DURAÇÃO:

CIRURGIÃO: ANESTESIOLOGISTA: SALA:

AUXILIAR - 1: AUXILIAR - 2: AUXILIAR - 3:

PROCEDIMENTO (S):

DATA HORA:	A. TERMO PREMATURO	NATI-MORTO NEO-MORTO	ÚNICO MASCULINO ÚNICO FEMININO	MÚLTIPLOS	MASCULINO FEMININO			
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
	ATADURAS		23	Midazolam 5mg/mL amp			DIVERSOS	
1	Algodão Ortopédico n°		24	Morfina sulf 0.2mg/mL amp		1	Ag. Desc Insulina 13x4,5	
2	Algodão Ortopédico n°		25	Morfina sulf 10mg/mL amp		2	Ag. Desc Peridural	
3	Atadura Crepe n°		26	Naloxona 10mg/ml amp		3	Agulha Descartável 25x6	
4	Atadura Crepe n°		27	Propofol 10mg/mL amp		4	Agulha Descartável 25x7	
5	Atadura Gessada n°		28	Ropivacaína 10,0mg/ml amp		5	Agulha Descartável 30x7	
6	Atadura Gessada n°		29	Sevoflurano 250ml fr		6	Agulha Descartável 30x8	
7	Atadura Gessada n°		30	Suxametonio 100mg/5mL amp		7	Agulha Descartável 30x10	
8	Algodão Hidrófilo em bola		31	Tramadol 100mg/2ml amp		8	Agulha Descartável 40x12	
9			32			9	Agulha Descartável de Raque	
10			33			10	Aparelho de barbear desc.	
11			34			11	Bisturi Descartável	
12			35			12	Bolsa Col. Urina Sistema Fechado	
	ANTISSÉPTICOS E SOLUÇÕES			MEDICAMENTOS		13	Bolsa de Colostomia	
1	Álcool a 70% 100mL fr		1	Água para Injeção 10mL amp		14	Cal Sodada	
2	AGE - Ác Graxos 100mL fr		2	Água para Injeção 20mL amp		15	Cânula para Traqueostomia n°	
3	Clorex 2% Degermante 200mL fr		3	Amiodarona 50mg/mL 3ml amp		16	Capa para Microcâmera	
4	Clorex Alcool 0,5% 200ml fr		4	Atropina, Sulf. 0,25mg/mL amp		17	Capa para microscópio	
5	Clorex aquosa 2% 200ml fr		5	Bicarb de Sódio 8,4 % amp		18	Cateter A Venosa - Jelko n°	
6	PVPI - Dgermante 200mL fr		6	Cefalotina 1g fr		19	Cateter Epidural	
7	PVPI - Sol Aquosa 200mL fr		7	Captopril 25mg com		20	Cateter Nasal - Oxigênio	
8	PVPI - Sol Alccólica 200mL fr		8	Cefazolina 1g fa		21	Cateter P Venosa - n°	
9	S Fisiológ 0.9% 250mL fr		9	Clor. Potásio 10% 10mL amp		22	Cateter P Venosa - n°	
10	S Fisiológ 0.9% 500mL fr		10	Clor. Sódio 0,9% 100mL fr		23	Cateter P/Aspiração n°	
11	Formol		11	Clor. Sódio 0,9% 250mL fr		24	Clamps Umbilical	
12			12	Clor. Sódio 0,9% 500mL fr		25	Cera para osso	
13			13	Clor. Sódio 0,9% 1000mL fr		26	Coletor de Urina tipo Urofix	
14			14	Clor. Sódio 20% 10ml amp		27	Compressa Gase 7, 5x7, 5 pacotes	
15			15	Dexametasona 4mg/mL 2,5mL fa		28	Conexão A - Venosa 2 vias	
16			16	Dipirona 500mg/mL amp		29	Conexão A - Venosa 4 vias	

17		17	Dopamina 50mg/10mL amp	30	Dreno de Toráx - Kit nº
18		18	Epinefrina 1mg/mL amp	31	Dreno em "T" kherr
19		19	Etilefrina 10mg/mL amp	32	Dreno Penrose
	ANESTÉSICOS E COADJUVANTES	20	Furosemida 10mg/mL 2mL amp	33	Dreno Suctor
1	Atracúrio 10mg/mL amp	21	Glicose 25% 10mL amp	34	Eletrodo Descartável
2	Bupiv + Epinefrina 0,5% fr	22	Glicose 50% 10mL amp	35	Equipe Fotossensível
3	Bupiv Isobárica 0,5% 4mL amp	23	Gluc. Cálcio 10% 10ml amp	36	Equipo Irrg. 4 vias
4	Bupiv +Glic Anidra 0,5%+8% amp	24	Hep Sódica 5000IU/mL fa	37	Equipo Microgotas c/câmaras grad
5	Bupivacaina 0,5% fr	25	Hidrocortisona 100mg fa	38	Equipo p/Bombas Inf. cl Bureta
6	Cetamina 50mg/mL 10ml fa	26	Hidrocortisona 500mg fa	39	Equipo p/Bombas Inf. si Bureta
7	Cisatracúrico 2mg/ml amp	27	Soro Glicosado 5% 500mL fr	40	Equipo plást c/injetor lateral gotas
8	Clonidina 150mcg/ml amp	28	Metoclopramida 5mg/mL amp	41	Equipo plást c/inj lat microgotas
9	Clorpromazina 25mg amp	29	Neostigmina 0.5mg/mL amp	42	Escova Desc - Degermação
10	Dexmedetomidina 100mcg/ml	30	Norepinefrina 1mg/mL amp	43	Esparadrappo comum 10x4,5cm
11	Diazepan 5mg/mL amp	31	Prometazina 25mg/mL 2mL amp	44	Esparadrappo micropore 2,5x10cm
12	Droperidol 2,5mg/mL amp	32	Ringer Lactado 500mL bol	45	Esponja Hemost Celulose
13	Etomidato 2mg/mL amp	33		46	Esponja Hemost
14	Fenitoina 50mg/mL amp	34		47	
15	Fentanila 0,05mg/mL fr	35		48	
16	Flumazenil 0,1mg/ml amp	36		49	
17	Levobupivacaína c/v 5mg/ml amp	37		50	
18	Levobupivacaína s/v 5mg/ml amp	38		51	
19	Lidocaína+epinef 20mg/ml amp	39		52	
20	Lidocaina 2% S/V 5mL amp	40		53	
21	Lidocaina 2% Gel' Tubo	41		54	
22	Lidocaína spray	42		55	

		QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
	Cont. DIVERSOS		25	Ultrasson Portátil			DIVERSOS	
56	Lâmina de Bisturi n°		26	Videocistoscopia		6	Poliester - Ethibond 0	
57	Liga Clip 300		27	Videolaparoscopia		7	Poliester - Ethibond 2	
58	Liga Clip 400		28			8	Poliester - Ethibond 5	
59	Luva Cirúrgica Estéril		29			9	Poliglactina - Vicryl 0	
60	Luva Cirúrgica Estéril		30			10	Poliglactina - Vicryl 1	
61	Luva de procedimento		OPME ÓRTESE/PROTESE E MATERIAS ESPECIAIS			11	Poliglactina - Vicryl 2-0	
62	Scalp n° 23		1			12	Poliglactina - Vicryl 3-0	
63	Scalp n° 25		2			13		
64	Seringa Descartável 1mL		3			14		
65	Seringa Decartável 3mL		4			15		
66	Seringa Descartável 5mL		5			16		
67	Seringa Descartável 10mL		6			17		
68	Seringa Descartável 20mL		7			18		
69	Seringa Decartável 50mL		8			19		
70	Seringa Descartável de isulina		9			20		
71	Sonda folley 2 vias n°		10			21		
72	Sonda folley 3 vias n°		11			22		
73	Sonda Nasogástrica		12			23		
74	Sonda p/ Aspiração tranqueal n°		13			24		
75	Sonda Retal n°		14			25		
76	Sonda Uretral n°		15			26		
77	Torneirinha 3 vias		16			27		
78	Tubo Endotraqueal Aramado n°		17			28		
79	Tubo Endotraqueal n°		18			29		
80	Tubo Endotraqueal p/Torax		19			30		
81	Vaselina		20			31		
82				GASES		32		
83			1	Ar comprimido		34		
84			2	Oxigênio - o <sup>2</sup>		35		
	EQUIPAMENTOS		3	Gás Carbônico - CO <sup>2</sup>		36		
1	Aparelho de Anestesia		4	Protóxido de Nitrogênio - N <sup>2</sup> O		37		
2	Artroscópio		5			38		
3	Aspirador		6			39		
4	Aspirador Ultrasônico		7			40		
5	Balão intra-aórtico			FIOS DE SUTURA SEM AGULHA				
6	Bisturi Bipolar		1	Algodão+Poliester - Polycot 0				
7	Bisturi Elétrico		2	Algodão+Poliester - Polycot 2-0		FIO DE SUTURA COM AGULHA CORT.		
8	Capinógrafo		3			1	Algodão+Poliester - Polycot 2-0	
9	Desfibrilador		4			2	Algodão+Poliester - Polycot 3-0	
10	Drill		5			3	Fio de aço - Aciflex 0	
11	Fonte de Luz		6			4	Fio de aço - Aciflex 1	
12	Furadeira Elétrica		7			5	Nylon - Mononylon 0	
13	Gerador de Marcapasso		8			6	Nylon - Mononylon 1-0	
14	Glicosímetro		9			7	Nylon - Mononylon 2-0	
15	Laringoscópio		10			8	Nylon - Mononylon 3-0	
16	Máquina de Cardioplegia		FIOS DE SUTURA COM AG. CILINDRICA			9	Nylon - Mononylon 4-0	
17	Máquina de Circ Extracorp		1			10	Nylon - Mononylon 5-0	
18	Máquina de TCA		2			11	Nylon - Mononylon 6-0	
19	Microscópio Cirúrgico		3			12	Poliglactina - Vicryl 3-0	
20	Monitor de ECG		4			13	Poliglactina - Vicryl 4-0	
21	Oxímetro de Pulso		5			14	Poliglactina - Vicryl 5-0	

22	Ressectoscopia		6				
23	Serra Elétrica p/estamostomia		7				
24	Tensiômetro		8				

## EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

		<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>ENDEREÇO:</b>	( ) Residência ( ) Outra Unidade Hospitalar ( ) Centro Cirúrgico ( ) Enfermaria			
		<b>TURNO: MANHÃ</b>	<b>LEITO:</b>	
<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO:</b>				
<b>DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO:</b>				
<b>CONDIÇÕES:</b>				
<b>SÍNDROME CLÍNICA ATUAL:</b>				
<b>VITAIS:</b>	FC:	PA:	SatO2:	
<b>RESPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA:</b>				
<b>RESPIRAÇÃO PULMONAR:</b>				
<b>RESPIRATÓRIO:</b>				
<b>TERAPIA:</b> ( ) SIM ( ) NÃO TIPO:				
<b>TIPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA:</b> ( ) NÃO-INVASIVA ( ) INVASIVA				
<b>PARÂMETROS DE VENTILAÇÃO E PARÂMETROS:</b>				
<b>RESPIRAÇÃO MOTORA:</b>				
IMS:	Avaliação do dor (Escala EVA):			

<b>INDICACIONES:</b>				<b>RECUSOU ATENDIMENTO</b>
<b>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA</b>		<b>FISIOTERAPIA MOTORA</b>		
Exercícios de Higiene Brônquica		Alongamentos		Exercícios Metabólicos
Exercícios de Reexpansão Pulmonar		Posicionamento no leito		Mobilização Passiva
Exercícios Respiratórios		Exercícios Ativos		Exercícios Resistidos
Exercícios Muscular Inspiratório		Sedestação no leito		Sedestação na poltrona
Exercícios de Traqueal/VAS		Cicloergometria		Deambulação
Outros:		Outros:		

<b>INDICACIONES:</b>				
----------------------	--	--	--	--




**CONTROLE DE CUIDADOS:**

<b>CURATIVOS</b>	
<b>AVP TROCADO</b>	
<b>CVC</b>	
<b>SVD</b>	
<b>BANHOS NO LEITO</b>	
<b>LEITOS EVOLUIDOS</b>	

**CHECKLIST DO SETOR**

ITEM	QNT.RECEBIDA	QNT.ENTREGUE	EMPRÉSTIMOS			
			ITEM	SETOR	ENTREGUE PARA	RECEBIDO POR
CARRO DE EMERGENCIA						
DESFIBRILADOR						
GLICOSÍMETRO						
ESTETOSCOPIO						
TERMÔMETRO						
BALA DE O <sup>2</sup>						
PSICOBIX						
OXIMETRO						
BOMBA INFUSÃO						
ESFIGMOMANOMETRO						
KIT.LARINGOSCÓPIO						

## SUMÁRIO DE ALTA

### 1. Identificação do Paciente

Nome completo \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

### 2. Admissão

Data/hora internação: \_\_\_\_\_ Data/hora saída: \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico inicial: \_\_\_\_\_

4. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizado:

---

Médico/Cirurgião responsável: \_\_\_\_\_

5. Aplicação de Prótese, Órtese ou Material de síntese:

Sim  Não

6. Condições da Alta/Saída da Internação:

Alta Médica  Transferido outra unidade  Óbito  Outro, qual? \_\_\_\_\_

7. Instruções relativas ao acompanhamento pós Alta:

- Orientações gerais quanto ao diagnóstico e prognóstico
- Retorno com 15 dias
- Receita
- Atestado médico
- Orientação quanto a carga do membro
- Retirar pontos com 15 dias

São Luís - MA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico assistente - CRM





## HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DO MARANHÃO

RUA CATANHEDE, QD:44, N:33, JARDIM ELDORADO, SÃO LUÍS – MA, CEP: 65067-220

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:
SETOR:	LEITO:	DATA DA INTERNAÇÃO:
HIPOTESE DIAGNÓSTICA:		
JUSTIFICATIVA DE USO:		
ANTIBIÓTICOS:		
<input type="checkbox"/> AMPICILINA/SUBACTAM 1+0,5g		
<input type="checkbox"/> AMICACINA 250mg/ml - 2ml		
<input type="checkbox"/> CEFALOTINA 1G		
<input type="checkbox"/> CEFAZOLINA 1G		
<input type="checkbox"/> CEFEPIME ( )1G ( )2G		
<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1G		
<input type="checkbox"/> CLARITROMICINA 500mg		
<input type="checkbox"/> CLINDAMICINA 600mg		
<input type="checkbox"/> CIPROFLOXACINO 200mg/100ml OU _____mg		
<input type="checkbox"/> FLUCONAZOL 200mg/100ml OU _____mg		
<input type="checkbox"/> GENTAMICINA 40mg/ml - 2ml		
<input type="checkbox"/> LEVOFLOXACINO 500mg/ml		
<input type="checkbox"/> MEROPENEM ( )500mg ( )1G( )		
<input type="checkbox"/> METRONIDAZOL 5mg/ml - 100ml		
<input type="checkbox"/> MUPIROCINA 20mg/g - 15g		
<input type="checkbox"/> OXACILINA 500mg		
<input type="checkbox"/> PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4+0,5G		
<input type="checkbox"/> POLIMIXINA B 500.000 UI		
<input type="checkbox"/> TEICOPLAMINA ( )200mg ( )400mg		
<input type="checkbox"/> VANCOMICINA ( )500mg ( )1g		
<input type="checkbox"/> OUTROS _____		
OUTROS MEDICAMENTOS:		
<input type="checkbox"/> ALBUMINA 200g/l		
<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL		
<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B		
DOSE/VIA DE ADMINISTRAÇÃO:		CULTURA:
		<input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) EM ANDAMENTO
TEMPO DE USO PRETENDIDO:	DIAS:	USA DISPOSITIVO INVASIVO:
		<input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO QUAIS?
MÉDICO(A) SOLICITANTE/CARIMBO:		DATA DA SOLICITAÇÃO:
PARECER DO INFECTOLOGISTA DA CCIH ( ) LIBERADO ( ) INDEFERIDO		
JUSTIFICATIVA/SUGESTÕES/AJUSTES:		
_____		
_____		
_____		
_____		
ASSINATURA:		DATA:

**REGISTRO FARMACÊUTICO**

**OBSERVAÇÕES:**

---

---

---

---

**ASSINATURA:**

**DATA:**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
NANDA 2018-2020

Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Enf: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

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

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

**Assinatura e carimbo do Enfermeiro:**

---



### REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

**Nome:** \_\_\_\_\_

**SUS:** \_\_\_\_\_ **DN:** \_\_\_\_\_

**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Material:** ( ) Sangue ( ) Urina ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> LDL	<input type="checkbox"/> Fibrinogênio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VLDL	<input type="checkbox"/> Falcização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carimbo/assinatura			