



# Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

## ATO CONVOCATÓRIO

### COTAÇÃO Nº 877/2023

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 **01/11/2023 a 07/11/2023**, 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 Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa - CREAISPI, em São Luís/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.
2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **01/11/2023 a 07/11/2023**.
3. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** só aceitará cotações enviadas pela plataforma.
4. Os fornecedores deverão realizar cadastro através do endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras>.
5. As empresas proponentes só poderão enviar suas cotações pela plataforma após seja realizado o cadastro no endereço acima e desde que a empresa proponente esteja com toda a documentação exigida no certame ATUALIZADAS.
6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail [compras.ma@invisa.org.br](mailto:compras.ma@invisa.org.br), no horário das 08h às 17h, dentro do período para envio das propostas.
7. A empresa proponente deverá preencher todos os campos constantes na proposta de preço dentro da plataforma, **sob pena de desclassificação**.
- 7.1 Os valores unitários dos itens da proposta de preço deverão suportar despesas com o transporte dos produtos e/ou realização dos serviços, não podendo ser cobrado posteriormente despesas com frete.
8. As propostas de preços serão classificadas pelo **MENOR PREÇO GLOBAL**, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço todos os itens da cotação.
9. O pagamento pela aquisição dos produtos será realizado em até 30 (trinta) dias, **após seja realizada a entrega de todos os itens e/ou após a prestação de serviço**, observadas as disposições que se seguem.
- 9.1. A realização do pagamento fica condicionada à entrega de todos os itens da Ordem de Fornecimento e ao envio da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE**.

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

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

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

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

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

**12.1.** Em caso de Alteração de mudança de perfil, a unidade poderá fazer solicitações complementares para o fornecedor fazer as devidas entregas.

**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, 06 (seis) meses 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:

[Digite aqui]

**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, válidos na data de envio da proposta

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
- d) Certidões negativas de débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados;
- e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

**19.** A empresa vencedora deverá também enviar as certidões que comprovem regularidade fiscal da empresa, atualizadas, junto com a Nota Fiscal.

**20.** O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** verificará as propostas incluídas na plataforma, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

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

**22.** Em havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Ato Convocatório e que seu preço seja compatível com de mercado, esta poderá ser aceita.

**23.** Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como modelo, tipo, apresentação, dimensão e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.

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

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

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

[Digite aqui]



## Instituto Vida e Saúde

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

27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma.**
28. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.
29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.
30. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.
31. Se a **CONTRATADA**, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.
32. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.
33. O contrato é acessório ao principal (**CONTRATO DE GESTÃO nº 004/2018**) e futuros aditivos, que foram(em) realizados entre o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** e o Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Assim, se aquele contrato for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirá ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não ensejará nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica.
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, 01 de novembro de 2023.**

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



# Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

## Termo Referência

### 1. Quantidade estimada e especificações:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	010080	FICHA DE AGENDAMENTO MULTIPROFISSIONAL C/ 100 UNIDADES	BLOCO	300
2	010085	FICHA DE TERMO DE CIÊNCIA DO PACIENTE X/ 100 UNIDADES	BLOCO	40
3	008069	BLOCO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL ? 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	400
4	006942	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	80
5	004443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	80
6	004441	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE	BLOCO	400
7	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	90
8	004558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	90
9	008546	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA - 100 FOLHAS	BLOCO	90
10	008540	BLOCO PARA FICHA DE ATENDIMENTO - 100 FOLHAS	BLOCO	160
11	007118	BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	1000
12	007122	BLOCO SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	90
13	007152	CAPA DE PRONTUARIO, DEVE SER CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M <sup>2</sup> , OU MAIOR.	UNIDADE	24000
14	010081	CAPA PARA EXAMES C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24000
15	008635	FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - 100FLS	BLOCO	160
16	008636	FICHA DE CONTROLE DE FREQUENCIA DE PACIENTE - 100FLS	BLOCO	180
17	010082	FICHA DE DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	40
18	008637	FICHA DE EDUCAÇÃO FÍSICA - 100FLS	BLOCO	90
19	010083	FICHA DE PSICOMOTRICIDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA C/ 100 UNIDADES	BLOCO	40
20	008563	FICHA DE TERAPIA OCUPACIONAL - 100 FOLHAS	BLOCO	90
21	008634	FICHA PARA AVALIAÇÃO DE PILATES - 100FL	BLOCO	400
22	008639	FICHA PARA AVALIAÇÃO MUSICOTERAPIA	BLOCO	90
23	008638	FICHA PARA AVALIAÇÃO VENTOSATERAPIA - 100FLS	BLOCO	80
24	003040	RECEITUÁRIO AZUL (NOTIFICAÇÃO B)	BLOCO	15
25	010084	RECEITUÁRIO PARA GERIATRA - 15X21 CM C/ 100 UNIDADES	BLOCO	240

**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. 110.695.987-3, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXX**, situada **XXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA-CREAIPI**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	010080	FICHA DE AGENDAMENTO MULTIPROFISSIONAL C/ 100 UNIDADES	BLOCO	300
2	010085	FICHA DE TERMO DE CIÊNCIA DO PACIENTE X/ 100 UNIDADES	BLOCO	40
3	008069	BLOCO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL ? 100X 1 BRANCO E AZUL	BLOCO	400
4	006942	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO	BLOCO	80
5	004443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	80
6	004441	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA, FRENTE	BLOCO	400
7	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	90
8	004558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUARIO CONTROLADO.	BLOCO	90
9	008546	BLOCO PARA AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA - 100 FOLHAS	BLOCO	90
10	008540	BLOCO PARA FICHA DE ATENDIMENTO - 100 FOLHAS	BLOCO	160
11	007118	BLOCO RECEITUÁRIO 15 X 21 - BRANCO/AZUL	BLOCO	1000
12	007122	BLOCO SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR 100 X 1 - BRANCO/AZUL	BLOCO	90
13	007152	CAPA DE PRONTUARIO, DEVE SER CONFECCIONADA EM PAPEL TAMANHO 460 X 297MM COM GRAMATURA 290 G/M², OU MAIOR.	UNIDADE	24000
14	010081	CAPA PARA EXAMES C/ 100 UNIDADES	BLOCO	24000
15	008635	FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - 100FLS	BLOCO	160

16	008636	FICHA DE CONTROLE DE FREQUENCIA DE PACIENTE - 100FLS	BLOCO	180
17	010082	FICHA DE DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	40
18	008637	FICHA DE EDUCAÇÃO FÍSICA - 100FLS	BLOCO	90
19	010083	FICHA DE PSICOMOTRICIDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA C/ 100 UNIDADES	BLOCO	40
20	008563	FICHA DE TERAPIA OCUPACIONAL - 100 FOLHAS	BLOCO	90
21	008634	FICHA PARA AVALIAÇÃO DE PILATES - 100FL	BLOCO	400
22	008639	FICHA PARA AVALIAÇÃO MUSICOTERAPIA	BLOCO	90
23	008638	FICHA PARA AVALIAÇÃO VENTOSATERAPIA - 100FLS	BLOCO	80
24	003040	RECEITUÁRIO AZUL (NOTIFICAÇÃO B)	BLOCO	15
25	010084	RECEITUÁRIO PARA GERIATRA - 15X21 CM C/ 100 UNIDADES	BLOCO	240

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

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

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

## CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

## CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

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

## CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 877/2023/MA.

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

**1.2.** Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO**, inscrita no CNPJ nº **02.973.240/0001-06**, referente ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES**, firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

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

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

**2.1.** Certidões Negativas de Débitos Federais e Municipais da sede da 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 da unidade em que os materiais foram entregues e a informação de que a aquisição dos materiais corresponde ao Contrato de Gestão nº **04/2018/SES** celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

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

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

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

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



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

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

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

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o **Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa**, localizado na Rua 13, Cohab Anil I - São Luís/ MA, CEP: 65066780 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. Condição de Entrega:

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

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

5. Condição de Recebimento:

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

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

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

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

## **CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO**

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

2. A **CONTRATANTE** enviará, mensalmente, Ordem de Fornecimento a **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. 877/2023/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

**1.2.** Prestar os serviços gráficos com a impressão de material, de acordo com os modelos solicitados pela **CONTRATANTE** que seguem em anexo.

**1.3.** Proceder com a entrega do produto, mediante a solicitação por Ordem de Fornecimento enviada por e-mail ou de outra forma de interesse da **CONTRATANTE**;

**1.4.** Entregar os materiais em suas respectivas caixas originais, embalados e lacrados, sem avarias.

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório nº. 877/2023/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. 877/2023/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

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

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

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

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

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

2.1. O fornecimento do objeto do presente contrato não implica em vínculo

empregatício nem de exclusividade entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

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

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 877/2023/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 necessárias à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços, ou falhas ou irregularidades.

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

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

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

1. O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.
2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;

3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.
4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.
5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:
6. Na superveniência de caso fortuito, de força, maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;
7. Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.
8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.
9. Vencidos os 12 (doze) meses do prazo contratual, fica o mesmo rescindido automaticamente.

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

1. Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.
2. Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde Ja, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia àlide, 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 processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamada, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições

amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

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

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

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

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

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

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

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

**São Luís/MA, xx de xxxx de 2023.**

---

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

---

**CONTRATADA**  
**XXXXXXX**

**TESTEMUNHAS:**

---

**Nome:**  
**End.:**  
**CPF:**



---

**Nome:**




**End.:**



**CPF:**




# FORMULÁRIOS







  	
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>DATA:</b>	
<b>HORÁRIO:</b>	

  	
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>DATA:</b>	
<b>HORÁRIO:</b>	

  	
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>DATA:</b>	
<b>HORÁRIO:</b>	

  	
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>DATA:</b>	
<b>HORÁRIO:</b>	

  	
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>DATA:</b>	
<b>HORÁRIO:</b>	

  	
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>DATA:</b>	
<b>HORÁRIO:</b>	

**FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA**

**Nome Completo:**

**Nome Social:**

**Idade:**

**Data de Nascimento:**

**Prontuário:**

**Endereço:**

**TEL:**

**Profissão:**

**Cartão do SUS:**

**Médico Responsável:**

**Diagnóstico Médico:**

**Queixa Principal:**

**HDA/HPP:**

**Exame Físico:**

**Exames Complementares:**

**Tratamento Proposto:**



## FICHA MUSICOTERAPEUTICA

### Dados Pessoais

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

Apelido(s) \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço Bairro: \_\_\_\_\_

Telefones \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Quem indicou a musicoterapia? \_\_\_\_\_

A queixa

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

### Conversando sobre sonoridades e musicalidades

Estado Civil: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

No dia-a-dia convive em local:

a) barulhento    b) silencioso    c) mais ou menos

Conte um pouco: \_\_\_\_\_

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

Em que momentos você escuta música?

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

## OBSERVAÇÕES SONORAS DO MUSICOTERAPEUTA NO PROCESSO

Sons agradáveis, por que?

---

---

Sons desagradáveis, por quê?

---

---

Atualmente toca algum instrumento(s)?

---

---

Que instrumentos musicais agradam?

---

---

Algum instrumento incomoda?

---

---

Estilos, compositores, cantores, grupos preferidos:

---

---

Gosta de dançar?

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---



**Data da Avaliação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Profissional:** \_\_\_\_\_

Sessão 1 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 2- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 3- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 4- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 5- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 6- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 7- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 8- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 9- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 10- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

**REAVLIAÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Profissional:** \_\_\_\_\_

Sessão 1 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 2- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 3- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 4- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 5- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 6- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 7- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 8- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 9- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 10- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA - PILATES**

Nome:	Prontuário:
Nome Social:	Cartão SUS:
Data de Nascimento: / /	Sexo: ( )M ( )F
Peso:	Altura:

Profissão:

Diagnóstico médico:

Pratica atividade física? Sim ( ) Não ( )

Frequência:

Já conheceu ou praticou Pilates ? ( ) Sim ( ) Não

**ANTECEDENTES PESSOAIS E DE DOENÇAS ASSOCIADAS**

( ) Nega patologia	( ) Obesidade	( ) Osteoporose	( ) Artrose
( ) Cirurgia	( ) Etilismo	( ) Tabagismo	( ) Diabetes
( ) Nega patologia	( ) Fibromialgia	( ) Depressão	( ) Transt. Ansiedade

Tratamento anterior:	( ) NÃO ( ) SIM
	( ) Clínico :
	( ) Fisioterapêutico :
	( ) Cirúrgico :
	( ) Outros :

**QUEIXA PRINCIPAL**


**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**


**EXAMES COMPLEMENTARES**


**SINAIS E SINTOMAS ESPECIFICOS**

Irradiação	( ) MID (abaixo do joelho)	( ) MID (acima do joelho)
	( ) MIE (abaixo do joelho)	( ) MIE (acima do joelho)
	( ) Nega	
Fatores de piora DOR	( ) Esforço físico	( ) Repouso prolongado
	( ) Posição em pé	( ) Posição sentada
	( ) Nega	( ) Esporte







**SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL**  
**AVALIAÇÃO GERAL**

Data da Avaliação: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_

**I – Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
D. Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tempo de Seqüela: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Familiar ou responsável / grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Encaminhado(a) por: \_\_\_\_\_  
Exames realizados / Cirurgias realizadas / Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II – Aspectos Gerais de Saúde**

Número de quedas no último ano: \_\_\_\_ Não caiu (00) Não lembra (99)  
Média de pressão arterial: \_\_\_\_x\_\_\_\_ mmhg

**III – H.D.A.**

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

**IV – Aspectos Gerais da Capacidade Cognitiva e do Contexto Pessoal**

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

## V – Exame Funcional

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

## VI – Informações Complementares

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

Expectativa do cliente com relação ao tratamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VII – Parecer Terapêutico Ocupacional

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Terapeuta Ocupacional

**FICHA DE AVALIAÇÃO  
PIC**

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

Avaliador: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico Fisioterapêutico: \_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cirurgias Prévias: ( ) Não ( ) Sim  
Qual? \_\_\_\_\_

Uso de Medicamento: ( ) Não ( ) Sim  
Qual? \_\_\_\_\_

Terapias Prévias: ( ) Não ( ) Sim  
Qual? \_\_\_\_\_

Prática Integrativa Corporal Realizada  
\_\_\_\_\_

HDA (breve histórico do quadro clínico)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FISIOTERAPEUTA

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA DO PACIENTE**

**Data da Avaliação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Profissional:** \_\_\_\_\_

Sessão 1 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 2- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 3- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 4- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 5- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 6- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 7- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 8- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 9- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 10- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

**REAVLIAÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Profissional:** \_\_\_\_\_

Sessão 1 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 2- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 3- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 4- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 5- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 6- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 7- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 8- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 9- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 10- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

**PRONTUÁRIO Nº:** \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

**OBSERVAÇÃO:**



# CREAISPI

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA



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

Nome Completo:

Data de nascimento:

Prontuário:

Endereço:

Unidade de procedência:

Profissão:

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

IDADE

1 Qual é a sua idade?

- ( ) 60 à 70 anos<sup>0</sup>;  
( ) 75 à 85 anos<sup>1</sup>;  
( ) ≥ 85 anos<sup>3</sup>.

AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE

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

- ( ) Excelente, muito boa ou boa<sup>0</sup>;  
( ) Regular ou ruim<sup>1</sup>;

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

AVD Instrumental

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

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

- ( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz compras por outro motivo que não a saúde

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

- ( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde

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

- ( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde

Máximo 4 pts

AVD Básica

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

- ( ) Sim<sup>6</sup> ( ) Não

COGNIÇÃO

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

- ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não

8 Este esquecimento está piorando nos últimos meses?

- ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não

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

- ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não

HUMOR

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

- ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não

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

- ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não

MOBILIDADE

Alcance, preensão e pinça

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

- ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não

13 Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?

- ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não

Capacidade aeróbica e / ou muscular

14 Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?

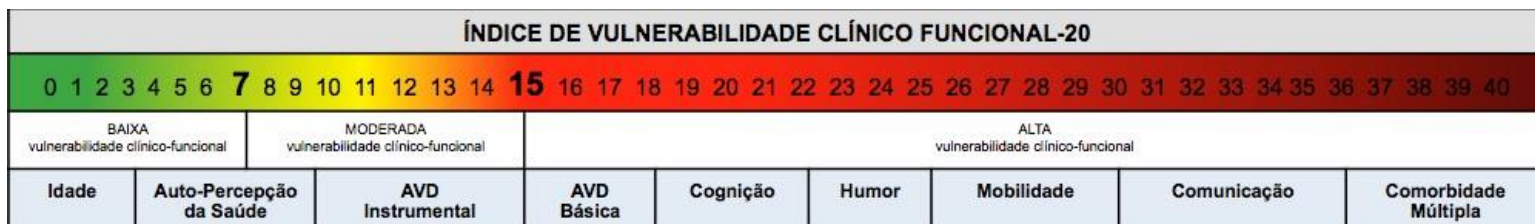
- Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano **ou** 6 kg nos últimos 6 meses **ou** 3 kg no último mês ( );
- Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( );
- Circunferência da panturrilha < 31 cm ( );
- Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( ).

- ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não

Máximo 2 pts

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

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



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

## ORIENTAÇÕES

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

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

**Assinatura e Conselho do Profissional responsável pelo preenchimento**

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

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA DO PACIENTE**

**Data da Avaliação:** \_\_/\_\_/\_\_

**Profissional:** \_\_\_\_\_

Sessão 1 - \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 2- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 3- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 4- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 5- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 6- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 7- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 8- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 9- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 10- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

**REAVALIAÇÃO:** \_\_/\_\_/\_\_

**Profissional:** \_\_\_\_\_

Sessão 1 - \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 2- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 3- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 4- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 5- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 6- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 7- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 8- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 9- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

Sessão 10- \_\_/\_\_/\_\_

ASS. \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que \_\_\_\_\_  
compareceu a consulta médica no período da \_\_\_\_\_ do dia de hoje,  
como acompanhante de \_\_\_\_\_.

CID: \_\_\_\_\_

São Luis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que \_\_\_\_\_  
compareceu a consulta médica no período da \_\_\_\_\_ do dia de hoje,  
como acompanhante de \_\_\_\_\_.

CID: \_\_\_\_\_

São Luis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo







**BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS**

BPC  AUXÍLIO BRASIL  APOSENTADORIA POR INVALIDEZ  APOSENTADORIA  PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE  OUTROS \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL****VÍNCULO**

INSS  
 ESTADUAL  
 FEDERAL  
 MUNICIPAL  
 PREVIDÊNCIA PRIVADA  
 SEM VÍNCULO

**NATUREZA DO VÍNCULO**

EMPREGADO  
 EMPREGADO DOMÉSTICO  
 TRABALHADOR AVULSO  
 CONTRIBUINTE INDIVIDUAL  
 SEGURADO ESPECIAL  
 SEGURADO FACULTATIVO

**SITUAÇÃO ATUAL**

ATIVO  
 APOSENTADO  
 DESEMPREGADO  
 PENSIONISTA  
 DEPENDENTE

**REDE DE REFERÊNCIA**

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

**IMUNIZAÇÃO COVID**

SIM  NÃO  
 1 DOSE  2 DOSE  DOSE DE REFORÇO

**EVOLUÇÃO SOCIAL**

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

\_\_\_\_\_  
ASSISTENTE SOCIAL



**SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

ADMISSÃO PSICOLÓGICA - IDOSO		DATA:	
NOME		PRONTUÁRIO	
RESPONSÁVEL LEGAL (QUANDO SE APLICAR)			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	TELEFONE
ORIGEM DA DEMANDA ( ) Espontânea ( ) Rotina ( ) Busca ativa ( ) Solicitação da equipe ( ) Outros .....			
<b>EXAME PSIQUICO</b>			
<b>ASPECTOS COGNITIVOS</b>			
CONSCIÊNCIA ( ) Lúcida ( ) Rebaixada		MEMÓRIA ( ) Normal ( ) Amnesia ( ) Agnosias ( ) Outros	
ORIENTAÇÃO ( ) Orientado (a) ( ) Desorientado (a)		ATENÇÃO ( ) Normal ( ) Déficit ( ) Exacerbação	
OBSERVAÇÕES			
<b>ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E AFETIVOS</b>			
CONTATO COM O ENTREVISTADOR ( ) Contatante ( ) Não Contatante		AUTOESTIMA ( ) Preservada ( ) Rebaixada ( ) Exacerbada	
PSICOMOTRICIDADE ( ) Normal ( ) Agitação ( ) Lentificação ( ) Estereotipias		SENSOPERCEÇÃO ( ) Normal ( ) Ilusões ( ) Alucinações ( ) outros	
PENSAMENTO ( ) Normal ( ) Confuso ( ) Delirante ( ) Outros		LINGUAGEM ( ) Normal ( ) Confusa ( ) Outros	
VOLIÇÃO / VONTADE ( ) Normal ( ) Impulsos ( ) Compulsões		CONDIÇÕES DO SONO ( ) Agitado ( ) tranquilo ( ) Insônia	
AFETIVIDADE ( ) Eutimia (humor normal) ( ) Humor depressivo ( ) Mania/Hipomania ( ) Medo ( ) Ansiedade ( ) Irritabilidade ( ) Labilidade ( ) Apatia ( ) Culpa ( ) Choro Fácil ( ) Outros			
OBSERVAÇÕES			
<b>OUTRAS MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS RELACIONADOS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO</b>			
( ) Desconfiança ( ) Fantasias ( ) Regressão ( ) frustração ( ) Impotência ( ) Insegurança ( ) dependência ( ) Conformismo ( ) Sensação de Abandono ( ) Afetuosidade ( ) Isolamento ( ) Esperança ( ) Adesão			

**AVALIAÇÃO DA POSTURA FAMILIAR OU DO CUIDADOR FRENTE DA PESSOA IDOSA E À EQUIPE**

ENTENDIMENTO DO DIAGNÓSTICO ( ) Sim ( ) Não	RELAÇÃO COM A EQUIPE ASSISTENCIAL ( ) cooperativa ( ) Não Participativa ( ) Conflituosa
ENTENDIMENTO DO TRATAMENTO ( ) Sim ( ) Não	REAÇÕES EMOCIONAIS OBSERVADAS ( ) Aceitação ( ) Negligencia ( ) Revolta ( ) Ansiedade
VÍNCULO COM O IDOSO ( ) Preservado ( ) Prejudicado	APOIO E CUIDADOS COM O IDOSO ( ) Adequado ( ) Inadequado

OBSERVAÇÕES:

**ANAMNESE PSICOLÓGICA RESUMIDA**

QUEIXA PRINCIPAL OU MOTIVO DA CONSULTA:

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

HISTÓRIA ATUAL:

HISTÓRIA PREGUESSA:

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

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

---

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

**FICHA DE ANAMNESE**

**NUTRIÇÃO**

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

**DADOS PESSOAIS:**

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

SEXO: ( )F ( )M

DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_

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

MORAM COMIGO \_\_\_\_\_ PESSOAS.

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_.

**META:**

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

**HISTÓRICO CLÍNICO FAMILIAR:**

( )DIABETES ( )HIPERTENSÃO ( )DOENÇAS CARDIOVASCULARES

( )OUTRAS:

PREGRESSA: \_\_\_\_\_

**DOENÇA ATUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SINAIS E SINTOMAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS ALIMENTARES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ULTIMO EXAME BIOQUÍMICO REALIZADO HÁ \_\_\_\_\_ MESES.**

**EXAMES BIOQUÍMICOS:**

**HEMOGRAMA COMPLETO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LIPIDIOGRAMA:**

**HDL \_\_\_\_\_ LDL \_\_\_\_\_ VLDL \_\_\_\_\_ TRIGLICERÍDIOS \_\_\_\_\_**

**HEMOGLOBINA GLICADA**

\_\_\_\_\_

**GLICEMIA JEJUM** \_\_\_\_\_

**TIROXINA** \_\_\_\_\_

**TEVE PERCA DE PESO RECENTE SIM( ) NÃO( ) QUANTO? \_\_\_\_\_, EM QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_**

**FAZ USO DE INSULINA SIM( ) NÃO( ) QUAL \_\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_**

**HÁ QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_.**

**HÁ DIABÉTICOS NA FAMÍLIA ( )SIM ( )NÃO QUEM: \_\_\_\_\_.**

**FUNCIONAMENTO INTESTINAL:** ( )NORMAL ( )PRESO QUANTAS FEZES AO DIA:\_\_\_\_\_.

**CONSISTENCIA:**

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

**HÁBITOS**

**ETILISMO:**

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

**QUANTIDADE:** \_\_\_\_\_

**FREQUENCIA:** \_\_\_\_\_

**TABAGISMO:** ( )SIM ( )NÃO QUANTIDADE:\_\_\_\_\_.

**HORAS DE SONO:**\_\_\_\_\_. **HORAS DE TRABALHO:**\_\_\_\_\_. **HORAS DE ESTUDO:**\_\_.









**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA**

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

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

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ ENCAMINHADO: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO PREGRESSO/ SAÚDE GERAL**

**LINGUAGEM**

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

( ) Apraxia ( ) Disartria ( ) Afasia \_\_\_\_\_

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

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

**MOTRICIDADE OROFACIAL**

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

Mandíbula ( ) Adequado ( ) Alterado \_\_\_\_\_

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

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

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

Sensibilidade: <u>Facial</u>	( ) Adequada	( ) Exacerbada	( ) Diminuída
<u>Intra-oral</u>	( ) Adequada	( ) Exacerbada	( ) Diminuída
<u>Paralisia facial</u>	( ) Ausente	Presente: ( ) Direita ( ) Esquerda	
<u>Assimetria</u>	( ) Ausente	Presente: ( ) Direita ( ) Esquerda	
Reflexos orais: ( ) Ausente ( ) Presente	( ) GAG ( ) Presente ( ) Ausente		

**AUDIÇÃO**

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

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

**VOZ**

Qualidade vocal: ( ) Rouca ( ) Áspera ( ) Tremula ( ) Soprosa Outro: \_\_\_\_\_

**TRIAGEM DE DISFAGIA**

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

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

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

Dependência: ( ) Assistida ( ) Supervisionada ( ) Independente

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

Tosse: ( ) Sim ( ) Não Refluxo Nasal: ( ) Sim ( ) Não Odinofagia: ( ) Sim ( ) Não

Sensação de alimento parado: ( ) Sim ( ) Não Dificuldade para mastigar: ( ) Sim ( ) Não

Complicações: ( ) Emagrecimento ( ) Desidratação ( ) Desnutrição

**Classificação:**

( ) Deglutição Normal ( ) Disfagia Orofaríngea Moderada

( ) Deglutição Funcional ( ) Disfagia Orofaríngea Severa

( ) Disfagia Orofaríngea Leve

**NECESSITA DE AVALIAÇÃO COM DIETA:** ( ) NÃO ( ) SIM

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA:**

**CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA**

Terapia e Gerenciamento Fonoaudiólogo: \_\_\_\_\_

Encaminhamentos:

Exames Complementares:

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
Fonoaudióloga(o) Responsável

## QUESTIONÁRIO SOBRE ESTADO DE SAÚDE

### 1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

Diagnósticos/Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_ Kg/h<sup>2</sup> PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

### 2. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA HABILIDADE FUNCIONAL

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

#### Higiene Pessoal:

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

#### Comunicação :

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

#### Atividades de Vida Prática:

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

#### Déficit Auditivo:

- Não ( ) Sim.

#### Déficit Visual:

- Não ( ) Sim.

#### Alterações Vasculares Periféricas:

Varizes: ( ) Sim ( ) Não

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

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

#### Alterações na Eliminação:

Urinária: Contínente ( ) Incontínente ( ) Disúria ( )

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

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

Uso de Medicamentos: ( ) Sim ( ) Não.

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

Observações:

### 3. HISTÓRICO MÉDICO

Data do último exame físico e/ou médico:

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

Pai  Mãe  Irmão(ã)  Avô/Avó

Marque as intervenções cirúrgicas que você tenha feito

Coluna  Coração  Articulação  Hérnia de disco  
 Rim  Pulmão  Olhos  Outra .....

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

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

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

Indique os sintomas, conforme segue:

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

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

### ANAMNESE PSICOPEDAGÓGICA

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( )F ( )M Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

**1- Queixa principal:**

---

---

---

---

**2- Histórico de doenças:**

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

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

Se sim qual: \_\_\_\_\_

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

Explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

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

Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7- **Quantas horas de sono por noite?**

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

8- **Você fuma?** ( ) não ( ) sim

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

Frequência:\_\_\_\_\_

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

Se sim- (nome e motivo):

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

Avaliador Responsável \_\_\_\_\_

Data da avaliação: /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_      Horário:\_\_\_\_\_

**Observações**

**Finais:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável



**PSICOMOTRICIDADE EDUCAÇÃO FÍSICA**

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

**Examinador:** \_\_\_\_\_

Formas de preenchimento nos resultados das avaliações:

Obs: Os resultados serão avaliados de forma numérica de 0 (zero) a 5 (cinco), onde:

0 - Realizou com alta dificuldade

1 - Realizou com dificuldade

2 - Realizou de forma regular

3 - Realizou dentro do esperado

4 - Realizou de forma positiva

5 - Realizou acima do esperado

PSICOMOTRICIDADE CONDUTAS OBSERVADAS		OBSERVAÇÃO
Coordenação	Diacocinesia	
	Pianotagem	
	Cópia	
Coordenação Global	Andar livremente	
	Pegar com as duas mãos	
	Arremessar com uma das mãos	
Equilíbrio Dinâmico	Trocar e jogar a bola	
	Andar em linha reta	
	Andar em linha curva	
	Andar com um pé na frente do outro	
Equilíbrio Estático	Ficar parado em pé	
	Manter-se em um pé	
	Manter-se on outro pé	
Dissociação	Abrir e fechar as mãos juntas	
	Abrir e fechar as mãos alternadas	
	Dissociação entre mão D e E	
	Dissociação entre mãos e pés	
Lateralidade	Simplex em si	
	Simplex em outro	
	Imitar gestos	
Predominância Lateral	Olhos	
	Pés	
	Mãos	
Esquema Corporal	Denominação em si	
	Denominação o outro	
	Orientação Espacial	A
		B
		C
		D
		E
		F
		Perto longe
	Posição no espaço	
	Relação	

	Noções de tempo	A
		B
		C
		D
		E
		F
		G
Ritmo	Próprio ritmo do idoso	A
	Ritmo lento e rápido	B
	Imitar batidas do examinador	C 1 2 3 4 5 6 7 8

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**NOME COMPLETO:** CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA IDOSA – CREAISPI.  
**CNES:** 2882671  
**CNPJ:** 05.997.585/0008-56  
**END:** RUA TREZE, COHAB ANIL IV, SÃO LUÍS - MA.  
**CEP:** 65052-050.

**1ª VIA FARMÁCIA**  
**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Prescrição:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Médico**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**Nome:** \_\_\_\_\_  
**Ident.:** \_\_\_\_\_ **Órgão Emissor:** \_\_\_\_\_  
**End.:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

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

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

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

MA	NÚMERO
----	--------

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

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

MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

MA	NÚMERO
----	--------

**B**

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE Nº: \_\_\_\_\_

ÓRG. EMISSOR: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Ref. Espec. de Atenção Integral  
a Saúde da Pessoa Idosa - CREAISPI  
CNES:2882671 - CNPJ: 05.997.585/0008-56  
Rua Padre Antônio Vieira, nº 13, Cohab  
Anil, São Luís - MA.

### MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÉUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

## RECEITUÁRIO

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

ENCAMINHO AO GERIATRA.

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

## RECEITUÁRIO

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

ENCAMINHO AO GERIATRA.

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