

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 0489/2024

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 **29/08/2024 a 03/09/2024**, 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 demanda anual do Hospital Dr Raimundo Alexandrino de Sousa Lima, 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 **29/08/2024 a 03/09/2024**.

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

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

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

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

6.1. Qualquer modificação introduzida no edital no mesmo período, será publicada no site oficial do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br>.

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.

7.2. No preço ofertado deverão estar inclusos todos os insumos que o compõem, tais como as despesas com impostos, taxas, descontos, e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto deste

Ato Convocatório.

7.3. Serão considerados inadequados e desta forma desclassificados os preços simbólicos, irrisórios, de valor zero ou incompatíveis (excessivos) com os praticados no mercado e com distorções significativas.

7.5. O preço será fixo e irreajustável durante o período de fornecimento.

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

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

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

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

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

9.4. Na ocorrência de rejeição da nota fiscal, motivada por erros ou incorreções, o prazo estipulado no item 10 passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação.

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 Dr. Raimundo Alexandrino de Sousa Lima**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508A, Monte Castelo, São Luís/MA - CEP: 65025-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 3304-5361.

12. A quantidade a ser entregue no hospital consta na plataforma de compras.

12.1 A quantidade solicitada foi estimada de acordo com as necessidades da **CONTRATANTE**, desta forma **os pedidos mensais podem sofrer variação de acordo com a demanda**. Poderão ser feitas solicitações complementares ou diminuição na quantidade dos itens solicitados 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 o cronograma de sua entrega.

14. Os itens, objeto deste edital, deverão atender às exigências mínimas de qualidade, observados os padrões e normas baixadas pelos órgãos competentes de controle de qualidade industrial – ABNT, INMETRO, etc., atentando-se o proponente, principalmente, para as prescrições contidas no art. 39, inciso VIII, da Lei Federal n.º 8.078/90, que instituiu o Código de Defesa do Consumidor – CDC.

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 das normas da ABNT e do INMETRO, atendendo aos seguintes critérios:

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

16.2. Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições exigidas.

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

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

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
- d) Certidões negativas de débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados, válidas na data da proposta;

- e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
- g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

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

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

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

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

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

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

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

26. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma**.

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

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

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

30. Se a **CONTRATADA**, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente,

desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.

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

32. 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.

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

anos

Santo Antônio de Pádua/RJ, 29 de agosto de 2024.

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



TERMO DE REFERÊNCIA

1. Quantidade estimada e especificações

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QTD ESTIMADA
1	010378	ALTA VIGILÂNCIA (VERMELHA) - 126 ETIQUETAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
2	010379	BALANÇO UCI - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
3	010380	BOLETIM POSTOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
4	010382	CHECK LIST CVC - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
5	010383	CHECK LIST CVD - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
6	010381	CHECK LIST DE AVALIAÇÃO LESÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
7	010384	CHECK LIST DIÁRIO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
8	010385	CHECK LIST DIÁRIO - POSTO A - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
9	010387	CHECK LIST DIÁRIO - POSTO B - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
10	010388	CHECK LIST DIÁRIO - UCI - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
11	010389	CHECK LIST PARA ENTREGA DE CÓPIAS DE EXAMES E PRONTUÁRIOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
12	010390	CHECK LIST SHILLEY - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
13	010391	CHECK LIST TRANSFERÊNCIA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
14	010394	CLOREXIDINA AQUOSA - 36 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
15	010392	CONTROLE CARRO DE EMERGÊNCIA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
16	010393	CONTROLE DE CULTURAS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
17	010395	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
18	010396	DECLARAÇÃO DE OPÇÃO CTPS DIGITAL - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
19	010397	DOSADORES DE ÁLCOOL - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
20	010399	ETIQUETA ÁLCOOL 70% - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
21	010401	ETIQUETA CLORETO POTÁSSIO 10% (PRETA) - 128 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA /A4	UNIDADE	50
22	010402	ETIQUETA DE CLOREXIDINA DEGERMANTE - 36 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
23	010403	ETIQUETA ESTABILIDADE HEPARINA 5ML - 66 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
24	010404	ETIQUETA ESTABILIDADE USO INDIVIDUAL - 40 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
25	010405	ETIQUETA INSULINA NPH - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
26	010406	ETIQUETA INSULINA REGULAR - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
27	010407	ETIQUETA SEPARAÇÃO ANTIMICROBIANO - 6 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
28	010408	ETIQUETA VALIDADE MULTIDOSE - 88 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
29	010398	ETIQUETAS PRÉ VENCIDOS (AMARELA) - 94 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	50
30	008539	FICHA DE ADMISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL - 100 FOLHAS	BLOCO	13
31	010410	FICHA DE ADMISSÃO E AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
32	010412	FICHA DE AVALIAÇÃO DE PELE E COBERTURAS FERIDAS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
33	010432	FICHA DE SINAIS VITAIS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
34	010460	FICHA OUVIDORIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	12

35	010413	FOLDER ORIENTAÇÕES NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
36	010414	FOLHA DE EVOLUÇÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
37	010415	FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
38	010416	LAUDO COVID ANTIGENO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
39	010417	LAUDO POSITIVO E NEGATIVO HIV E HEPATITE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
40	010418	LISTA DE FREQUÊNCIA TREINAMENTOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	100
41	010419	MAPA DE GERENCIAMENTO ODONTOLÓGICO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
42	010420	MUDANÇA DE DECÚBITO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
43	010421	PEDIDOS MATERIAIS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
44	010459	PESQUISA DE SATISFAÇÃO OUVIDORIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	12
45	010422	PLANILHA DE CONTROLE DIÁRIO EVOLUÇÃO FÍSIO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
46	010423	PROTOCOLO DE FRACIONAMENTO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
47	010424	REGISTRO DE CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
48	010425	REGISTRO DE CONTROLE DE TEMPERATURA E AMBIENTE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
49	010427	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM POSTOS - LIVRO 70 PÁGS. FRENTE/VERSO	UNIDADE	24
50	010426	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM UCI - LIVRO 70 PÁGS. FRENTE/VERSO	UNIDADE	12
51	010428	RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
52	010430	RELATÓRIO DE SUPERVISÃO ADMINISTRATIVA - LIVRO 80 PÁGS. FRENTE/VERSO	UNIDADE	12
53	010429	RELATÓRIO FARMACÊUTICO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
54	010431	REQUERIMENTO DE FÉRIAS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
55	010433	SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
56	010434	SOLICITAÇÃO DE CÓPIAS DE EXAMES E PRONTUÁRIOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
57	010435	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL POSTOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
58	010436	SOLICITAÇÃO HEMOCOMPONENTES - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
59	010437	TERMO DE CIÊNCIA PARA ACOMPANHANTES - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
60	010438	TERMO DE RESPONSABILIDADE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
61	010439	TERMO DE TROCA DE PLANTÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
62	010440	TERMO DE VALE TRANSPORTE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
63	010441	TRATATIVA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12



ANEXO I

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

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guariatans, 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 **XXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX**, situada **XXXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL Dr RAIMUNDO ALEXANDRINO DE SOUSA LIMA, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES**, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QTD ESTIMADA
1	010378	ALTA VIGILÂNCIA (VERMELHA) - 126 ETIQUETAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
2	010379	BALANÇO UCI - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
3	010380	BOLETIM POSTOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
4	010382	CHECK LIST CVC - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
5	010383	CHECK LIST CVD - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
6	010381	CHECK LIST DE AVALIAÇÃO LESÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
7	010384	CHECK LIST DIÁRIO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
8	010385	CHECK LIST DIÁRIO - POSTO A - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
9	010387	CHECK LIST DIÁRIO - POSTO B - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
10	010388	CHECK LIST DIÁRIO - UCI - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
11	010389	CHECK LIST PARA ENTREGA DE CÓPIAS DE EXAMES E PRONTUÁRIOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
12	010390	CHECK LIST SHILLEY - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
13	010391	CHECK LIST TRANSFERÊNCIA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
14	010394	CLOREXIDINA AQUOSA - 36 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
15	010392	CONTROLE CARRO DE EMERGÊNCIA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12

16	010393	CONTROLE DE CULTURAS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
17	010395	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
18	010396	DECLARAÇÃO DE OPÇÃO CTPS DIGITAL - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
19	010397	DOSADORES DE ÁLCOOL - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
20	010399	ETIQUETA ÁLCOOL 70% - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
21	010401	ETIQUETA CLORETO POTÁSSIO 10% (PRETA) - 128 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA /A4	UNIDADE	50
22	010402	ETIQUETA DE CLOREXIDINA DEGERMANTE - 36 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
23	010403	ETIQUETA ESTABILIDADE HEPARINA 5ML - 66 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
24	010404	ETIQUETA ESTABILIDADE USO INDIVIDUAL - 40 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
25	010405	ETIQUETA INSULINA NPH - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
26	010406	ETIQUETA INSULINA REGULAR - 60 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
27	010407	ETIQUETA SEPARAÇÃO ANTIMICROBIANO - 6 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	100
28	010408	ETIQUETA VALIDADE MULTIDOSE - 88 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	60
29	010398	ETIQUETAS PRÉ VENCIDOS (AMARELA) - 94 ETIQUETAS ADESIVAS POR FOLHA/A4	UNIDADE	50
30	008539	FICHA DE ADMISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL - 100 FOLHAS	BLOCO	13
31	010410	FICHA DE ADMISSÃO E AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
32	010412	FICHA DE AVALIAÇÃO DE PELE E COBERTURAS FERIDAS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
33	010432	FICHA DE SINAIS VITAIS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
34	010460	FICHA OUVIDORIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	12
35	010413	FOLDER ORIENTAÇÕES NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
36	010414	FOLHA DE EVOLUÇÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
37	010415	FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	13
38	010416	LAUDO COVID ANTIGENO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
39	010417	LAUDO POSITIVO E NEGATIVO HIV E HEPATITE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
40	010418	LISTA DE FREQUÊNCIA TREINAMENTOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	100
41	010419	MAPA DE GERENCIAMENTO ODONTOLÓGICO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
42	010420	MUDANÇA DE DECÚBITO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
43	010421	PEDIDOS MATERIAIS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
44	010459	PESQUISA DE SATISFAÇÃO OUVIDORIA, BLOCO C/ 100 UNIDADES	BLOCO	12
45	010422	PLANILHA DE CONTROLE DIÁRIO EVOLUÇÃO FÍSIO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
46	010423	PROTOCOLO DE FRACIONAMENTO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
47	010424	REGISTRO DE CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
48	010425	REGISTRO DE CONTROLE DE TEMPERATURA E AMBIENTE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
49	010427	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM POSTOS - LIVRO 70 PÁGS. FRENTE/VERSO	UNIDADE	24
50	010426	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM UCI - LIVRO 70 PÁGS. FRENTE/VERSO	UNIDADE	12
51	010428	RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12

52	010430	RELATÓRIO DE SUPERVISÃO ADMINISTRATIVA - LIVRO 80 PAGS. FRENTE/VERSO	UNIDADE	12
53	010429	RELATÓRIO FARMACÊUTICO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
54	010431	REQUERIMENTO DE FÉRIAS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
55	010433	SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
56	010434	SOLICITAÇÃO DE CÓPIAS DE EXAMES E PRONTUÁRIOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
57	010435	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL POSTOS - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
58	010436	SOLICITAÇÃO HEMOCOMPONENTES - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
59	010437	TERMO DE CIÊNCIA PARA ACOMPANHANTES - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
60	010438	TERMO DE RESPONSABILIDADE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
61	010439	TERMO DE TROCA DE PLANTÃO - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
62	010440	TERMO DE VALE TRANSPORTE - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12
63	010441	TRATATIVA - BLOCO 100 FOLHAS	BLOCO	12

1.2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Dr Raimundo Alexandrino de Sousa Lima**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508A, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65025-000.

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

1.4. A compra dos materiais será realizada de acordo com a necessidade da Unidade de Saúde, sendo as quantidades definidas acima mera estimativa podendo sofrer variações para mais e/ou para menos e serão fornecidas após o recebimento da Ordem de Fornecimento (documento expedido pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o fornecimento em quantidade, prazo e local definidos pela **CONTRATANTE**).

1.5. 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.

1.6. Nos casos em que houver a necessidade de aquisição em número superior ao previamente definido na quantidade estimada, em razão da demanda e urgência na Unidade de Saúde, a **CONTRATANTE** enviará Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** que deverá realizar a entrega dos materiais no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do recebimento da Ordem de Fornecimento.

1.7. Havendo necessidade de realizar compra acima da quantidade estimada, a **CONTRATANTE** pagará os valores especificados na Proposta Comercial enviada pela **CONTRATADA** através da Cotação de Preços nº 0489/2024/MA, que rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, podendo a **CONTRATANTE** negociar novo valor com a **CONTRATADA** devido ao aumento na quantidade a ser comprada.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

2.1. 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 solidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

2.2. 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;

2.3. 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;

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

3.1. 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

4.1. 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 0489/2024/MA.

4.2. 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.

4.3. 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**.

4.4. 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.

4.5. 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:

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

4.5.2. 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;

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

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

4.6. 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.

4.7. 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

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

4.9. 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

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. O local de entrega do objeto deste contrato será o **Hospital Dr. Raimundo Alexandrino de Sousa Lima**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508A, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65025-000, ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

5.4. Condição de Entrega:

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

5.4.2. 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.

5.5. Condição de Recebimento:

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

5.5.2. 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.

5.6. 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.

5.7. 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

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

7.1.1. 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;

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

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

7.1.4. Advertência;

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

7.2. 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.

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

7.4. 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

8.1. 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:

8.1.1. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 0489/2024/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

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

8.1.3.

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**;

8.1.4. Entregar os materiais em suas respectivas caixas originais, embalados e lacrados, sem avarias. 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. 0489/2024/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

8.1.5. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

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

8.1.12. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 0489/2024/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

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

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

8.2. 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;

8.3. 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.

8.4. 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**.

8.5. 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

9.1. 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 0489/ 2024/ MA.

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

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

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

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

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

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

9.8. Comunicar por escrito à **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

9.9. 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

10.1. 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

11.1. 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.

11.2. 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;

11.3. 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.

11.4. 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.

11.5. O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:

11.6. 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;

11.7. Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.

11.8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estadoda 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

12.2. 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.

12.3. 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**.

12.4. 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.

12.5. 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**.

12.6. 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

13.1. 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

14.1. 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.

Santo Antônio de Pádua, xx de xxxxx de xxxx.

BRUNO SOARES RIPARDO
INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
CONTRATANTE

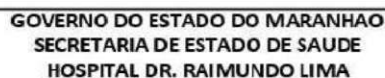
XXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA



MODELO DOS FORMULÁRIOS



[illegible]



DATA DE NASC.: _____

DATA: / /

UCI : _____

[illegible]



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DR. RAIMUNDO LIMA



PACIENTE: _____ IDADE: _____
DIAGNÓSTICO: _____ LEITO: _____

DATA: ____/____/____
UCI : _____

[illegible]

Setor: Posto A Data:
FONTE: Dados coletados e compilados pelo NSP

INDICADORES DE SEGURANÇA	HORÁRIO	STATUS	OBSERVAÇÃO
Pulseira de Identificação	MANHÃ		
Placa beira leito	MANHÃ		
Pulseira de risco de queda	MANHÃ		
Pulseira de alergia	MANHÃ		
Paciente/ acompanhante orientado sobre riscos?	MANHÃ		
As infusões estão identificadas?	MANHÃ		
Acesso venoso sem sinais de flebite/ flogísticos?	MANHÃ		
Acessos identificados?	MANHÃ		
Lesão por pressão	MANHÃ		

BOLETIM DIÁRIO

Setor: Posto B Data:
FONTE: Dados coletados e compilados pelo NSP

INDICADORES DE SEGURANÇA	HORÁRIO	STATUS	OBSERVAÇÃO
Pulseira de Identificação	MANHÃ		
Placa beira leito	MANHÃ		
Pulseira de risco de queda	MANHÃ		
Pulseira de alergia	MANHÃ		
Paciente/ acompanhante orientado sobre riscos?	MANHÃ		
As infusões estão identificadas?	MANHÃ		
Acesso venoso sem sinais de flebite/ flogísticos?	MANHÃ		
Acessos identificados?	MANHÃ		
Lesão por pressão	MANHÃ		

BOLETIM DIÁRIO

Setor: Posto UCI Data: FONTE:
Dados coletados e compilados pelo NSP

INDICADORES DE SEGURANÇA	HORÁRIO	STATUS	OBSERVAÇÃO
Pulseira de Identificação	MANHÃ		
Placa beira leito	MANHÃ		
Pulseira de risco de queda	MANHÃ		
Pulseira de alergia	MANHÃ		
Paciente/ acompanhante orientado sobre riscos?	MANHÃ		
As infusões estão identificadas?	MANHÃ		
Acesso venoso sem sinais de flebite/ flogísticos?	MANHÃ		
Acessos identificados?	MANHÃ		
Lesão por pressão	MANHÃ		

SETOR		UNIDADE	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome			
Nome Social			
Data De Nascimento		Idade	Sexo
Data da Inserção	Hora	Tipo de Dispositivo	
Médico responsável pelo procedimento			
Enfermeiro Responsável pelo Checklist de Inserção			
INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL			
() Paciente sem real condição de acesso venoso periférico (venoclise)			
() Necessidade de monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central)			
() Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados			
() Acesso imediato para terapia dialítica			
() Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si			
() Administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica			
CHECKLIST DE INSERÇÃO DO CATETER			
MEDIDAS PREVENTIVAS		CONFORME	NÃO CONFORME
Médico realizou correta higienização das mãos			
Médico NÃO está usando adornos nas mãos			
Médico paramentado			
Equipe paramentada (enfermeiro, técnico)			
Antissepsia com clorexidina degermante 2%			
Antissepsia com clorexidina alcoólica (Duração de 30 segundos e secagem espontânea)			
Utilizado precaução máxima de barreira			
Tentativa única de punção			
Local de punção (não utilizar veia femoral como 1ª escolha)	1º Escolha:		
Fixação adequada da sutura			
Protetores colocados nos lúmens do cateter			
Primeiro curativo realizado pelo médico			
BUNDLE FINAL		POSITIVO ()	NEGATIVO ()
Confirmado posicionamento do cateter (Raio-X de tórax)			
Intercorrências durante procedimento:			
Observações:			
Data da remoção do cateter:			
Motivo da remoção do cateter:			
Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem utilização da barreira máxima devem ser trocados em até 48h			

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VENOSO

Dias de cateter	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Fixação Segura do Cateter																														
Ausência de sinais flogísticos																														
Sítio de inserção protegido																														
Curativo limpo																														
Curativo atualizado																														
Polifix protegido e sem sujidade																														
Necessidade de manter o Cateter																														
Assinatura do Enfermeiro																														
Data																														

ORIENTAÇÕES

Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias

Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida

Realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e *ports* de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos, antes da administração de medicamentos

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

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

Dias de cateter	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Fixação correta																														
Bolsa coletora com no máximo 2/3 da capacidade																														
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga																														
Proteção no dispositivo de drenagem																														
Região periuretral higienizada																														
Necessidade de manter o cateter																														
Assinatura do Enfermeiro																														
Data																														

ORIENTAÇÕES

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

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

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

NOME: _____ DN: ____/____/____ LEITO: _____

CHECK LIST PARA AVALIAÇÃO DE LESÃO DE PELE (LPP/ UV/ CVC)

Características da lesão e da área adjacente

- a) **Dimensão da ferida: em centímetros (aproximado)**
 b) **Tipo de lesão:**
 LPP= Lesão Por Pressão UV= Ulcera Venosa CVC= Cateter Venoso Central c)

Conteúdo bacteriano:

L = Limpas: feridas em condições assépticas, sem micro-organismos;

I = Infectadas: feridas com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo apresentar exsudato

d) **Característica do tecido:**

N = Necrose G = Granulado H= Hiperemia

E = Epitelizado D = Desvitalizado

e) **Característica do Exsudato:**

S = Seroso P = Purulento

SG = Sanguinolento SP = Seropurulento

f) **Quantidade de Exsudato:**

N = Nenhum M = Médio

P = Pouco G = Grande g) **Periferida:**

I = Integra EZT= Eczetema F= FIBROTICA

ERT= Eritema MCR= Macerada DCT= Descamativa h) **Dor:**

L = Dor limitada ao local da ferida

D = Difusa – dor em toda a área adjacente à ferida

i) **Camada tecidual :**

I= Integra ID= Indeterminada EPD= Epiderme

D= Derme SBC= Subcutanea

MCL= Muscular VC= Vasos

Centrais

Conduta:

DM = Desbridamento Mecânico

Marca a area

da lesão abaixo:

AGE

SP = Sulfadiazina de prata

P = Papaina

H = Hidrogel

HC = Hidrocoloide

AC = Alginato de cálcio

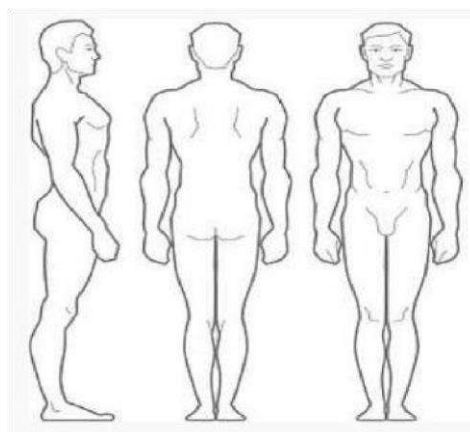
AP = Alginato de Prata

HX = Polihexam/PHMB

CA = Clorexidina Alcoólica

SF = Soro Fisiológico

C = Colagenase



NOME:_____ **DN:** /____/____

CHECK LIST PARA AVALIAÇÃO DE LESÃO DE PELE (LPP/ UV/ CVC)

[illegible]



SETOR: () UCI () POSTO A () POSTO B

[illegible]

ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL



	CHECK LIST DIÁRIO								
	SETOR: POSTO B								
	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
TROCA ALMOTOLIAS									
DESINFECÇÃO GAVETEIROS									
DESINFECÇÃO DEPÓSITOS PLÁSTICOS									
DESINFECÇÃO BOMBA INFUSÃO									
DESINFECÇÃO PASTAS DE PRONTUÁRIOS									
DESINFECÇÃO TENSIOMETRO									
DESINFECÇÃO GLICOSIMETROS									
DESINFECÇÃO DE ESTETOSCOPIO									
DESINFECÇÃO TERMOMETROS									
DESINFECÇÃO BRAÇADEIRA									
DESINFECÇÃO ESFIGMOMANÔMETRO									
MESINHA DE CABECEIRA DO PACIENTE									
SUPORTE DE SORO									
DESINFECÇÃO OXIMETRO									
OBS.:									
ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL									



SETOR: () UCI

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

	/	/
--	---	---

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

TROCA ALMOTOLIAS

DESINFECÇÃO GAVETEIROS

DESINFECÇÃO DE PÓSITOS PLÁSTICOS

DESINFECÇÃO DO CARDIOVERSOR

DESINFECÇÃO DE CARRO DE PARADA

DESINFECÇÃO BOMBA INFUSÃO

DESINFECÇÃO PASTAS DE PRONTUÁRIOS

DESINFECÇÃO LARINGOSCOPIO/LÂMINAS

DESINFECÇÃO CARRINHO DE CURATIVO

DESINFECÇÃO TENSÍMETRO

DESINFECÇÃO GLICOSIMETROS

DESINFECÇÃO MONITORES

DESINFECÇÃO DE ESTETOSCOPIO

DESINFECÇÃO RESPIRADORES

DESINFECÇÃO TERMOMETROS

DESINFECÇÃO BRAÇADEIRA

DESINFECÇÃO ESFIGMOMANÔMETRO

SUPORE DE SORO

MESINHA DE CABECEIRA

DESINFECÇÃO OXIMETRO

OBS.:

ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

CHECK LIST PARA ENTREGA DE CÓPIAS:

EXAMES () PRONTUÁRIO ()

DATA DA ENTREGA: ____/____/____

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____, **ENFERMARIA:** _____, **LEITO:** _____

() Resumo de Alta Médica

() Todas as Evoluções. (Serviço Social, Médicos, Tec. De Enfermagem, Enfermeiros, Psicologia, Fisioterapia e Nutrição).

() Requisição de Parecer

() Ecocardiograma

() Eletrocardiograma

() Ultrassonografia

() Cateterismo

() Doppler

() Tomografia

() Ressonância

() Mapa

() Holter

() Teste ergométrico

() Endoscopia

() Colonoscopia

() Cinecoronariografia

() Teste de COVID 19

() Exames de laboratório

Outros: _____

Exames Particulares: _____

Observações:

Recebido por: _____

SETOR		UNIDADE	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome			
Nome Social			
Data De Nascimento		Idade	Sexo
Data da Inserção	Hora	Tipo de Dispositivo	
Médico responsável pelo procedimento			
Enfermeiro Responsável pelo Checklist de Inserção			
INDICAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL			
() Paciente sem real condição de acesso venoso periférico (venóclise)			
() Necessidade de monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central)			
() Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados			
() Acesso imediato para terapia dialítica			
() Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si			
() Administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica			
CHECKLIST DE INSERÇÃO DO CATETER			
MEDIDAS PREVENTIVAS		CONFORME	NÃO CONFORME
Médico realizou correta higienização das mãos			
Médico NÃO está usando adornos nas mãos			
Médico paramentado			
Equipe paramentada (enfermeiro, técnico)			
Antissepsia com clorexidine degermante 2%			
Antissepsia com clorexidine alcóolica (Duração de 30 segundos e secagem espontânea)			
Utilizado precaução máxima de barreira			
Tentativa única de punção			
Local de punção (não utilizar veia femoral como 1ª escolha)	1º Escolha:		
Fixação adequada da sutura			
Protetores colocados nos lúmens do cateter			
Primeiro curativo realizado pelo médico			
BUNDLE FINAL		POSITIVO ()	NEGATIVO ()
Confirmado posicionamento do cateter (Raio-X de tórax)			
Intercorrências durante procedimento:			
Observações:			
Data da remoção do cateter:			
Motivo da remoção do cateter:			
Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem utilização da barreira máxima devem ser trocados em até 48h			

CHECKLIST DE MONITORAMENTO DIÁRIO DO CATETER VENOSO

Dias de cateter	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Fixação Segura do Cateter																														
Ausência de sinais flogísticos																														
Sítio de inserção protegido																														
Curativo limpo																														
Curativo atualizado																														
Polifix protegido e sem sujidade																														
Necessidade de manter o Cateter																														
Assinatura do Enfermeiro																														
Data																														

ORIENTAÇÕES

Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias

Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida

Realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e *ports* de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos, antes da administração de medicamentos

CHECK LIST de Transferência

DATA:

Entrevista		Data:
Nome:	Data de nascimento:	
Idade: Sexo: () M () F	Estado civil:	
Prática religiosa:	Escolaridade/profissão:	
Tipo de entrevista: () coleta com familiares (NOME): _____ () relato do paciente		
Data da admissão:		
Diagnostico de Internação:		
Antecedentes pessoais e clínicos		
Hipertensão arterial: Sim () Não () - Diabetes: Sim () Não () - Tabagismo: Sim () Não ()		
Etilismo: Sim () Não () - Alergia: Sim () Não () - Neoplasia: Sim () Não ()		
Acidente vascular encefálico: Sim () Não ()		
Medicamentos em uso: Sim () Não () Quais? _____		
Cirurgias anteriores: Sim () Não () Quais? _____		
Tipagem sanguínea: _____		
Já utilizou hemocomponentes? () Sim () Não Apresentou reação transfusional? Sim () Não ()		
Dispositivos invasivos		
CVC () sim () não Local:	Data de inserção:	
AVP () sim () não Local:	Data de inserção:	
PAM () sim () não Local:	Data de inserção:	
Cateter de Shiley () sim () não Local:	Data de inserção:	
Dreno () sim () não Local:	Aspecto da secreção:	
Dreno () sim () não Local:	Aspecto da secreção:	
Outros: _____ Local:	Data de inserção:	

ESTADO GERAL: () ESTADO GERAL BOM () ESTADO GERAL REGULAR () ESTADO GERAL RUIM

COLORAÇÃO: () NORMOCORADO () HIPOCORADO () ICTÉRICO () CIANÓTICO () ERITEMATOSO

TEMPERATURA CORPORAL: TEMPERATURA ____ °C () AFEBRIL () FEBRE

DISTRIBUIÇÃO DE LÍQUIDOS: () SEM EDEMA () EDEMACIADO () ANASARCA

INTENSIDADE EM CRUZES: ____/4+

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: () PRESERVADO () DIMINUÍDO () AUMENTADO

PELE: () ÍNTEGRA () HIDRATADA () RESSECADA () ESCORIAÇÕES () HEMATOMA () MANCHAS

() LESÃO POR PRESSÃO BRADEN: ____ LOCAL: _____ ESTÁGIO: ____

ASPECTO: ____ COBERTURA: _____

NEUROLÓGICO: () ALERTA () VIGIL () LETÁRGICO () TORPOROSO () COMATOSO () SEDADO

GLASGOW: ____ + ____ + ____ = ____ OU **RASS:** ____ **DELIRIUM:** () + () -

COURO CABELUTO: () ÍNTEGRO () HIGIENIZADO () SEBORREIA () PEDICULOSE () LESÕES

() FO () PIC () DRENO () DVE () DVP QUANTIDADE DRENADA NAS 24H: ____ ML ASPECTO: _____

OLHOS (ACUIDADE VISUAL): () PRESERVADA () DIMINUÍDA () ÓCULOS

CONJUNTIVA: () NORMOCORADA () HIPOCORADA () HIPEREMIADA () ICTÉRICA

CHECK LIST de Transferência

DATA:

PUPILAS: () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () FOTORREAGENTES () FIXAS () MIÓTICAS () MIDRIÁTICAS**BOCA:** () MUCOSA ÍNTEGRA () HIGIENIZADA () LESÕES () SANGRAMENTO GENGIVAL () INFECÇÃO**OUVIDO (ACUIDADE AUDITIVA):** () PRESERVADA () DIMINUÍDA () PRÓTESE () SURDEZ**TÓRAX:** () FO () DRENO ____ LOCAL: () D () E QUANTIDADE DRENADA NAS 24H: ____ ml ASPECTO: ____**RESPIRATÓRIO:** FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: ____ ipm SpO2 ____% () EUPNÉICO () BRADIPNÉICO

() TAQUIPNÉICO () DISPNEÍCO () ORTOPNÉICO

VENTILAÇÃO: () AR AMBIENTE () CATETER O2 ____ litros () MÁSCARA DE VENTURI ____ litros

() MACRONEBULIZAÇÃO ____ litros () VENTILAÇÃO MECÂNICA: modo ____

CARDIOVASCULAR: FREQUÊNCIA CARDÍACA: ____ bpm PRESSÃO ARTERIAL: ____ x ____ mmhg

() PAM ____ mmhg LOCAL: ____ ASPECTO DO ÓSTIO: ____ () BRADICARDIA () NORMOCARDIA () TAQUICARDIA

OUTROS:

() PVC ____ mmhg () PIA ____ mmhg () GLICEMIA CAPILAR ____ mg/dl

NUTRIÇÃO: () ORAL () SNE () GTM VAZÃO: ____ () PARENTERAL VAZÃO: ____

() ZERO - MOTIVO: () PROCEDIMENTO ____ () INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

ACEITAÇÃO: () PLENA () PARCIAL () RG VALOR: ____ 24H () NÁUSEAS () VÔMITOS**VIA DE MEDICAÇÃO:** () ORAL () SNE () AVP () CVC LOCAL: ____ ASPECTO: ____ COBERTURA: ____**DROGAS VASOATIVAS/SEDATIVAS:**

____ VAZÃO: ____ VAZÃO: ____

____ VAZÃO: ____ VAZÃO: ____

____ VAZÃO: ____ VAZÃO: ____

ABDÔMEN: () PLANO () ESCAVADO () GLOBOSO () ASCÍTICO () GRAVÍDICO () FLÁCIDO

() DISTENDIDO () VISCEROMEGALIAS () DOLOR () INDOLOR () FO

() DRENOS LOCAL: ____ QUANTIDADE DRENADA NAS 24H: ____ ML ASPECTO: ____

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () PRESENTE ____ x DIA () AUSENTE ____ /DIAS () MELENA () FECALOMA**GENITURINÁRIA:** () PRESERVADA () EDEMA INTENSIDADE EM CRUZES: ____ /4+

() LESÕES () SECREÇÕES () MENSTRUACÃO

DIURESE: () ESPONTÂNEA ____ () SVA () SVD () cistostomia **DÉBITO URINÁRIO:** ____ ML/24H

() PRESERVADA () ANÚRICO () OLIGÚRICO () POLIÚRICO () POLACIÚRICO () NICTÚRIA () DISÚRIA () COLÚRIA

HEMODÍALISE: () SHILLEY LOCAL: ____ ASPECTO DO ÓSTIO: ____ () SE DIALISOU UF: ____**MEMBROS:** () FORÇA PRESERVADA () FORÇA DIMINUÍDA () PARESIA () PARESTESIA () PARALISIA

() AMPUTAÇÃO ____ () IMOBILIZAÇÃO ____ LESÕES ____

ORIENTAÇÕES: () PACIENTE () FAMÍLIA**INTERCORRÊNCIAS:**

[illegible]



FM. ENF. 002-00

Mês: Setor Ano: Unidade: HOSPITAL DRº RAIMUNDO LIMA

[illegible]

21														
22														
23														
24														
Controle do Carro de Emergência														
Mês:	Setor			Ano:		Unidade: HOSPITAL DRº RAIMUNDO LIMA								
	SD							SN						
DIA	Lacre	Teste do Desfibrilador	Gel Condutor	Tábua de Reanimação	Cilindro Em Libras>50	Teste de lâminas do Laringoscópio	Enfemeira (Carimbo e Assinatura)	Lacre	Teste do Desfibrilador	Gel Condutor	Tábua de Reanimação	Cilindro Em Libras>50	Teste de lâminas do Laringoscópio	Enfemeira (Carimbo e Assinatura)
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
Teste do desfibrilador: Testar diariamente, no início dos turnos, anotando SIM ou NÃO. Caso o teste da eneria J e o visor do equipamento apresente falha, registrar nesse impresso NÃO e acionar a Manutenção														
Conferência do carro de Emergência														
1. Após violação do lacre para utilização de qualquer material ou medicamento, o Carro de Emergência deve ser conferido conforme Check-list normatizado da Instituição, e os itens devem ser debatidos na conta do paciente mediante Prescrição Médica. A reposição deve ser imediata;														
2. A conferência acontecerá mensalmente pelo (a) farmacêutico														

(a) e enfermeiro (a) da unidade, a fim de manter todos os materiais e medicamentos dentro do prazo de validade, conforme rotina institucional dessa forma faz-se necessário o preenchimento do Check-list dos profissionais supracitados;

3. Checar funcionamento dos laringoscópios e validade de esterelização do recussitador manual (ambu), mascara a cânulas de guedel. Observar o cilindro do oxigênio abaixo de "<" libras solicite substituição.

Em caso de não conformidade acionar chefia imediata para resolução do problema detectado

Data de abertura	Número do Atendimento	Motivo	Número do Lacre Rompido	Número do Novo Lacre	Assinatura do Responsável
/ /					
/ /					

OBS: ATENTAR PARA A SOLICITAÇÃO DE SWAB NASAL E RETAL NA ADMISSÃO PARA CONTROLE DE VIGILÂNCIA

[illegible]

**OBS: Anotar datas de coletas de culturas após a entrega de material ao laboratório com registro em livro de protocolo;
Se paciente admitido com coleta de cultura pendente de resultado em outra unidade, favor especificar no local destinado;
Apenas assinalar o material coletado;
Não esquecer de registrar o responsável pela informação.**

**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL RAIMUNDO LIMA**

DECLARAÇÃO

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

_____ ,

CPF _____ ,acompanhou o paciente

no período de ____/____/____ à ____/____/____ na
Enfermaria desta Unidade.

São Luís, _____ de _____ de _____.

Assistente Social

**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL RAIMUNDO LIMA**

DECLARAÇÃO

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

_____ ,

CPF _____ ,acompanhou o paciente

no período de ____/____/____ à ____/____/____ na
Enfermaria desta Unidade.

São Luís, _____ de _____ de _____.

Assistente Social

Instituto Vida e Saúde

Rua Hermete Silva, 49 – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º08026.000791/2003-42
TEL: (22) 3851-2901

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DA CTPS DIGITAL

Eu _____, portador (a)
da Carteira de Identidade Nº _____, Órgão de Expedição
_____, CPF Nº _____, Carteira de Trabalho e
Previdência Social (CTPS) Digital conforme documento anexo.

Sendo assim, fico ciente que com a opção da CTPS digital não mais serão
atualizados os dados na CTPS física.

As anotações passam a ser feitas a partir das informações prestadas pela empresa eSocial,
o sistema irá atualizar automaticamente todos os dados prestados.

São Luis, Ma ____/____/____

Assinatura do Funcionário

Assinatura do (a) Chefe da Unidade

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]


HOSPITAL
 Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS


invisa
Instituto
vida e saúde

PACIENTE: _____

_____ LEITO: _____

MEDICAMENTOS: _____

INÍCIO: _____ DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

TÉRMINO: _____ FARMACÊUTICO: _____


HOSPITAL
 Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS


invisa
Instituto
vida e saúde

PACIENTE: _____

_____ LEITO: _____

MEDICAMENTOS: _____

INÍCIO: _____ DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

TÉRMINO: _____ FARMACÊUTICO: _____


HOSPITAL
 Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS


invisa
Instituto
vida e saúde

PACIENTE: _____

_____ LEITO: _____

MEDICAMENTOS: _____

INÍCIO: _____ DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

TÉRMINO: _____ FARMACÊUTICO: _____


HOSPITAL
 Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS


invisa
Instituto
vida e saúde

PACIENTE: _____

_____ LEITO: _____

MEDICAMENTOS: _____

INÍCIO: _____ DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

TÉRMINO: _____ FARMACÊUTICO: _____


HOSPITAL
 Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS


invisa
Instituto
vida e saúde

PACIENTE: _____

_____ LEITO: _____

MEDICAMENTOS: _____

INÍCIO: _____ DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

TÉRMINO: _____ FARMACÊUTICO: _____


HOSPITAL
 Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS


invisa
Instituto
vida e saúde

PACIENTE: _____

_____ LEITO: _____

MEDICAMENTOS: _____

INÍCIO: _____ DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

TÉRMINO: _____ FARMACÊUTICO: _____

[illegible]

[illegible]

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS											
☐ BPC ☐ BOLSA FAMÍLIA ☐ AUXÍLIO-DOENÇA ☐ APOSENTADORIA ☐ PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE ☐ AUXÍLIO-RECLUSÃO ☐ SALÁRIO MATERNIDADE ☐ OUTROS _____											
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL											
VÍNCULO				NATUREZA DO VÍNCULO				SITUAÇÃO ATUAL			
☐ INSS ☐ ESTADUAL ☐ FEDERAL ☐ MUNICIPAL ☐ PREVIDÊNCIA PRIVADA ☐ SEM VÍNCULO				☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADO DOMÉSTICO ☐ TRABALHADOR AVULSO ☐ CONTRIBUINTE INDIVIDUAL ☐ SEGURADO ESPECIAL ☐ SEGURADO FACULTATIVO				☐ ATIVO ☐ APOSENTADO ☐ DESEMPREGADO ☐ PENSIONISTA ☐ DEPENDENTE			
REDE DE REFERÊNCIA											
☐ UBS ☐ UM DE SAÚDE ☐ HOSPITAL ☐ UPA ☐ CAPS ☐ HOSPITAL DIA ☐ CRAS ☐ CREAS ☐ APS ☐ FÓRUM ☐ SAD/MELHOR EM CASA ☐ CONSELHO TUTELAR ☐ OUTROS _____											
DADOS DA INTERNAÇÃO											
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/DIAGNÓSTICO											
DATA DA ADMISSÃO ____/____/____						SETOR			LEITO		
IMUNIZAÇÃO COVID											
JÁ VACINADO? ☐ SIM ☐ NÃO											
SE SIM, QUAL VACINA RECEBEU?											
☐ CORONAVAC ☐ OXFORD/ASTRAZENICA ☐ PFIZER ☐ SPUTINIK V ☐ OUTRA _____ ☐ 1ª dose Data: ____/____/____ ☐ 2ª dose Data: ____/____/____											
OBSERVAÇÕES											
DATA ____/____/____						ASSISTENTE SOCIAL					

[illegible]

The diagram illustrates the numbering systems for upper and lower teeth. The upper arch (maxilla) is numbered 1 through 28, and the lower arch (mandible) is numbered 29 through 48. The numbering is organized into four rows for each arch. The first row contains teeth 1-8 (upper) and 29-36 (lower). The second row contains teeth 9-16 (upper) and 37-44 (lower). The third row contains teeth 17-24 (upper) and 45-52 (lower). The fourth row contains teeth 25-32 (upper) and 53-60 (lower). The diagram shows the relative positions of the teeth in the arches and the corresponding numbering systems.

X – Extraído A- Ausente EI – Extração indicada O - Cárie ● Rest. satisfatória I- Rest. Insatisfatoria

Data de início do uso: ____/____/____

Mucosa Bucal:	() normal () alterada (lesões evidentes)
Localização da alteração:	() lábios () gengivas () palato
	() língua () assoalho () mucosa jugal
Hipótese Diagnóstico:	

[illegible]

Cirurgião-Dentista



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DR. RAIMUNDO LIMA

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS



FICHA DE AVALIAÇÃO DE PELE

Nome: _____

Prontuário: _____

Leito: _____

Data da avaliação inicial: ____/____/____

Procedência: _____

Sector: _____

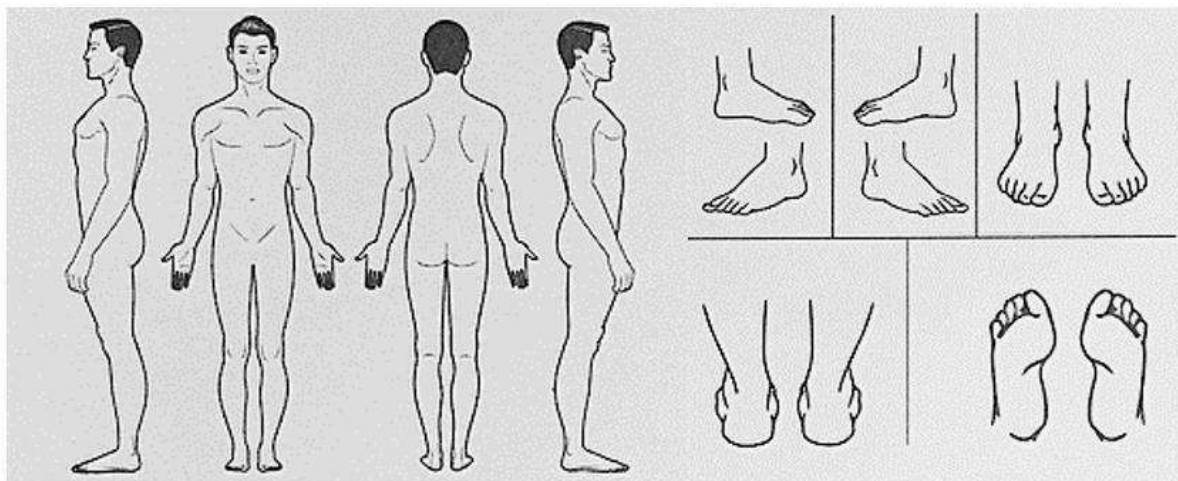
Escala de Risco para Lesão por Pressão – ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	Pontuação
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada	
Atividade física	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações	
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	
Fricção/Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-	
Risco severo: total ≤ 9 Risco alto: total 10 a 12 Risco moderado: total 13 a 14 Risco leve: total 15 a 18					Total

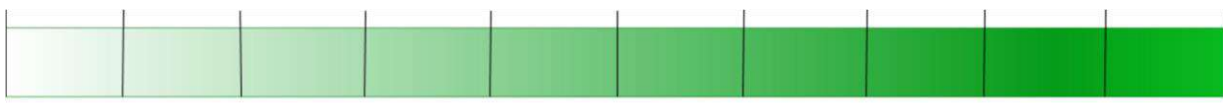
ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO

Lesão por pressão () 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável () Lesão tecidual profunda
Skin Tears () Ia () Ib () IIa () IIb () III
DAI () Superficial () Eritematosa () Ulcerativa () Eritematosa eruptiva
Úlceras de MMII () Neuropática () Arterial () Venosa () Mista
Pós operatória () Incisão sem anormalidades () Deiscência cirúrgica

LOCALIZAÇÃO DA FERIDA (sinalize o local da ferida)



Área: _____cm² Cavidade: _____cm³

Necrose de coagulação	Necrose de liquefação	Granulação	Reepitelização
% _____	% _____	% _____	% _____
Bordas () necrótica () macerada () reepitelizada () hiperemiada () hiperqueratose Edema () inflamatório () carencial () anasarca () linfodema () depressivo Secreção () seroso () sanguinolento () purulento () serosanguinolento			
SECREÇÃO (circule) + ++ +++ ++++			
ODOR (circule) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 DOR			
 0 Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor intensa Dor moderada			
Data:			
Espuma com camada de silicone e prata		AGE	
Espuma com transferência com camada de silicone suave		Creme barreira	
Tela de poliuretano impregnada com silicone suave		Curativo absorvente não aderente	
Espuma de poliuretano com camada de silicone		Alginato de cálcio	
Espuma multicamadas com camada de silicone (formato quadrado)		Alginato com prata	
Espuma multicamadas com camada de silicone (formato calcâneo)		Terapia por pressão negativa	
Espuma multicamadas com camada de silicone (formato sacral)		Espuma hidrocélular para calcâneo	
Espuma multicamadas com camada de silicone e camada flexível		Hidrocolóide	
Gel com cloreto de Sódio a 20%		Filme transparente com CHG	
Hidrogel com PHMB		Filme transparente	
Solução de limpeza com PHMB			
_____ Assinatura			

PACIENTE _____ IDADE _____

DIAGNOSTICO _____ LEITO / UCI _____

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



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DR RAIMUNDO LIMA



ASSINATURA DO COORDENADOR/A

RESPOSTA AO USUÁRIO

DIA: ____/____/____

HORA: ____:____

VIA TELEFONE Nº: () _____

OUTRA VIA : _____

RESPOSTA:

SATISFEITO ()

NÃO SATISFEITO ()

**CASO USUÁRIO NÃO SATISFEITO COM A RESPOSTA / REENCAMINHAMENTO AO COORDENADOR
(CAMPO DE PREENCHIMENTO INTERLOCUTORA DA OUVIDORIA)**

2º RESPOSTA DO COORDENADOR

COORDENADO/A

ASSINATURA DO

2º RESPOSTA AO USUÁRIO

DIA: ____/____/____

HORA: ____:____

VIA TELEFONE Nº: () _____

OUTRA VIA: _____

RESPOSTA:

SATISFEITO ()

NÃO SATISFEITO ()

Assinatura do Interlocutor/da Ouvidoria

Prevenção dentro da unidade:

- Manter o uso da máscara durante todo o período de permanência nas dependências da unidade;
- Informar a equipe caso apresente sintomas gripais, retirando-se imediatamente da unidade;
- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário, conforme orientação da equipe;
- Preservar a higiene na enfermaria;
- Seguir as orientações da equipe de saúde;
- Informar a equipe de saúde qualquer alteração que ocorra com o paciente;
- Lavar as mãos antes e depois dos cuidados com o paciente;
- Não usar adorno (anel, pulseira, brincos etc.) durante a permanência na unidade;
- Trazer uma garrafa para água de 1 ou 2 litros, encher nos horários das refeições.
- **Troca de Acompanhantes: A cada 24H, conforme horário de chegada escolhido: 6h00 às 8h00 Ou 18h00 às 20h00**
- **HORÁRIO DAS REFEIÇÕES:** Café: 6:00h as 6:30h, Almoço: 12:30h às 13:30h, Jantar: 18:00h as 19:00h. **Local: REFEITÓRIO** (poderá ser alterado de acordo com o fluxo na unidade).
- A unidade não disponibilizará mascaras aos acompanhantes. Sendo obrigatório o uso da mesma durante permanência na unidade e responsabilidade do acompanhante.

HORARIO DE VISITAS NA UCI: DAS 16:00 h ÀS 17:00 h

Na UCI não é permitido acompanhante devido ao quadro de maior gravidade dos pacientes e ao espaço físico restrito.

NA UCI, O BOLETIM MÉDICO SERÁ APRESENTADO INDIVIDUALMENTE, BEIRA LEITO, VERBALMENTE PELO MEDICO ASSISTENTE – NO HORÁRIO DAS 16:00H ÀS 17:00H, DIARIAMENTE. SERÁ PERMITIDA A ENTRADA DE 1 (UM) FAMILIAR POR DIA PARA RECEBER O BOLETIM E CONVERSAR COM O MÉDICO DURANTE O HORÁRIO DE VISITA O VISITANTE SERÁ ACOMPANHADO PELO PSICOLOGO PARA ACESSO À UCI.

Lembrete:

- **Caso seja identificado pela equipe um acompanhante com sintomas gripais (febre, tosse, coriza, obstrução nasal), seu acesso à unidade será negado.**
- **O hospital não se responsabilizará por perda ou desaparecimento de objetos pessoais.**

Não será permitido:

- Entrada de alimentos;
- Não é permitido entrar no hospital trazendo objetos de valor (ventilador, rádio, televisão);
- Fumar nas dependências da unidade;
- Mais de um acompanhante por paciente;
- Transitar no hospital com o paciente sem autorização da equipe;
- Fazer troca de acompanhante fora do prazo e locais definidos;

- Filmar ou fotografar as dependências da unidade sem autorização;
- Prestar cuidados a pacientes de outros leitos, para evitar infecções;
- Deixar objetos pessoais em cima dos leitos, para evitar infecções;
- Não será permitida a entrada de familiares sem camisa, ou camiseta shorts, calção ou roupa de banho;
- Usar celular próximo ao leito do paciente;
- Não poderá lavar roupas dentro da unidade e nem pendurar roupas nas dependências do hospital.
- Acompanhante menor de 18 anos e/ou pertencente ao grupo de risco da COVID-19: >60 anos, gestante, portador de doença crônica, imunossupressora ou obesidade.

Descartar o lixo no local adequado:

- Colocar o lixo no recipiente adequado, respeitando assim sua identificação (lixo comum e infectante).
- Colocar roupas hospitalares no hamper;

Visitas nas enfermarias

- **Horario de visitas: Das 15:00h as 16:00h (todos os dias da semana)**
- Será permitida a entrada de 1(uma) pessoa para cada paciente durante a visita.
- Para realizar a visita, **são obrigatórios o porte e a apresentação de documento de identificação com foto** à recepção da unidade
- Visitas fora do horário não serão permitidas;
- Visitas de crianças e adolescentes serão avaliadas previamente pela psicologia.
- Todos os visitantes devem higienizar com frequência as mãos com água e sabão ou solução alcóolica, conforme disponibilidade no local;
- **Visita Externa: Somente poderá ser liberada através da Avaliação dos Médicos, Psicologia e Fisioterapeuta.**
- Não será permitida a entrada de visitantes com sintomas gripais, ou com diagnóstico de Covid-19;
- Quando o paciente estiver em qualquer tipo de precaução ou isolamento, as visitas serão proibidas;
- Não é permitida a entrada de visitantes portando bolsas volumosas, sacolas, mochilas, capacetes, entre outros. O Hospital não se responsabiliza por objetos de valor trazidos;
- Não é permitida a entrada de alimentos e bebidas de qualquer natureza;

- Não é permitida a entrada de flores e plantas nos setores de internação (leitos);

São condutas do visitante:

- Manter identificação de visitante (crachá) em local visível;
- Higienizar as mãos sempre que entrar e sair do quarto;
- Usar adequadamente avental, máscaras e luvas, quando indicado pelo profissional de saúde da unidade;
- Usar adequadamente roupas e calçados apropriados ao ambiente hospitalar;
- Evitar circular pelos corredores, limitando-se visitar somente o seu familiar (não visitar pacientes em outros leitos ou outras unidades);
- Não sentar no leito do paciente, nem no leito que estiver desocupado (se houver);
- Não tocar ou manusear equipamentos, materiais e dispositivos médico-hospitalares. O Hospital reserva-se o direito de cobrar pelos danos em seu patrimônio;
- Não fumar nas dependências do Hospital (Lei Federal 9.294 de 5/07/1996);
- Manter silêncio nas dependências do Hospital;
- Dirigir-se à saída após o horário de encerramento da visita.



**Informativo para pacientes,
acompanhantes e visitantes sobre Regras
Internas do Hospital Dr. Raimundo Lima
TEL: 3304-5361**





ENFERMARIA: _____ LEITO: _____



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima



FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Data: ____ / ____ / ____ Setor: _____

Paciente: _____ Leito _____

TIPO DE DEVOLUÇÃO: ALTA HOSPITALAR () ALTA INTRA-HOSPITALAR () ÓBITO ()

OUTROS() _____

Medicamento / Material	Lote	Validade	Quantidade

Resp. Entrega: _____ Resp. pelo Recebimento: _____



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima



FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Data: ____ / ____ / ____ Setor: _____

Paciente: _____ Leito _____

TIPO DE DEVOLUÇÃO: ALTA HOSPITALAR () ALTA INTRA-HOSPITALAR () ÓBITO ()

OUTROS() _____

Medicamento / Material	Lote	Validade	Quantidade

Resp. Entrega: _____ Resp. pelo Recebimento: _____



**TERMO DE CONSENTIMENTO TESTE RAPIDO DO SWAB
TESTE COVID 19 (SARS-COV-2) ANTÍGENO**

Eu, _____, portador do
CPF/RG/Passaporte/ holder: _____, data de nascimento/ date of
birth ____/____/____.

Contato/ contact: () _____, Cidade/ Coming from the city: _____.

Fui submetido ao teste rápido de método imunocromatografico TEST COVID-19 Ag para
detecção qualitativa de antígeno de SARS-CoV-2 em amostras de swab nasal e da
nasofaringe.

Testagem / Testing:

() REAGENTE (antígeno SARS – Cov-2)

() NÃO REAGENTE

Valor de referencia: não reagente.

Método: Imunocromatográfico.

LOTE: _____ Validade: ____/____/____.

Data da testagem/ test date: ____/____/____.

Local da testagem/ testing location : **Hospital Dr. Raimundo Lima .**

Limitações do teste:

1. O procedimento do teste, precauções e interpretação dos resultados devem ser estritamente seguidos. Não seguir o correto procedimento do teste pode afetar o desempenho e levar a resultados imprecisos ou invalidos.
2. O teste deve ser utilizado para a detecção de antígenos de SARS-COV2 em amostras de swab de nasofaringe.
3. O valor quantitativo ou a concentração de antígenos de sars-cov-2 não podem ser determinados por esse teste qualitativo.
4. Um resultado não reagente pode ocorrer se o nível de antígeno extraído da amostra for menor que a sensibilidade do teste ou se uma amostra de baixa qualidade for utilizada.
5. Para melhores resultados do estado imune, testes adicionais utilizando outros métodos laboratoriais são recomendados.
6. O resultado do teste deve ser sempre avaliado por um medico junto a outros dados clínicos disponíveis do paciente.
7. Pode ocorrer um resultado não reagente se a concentração de antígeno é uma amostra estiver abaixo do limite de detecção do teste ou se a amostra foi coletada e/ou transportada incorretamente. Portanto, um resultado não reagente não elimina a possibilidade de infecção por sars-cov2. Outros métodos podem ser utilizados para confirmação.
8. Os resultados reagentes dos testes não destacam co-infecção com outros patógenos.
9. Os resultados não reagentes dos testes não se destinam a excluir outras infecções por coronavírus.

Ass. do paciente

Ass. e carimbo do enfermeiro

Nome do Usuário:

Número do Registro:

Data do Nascimento:

F () M ()

Gestante: Sim () Não ()

HEPATITE B	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B - HBsAg Amostra: sangue total Nome do produto: TESTE RÁPIDO HBsAg. Resultado do teste: Método: Imunocromatografia			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra Reagente para Hepatite B (HBsAg) ou Amostra Não Reagente para o Hepatite B (HBsAg). RESSALVAS:			
	1 - Teste rápido utilizado é um teste triagem para Hepatite B;	2 - Amostra com resultado NÃO REA-GENTE no Teste Rápido de triagem do HBsAg: verificar esquema vacinal e avaliar janela imunológica. Caso não tenha informações sobre vacinação, solicitar o retorno após 60 dias;	3 - Amostra REAGENTE deverão ser solicitados exames complementares para confirmação diagnóstica.	
HEPATITE C	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C - ANTI- HCV Amostra: sangue total Nome do produto: TESTE RÁPIDO Anti-HCV. Resultado do teste: Método: Imunocromatografia.			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO; Amostra Reagente para Hepatite C (Anti-HCV) ou Amostra Não Reagente para o Hepatite C (Anti-HCV). RESSALVAS:			
	1 - Teste rápido utilizado é um teste triagem para Hepatite C;	2 - Amostra com resultado NÃO REAGENTE no Teste Rápido para triagem do Anti- HCV: avaliar a janela imunológica e retornar após 90 dias para realizar novo exame;	3 - Amostra REAGENTE deverá ser solicitado exame complementar para confirmação diagnóstica.	
SÍFILIS	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA SÍFILIS Amostra: sangue total Nome do produto: TESTE RÁPIDO SÍFILIS. Resultado do teste: Método: Imunocromatografia.			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO Amostra Reagente para Sífilis ou Amostra Não para Sífilis. OBS.: Conforme Portaria nº 3.242/GM/MS, 30 de Dezembro de 2011. RESSALVAS:			
	1. - O teste rápido utilizado é um teste treponêmico;	2. - AmostracomresultadoREAGENTEno Teste Rápido para Sífilis: o pacientedeverá realizar um teste não treponêmico para a finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso;	3. - Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis: Em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste;	4. - A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.
ANTI-HIV 1 e 2	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 e 2 Amostra: sangue total Nome do produto: ABON Resultado do teste: Método: Imunocromatografia.			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO Amostra Reagente para HIV ou Amostra Não Reagente para HIV			
	1- A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.7'87	2- Amostra com resultado NÃO REAGENTE no Teste Rápido 1 (TR1), havendo suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta anterior.	3- Amostra com resultado REAGENTE no TR1, deverá ser submetida ao Teste Rápido 2 (TR2). Somente com os dois resultados REAGENTES o laudo será liberado como REAGENTE para HIV.	

OBS.: Conforme Portaria SVS/MS Nº29, 17 de dezembro de 2013.

Responsável:

DATA DA COLETA

Nome do Usuário:

Registro:

Data do Nascimento:

F () M ()

Gestante: Sim () Não ()

HEPATITE B	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B - HBsAg Amostra: sangue total Nome do produto: TESTE RÁPIDO HBsAg. Resultado do teste: Método: Imunocromatografia			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra Reagente para Hepatite B (HBsAg) ou Amostra Não Reagente para o Hepatite B (HBsAg). RESSALVAS:			
	4 - Teste rápido utilizado é um teste triagem para Hepatite B;	5 - Amostra com resultado NÃO REA-GENTE no Teste Rápido de triagem do HBsAg: verificar esquema vacinal e avaliar janela imunológica. Caso não tenha informações sobre vacinação, solicitar o retorno após 60 dias;	6 - Amostra REAGENTE deverão ser solicitados exames complementares para confirmação diagnóstica.	
HEPATITE C	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C - ANTI- HCV Amostra: sangue total Nome do produto: TESTE RÁPIDO Anti-HCV. Resultado do teste: Método: Imunocromatografia.			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO; Amostra Reagente para Hepatite C (Anti-HCV) ou Amostra Não Reagente para o Hepatite C (Anti -HCV). RESSALVAS:			
	4 - Teste rápido utilizado é um teste triagem para Hepatite C;	5 - Amostra com resultado NÃO REAGENTE no Teste Rápido para triagem do Anti- HCV: avaliar a janela imunológica e retornar após 90 dias para realizar novo exame;	6 - Amostra REAGENTE deverá ser solicitado exame complementar para confirmação diagnóstica.	
SÍFILIS	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA SÍFILIS Amostra: sangue total Nome do produto: TESTE RÁPIDO SÍFILIS. Resultado do teste: Método: Imunocromatografia.			
	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO Amostra Reagente para Sífilis ou Amostra Não para Sífilis. OBS.: Conforme Portaria nº 3.242/GM/MS, 30 de Dezembro de 2011. RESSALVAS:			
	5. - O teste rápido utilizado é um teste treponêmico;	6. - AmostracomresultadoREAGENTEno Teste Rápido para Sífilis: o paciente deverá realizar um teste não treponêmico para a finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso;	7. - Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis: Em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste;	8. - A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.
ANTI-HIV 1 e 2	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 e 2 Amostra: sangue total:			
	TESTE 1 Nome do produto: HIVBIOMANGUINHOS Método:Imunocromatografia. Resultado do teste: AMOSTRA REAGENTE PARA HIV.		TESTE 2 Nome do produto: DPP HIV 1 e 2 MED TESTE Método: Imunocromatografia. Resultado do teste: AMOSTRA REAGENTE PARA HIV.	
	RESSALVAS: INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO Amostra Reagente para HIV ou Amostra Não Reagente para HIV			
1 A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.		2 Amostra com resultado NÃO REAGENTE no Teste Rápido 1 (TR1), havendo suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta anterior.		3 Amostra com resultado REAGENTE no TR1, deverá ser submetida ao Teste Rápido 2 (TR2). Somente com os dois resultados REAGENTES o laudo será liberado como REAGENTE para HIV.

OBS.: Conforme Portaria SVS/MS Nº29, 17 de dezembro de 2013.

Responsável:

DATA DA COLETA

NOME DO TREINAMENTO:**PÚBLICO ALVO:****INSTRUTOR/FORMAÇÃO:****DATA:****HORÁRIO:****CARGA HORÁRIA:****LOCAL:****SETOR ORGANIZADOR:****CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:***Carimbo e Assinatura do instrutor*

Nº	NOME COMPLETO	FUNÇÃO E SETOR	UNIDADE	EMAIL	TELEFONE	ASSINATURA
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						

Nº	NOME COMPLETO	FUNÇÃO E SETOR	UNIDADE	EMAIL	TELEFONE	ASSINATURA
Nº	NOME COMPLETO	FUNÇÃO E SETOR	UNIDADE	EMAIL	TELEFONE	ASSINATURA
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Nº	NOME COMPLETO	FUNÇÃO E SETOR	UNIDADE	EMAIL	TELEFONE	ASSINATURA
19						
Nº	NOME COMPLETO	FUNÇÃO E SETOR	UNIDADE	EMAIL	TELEFONE	ASSINATURA
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						

Nº	NOME COMPLETO	FUNÇÃO E SETOR	UNIDADE	EMAIL	TELEFONE	ASSINATURA
30						



NOME: 
DIAGNÓSTICO:

NOME:
DIAGNÓSTICO:

NOME:  Dr. Raimundo Lima				IDADE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____				LEITO: _____			
				SETOR: _____			
DATA /		INSPEÇÃO ORAL	CONDIÇÃO BUCAL	VIA DE ALIMENTAÇÃO	CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA	HIGIENE BUCAL	CONDUTA
MANHA		() Foco de infecção	Hálito	() VO	() VM Tempo	() BEG	() Avaliação odontológica
		() Prótese	() Normal	() SNE	() IOT Tempo	() REG	() Tratamento restaurador atraumático
		() Aparelho ortodôntico	() Alterado	() SNE + VO	() Extubação	() MEG	() Raspagem
		() Lesões em mucosas	Lábios	() GTT	() IOT: () Plástica () Metálica		() Exodontias
		() Lesões por pressão orofacial	() Ressecados	() GTT + VO	() O2		() Drenagem de abscesso oral
			() Ulcerados	() PARENTERAL	() Máscara de Venturi		() Laserterapia
		() Sangramento	() Normal		() A.A		() Biópsias
		() Gengivite	Saliva				() Hidratação de mucosas
		() Biofilme dental	() Normal		() Alerta		Profissional Responsável
		() Mobilidade dental	() Sialorreia		() Responsivo		
		() Outros	Mucosas		() Rebaixado		
		() Foco de infecção	() Ressecadas		() Confuso		
			() Lesões		() Orientado		
			() Integras				
		() Foco de infecção	Hálito	() VO	() VM Tempo	() BEG	() Avaliação odontológica
		() Prótese	() Normal	() SNE	() IOT Tempo	() REG	() Tratamento restaurador atraumático
		() Aparelho ortodôntico	() Alterado	() SNE + VO	() Extubação	() MEG	() Raspagem
		() Lesões em mucosas	Lábios	() GTT	() IOT: () Plástica () Metálica		() Exodontias
		() Lesões por pressão orofacial	() Ressecados	() GTT + VO	() O2		() Drenagem de abscesso oral
	() Ulcerados	() PARENTERAL	() Máscara de Venturi		() Laserterapia		
() Sangramento	() Normal		() A.A		() Biópsias		
() Gengivite	Saliva				() Hidratação de mucosas		
() Biofilme dental	() Normal		() Alerta		() Outros		
() Mobilidade dental	() Sialorreia		() Responsivo				
() Outros	Mucosas		() Rebaixado				
() Foco de infecção	() Ressecadas		() Confuso				
	() Lesões		() Orientado				
	() Integras						

ROTINA MUDANÇA DE DECÚBITO

BRADEN: _____ RISCO MODERADO DE 12 – 14 RISCO ELEVADO <11

NOME COMPLETO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ DATA _____

 NÃO
 REALIZADO

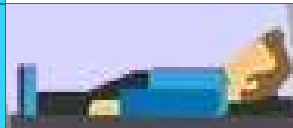
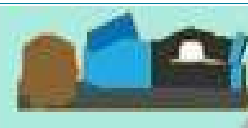
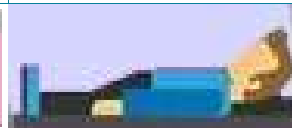
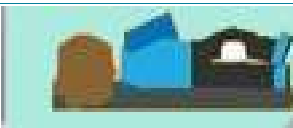
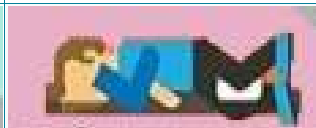
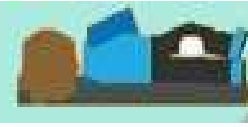
X Justifique o motivo

REALIZADO

✓ Check

LEMBRE-SE

Evite LP

HORA	08:00 	10:00 	12:00 	14:00 	16:00 	18:00 
POSIÇÃO	 ☐ Decúbito DORSAL	 ☐ Decúbito lateral ESQUERDO	 ☐ Decúbito lateral DIREITO	 ☐ Decúbito DORSAL	 ☐ Decúbito lateral ESQUERDO	 ☐ Decúbito lateral DIREITO
ASSINATURA						
HORA	20:00 	22:00 	00:00 	02:00 	04:00 	06:00 
POSIÇÃO	 ☐ Decúbito DORSAL	 ☐ Decúbito lateral ESQUERDO	 ☐ Decúbito lateral DIREITO	 ☐ Decúbito DORSAL	 ☐ Decúbito lateral ESQUERDO	 ☐ Decúbito lateral DIREITO
ASSINATURA						

OBSERVAÇÃO: Monitorar a pele ao redor de dispositivos quanto a sinais de lesão por pressão (10h e 22h).



№ _____

[illegible]

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

SETOR: () Ambulatório () ECP () Retaguarda Clínica () SPA

Perfil: Acompanhante () Paciente () Outro

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	 Ótimo	 Bom	 Regular	 Ruim	NA
NÍVEL DE SATISFAÇÃO					
ENFERMAGEM					
FISIOTERAPIA					
FONOAUDIOLOGIA					
LIMPEZA HOSPITALAR					
MAQUEIRO					
MÉDICOS					
NUTRIÇÃO					
PORTARIA					
PSICOLOGIA					
SERVIÇO SOCIAL					
TERAPIA OCUPACIONAL					

Observações:

Atualização: 08

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

SETOR: () Ambulatório () ECP () Retaguarda Clínica () SPA

Perfil: Acompanhante () Paciente () Outro

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	 Ótimo	 Bom	 Regular	 Ruim	NA
NÍVEL DE SATISFAÇÃO					
ENFERMAGEM					
FISIOTERAPIA					
FONOAUDIOLOGIA					
LIMPEZA HOSPITALAR					
MAQUEIRO					
MÉDICOS					
NUTRIÇÃO					
PORTARIA					
PSICOLOGIA					
SERVIÇO SOCIAL					
TERAPIA OCUPACIONAL					

Observações:

Atualização: 08

DATA: __/__/__

LEITO	NOME DO PACIENTE	ADMISSÃO	EVOLUÇÕES		
			MANHÃ (NOME DO PROFISS. + PROCED)	TARDE (NOME DO PROFISS. + PROCED)	NOITE (NOME DO PROFISS. + PROCED)
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

LEITO	NOME DO PACIENTE	ADMISSÃO	EVOLUÇÕES		
			MANHÃ (NOME DO PROFISS. + PROCED)	TARDE (NOME DO PROFISS. + PROCED)	NOITE (NOME DO PROFISS. + PROCED)
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					

[illegible]

SERVIÇO DE FARMÁCIA					
MAPA DE CONTROLE INTERNO DE CONSUMO DIÁRIO DE PSICOTRÓPICOS					
DATA: ____/____/____					
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL: _____ PLANTÃO: ()SD ()SN					
MEDICAMENTOS	UNIDADE	SALDO ANTERIOR	ENTRADAS	CONSUMO	SALDO ATUAL
Amitriptilina 25mg	Comp.				
Bromazepam 3mg	Comp.				
Bromazepam 6mg	Comp.				
Carbamazepina 200mg	Comp.				
Cetamina 50mg/ml	Ampola				
Citalopram 20mg	Comp.				
Clonazepam 0,5mg	Comp.				
Clonazepam 2mg	Comp.				
Clorpromazina 100mg	Comp.				
Cloridrato de Petidina 50ml/ml (2ml)	Ampola				
Dexmedetomidina 100mg/ml	Frasco				
Diazepam 5mg	Comp.				
Diazepam 10mg	Comp.				
Diazepam 10mg/2ml	Ampola				
Etomidato 2mg/ml (10ml)	Ampola				
Fenitoína 50mg/ml - 5ml	Ampola				
Fenitoína 100mg	Comp.				
Fenobarbital 100mg/ml (1 e 2ml)	Ampola				
Fenobarbital 100mg	Comp.				
Fentanila 0,05mg - 10ml	Ampola				
Fentanila 0,05mg - 2ml	Ampola				
Flumazenil 0,1mg/ml	Ampola				
Haloperidol 5mg/ml (1ml)	Ampola				
Haloperidol 5mg/ml	Comp.				
Levomepromazina 25mg	Comp.				
Levomepromazina 100mg	Comp.				
Midazolam 5mg/ml (10ml)	Ampola				
Midazolam 5mg/ml (3ml)	Ampola				
Morfina 10mg/ml (1ml)	Ampola				
Morfina 0,2mg/ml (1ml)	Ampola				
Naloxona 0,4 mg/mL (1 mL)	Ampola				
Oxalato de Escitaopram 10 mg	Comp.				
Oxalato de Escitaopram 20 mg	Comp.				
Propofol 10mg/ml (20ml)	Ampola				
Quetiapina 25mg	Comp.				
Risperidona 1mg	Comp.				

Risperidona 2mg	Comp.				
Tramadol 100mg	Comp.				
Tramadol 50mg/ml (1ml)	Ampola				
Tramadol 100mg/ml (2ml)	Ampola				





HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima

RELATORIO DE ENFERMAGEM

DATA: ____ / ____ / ____

TURNO: SD () SN ()

SETOR: _____



TRABALHANDO PARA TODOS



❖ EQUIPE DE ENFERMAGEM:

ENFERMEIRO (A): _____ MÉDICO _____

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: _____

ESCRITURÁRIOS: _____ (M)

_____ (T)

MAQUEIROS: _____

FALTOSOS : _____

Início o plantão com _____ pacientes internados.

✚ CURATIVOS: _____

✚ AVP TROCADOS: _____

✚ AVP RETIRADOS: _____

✚ CVC RETIRADA: _____

✚ BANHOS NO LEITO: _____

✚ EVOLUÍDOS: _____

❖ CENSO DIÁRIO:

✚ **ALTA** (nome do paciente, motivo, médico):

TOTAL:

✚ **ADMISSÃO** (NOME DO PACIENTE, PROCEDÊNCIA, DIAGNÓSTICO):

TOTAL:

✚ **TRANSFERÊNCIA EXTERNA** (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):

TOTAL:

✚ **TRANSFERÊNCIA INTERNA** (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):

TOTAL:

✚ **ÓBITO** (NOME DO PACIENTE, HORA):

TOTAL:

❖ INDICADORES	QUANTITATIVO
Acesso venoso central (CVC)	
Acesso venoso periférico (AVP)	
Cistostomia	
Colostomia / Ileostomia	
Drenos	
Eletrocardiograma - ECG	
Fístula arteriovenosa para hemodiálise	
Gastrostomia (GTT):	
Intubação	
Portocath	
Precaução de contato – após resultado finalizado de cultura	
Shilley	
Sonda Nasoenteral (SNE)	
Sonda Nasogástrica (SNG)	
Sonda pós pilórica	
Sonda Vesical de demora (SVA)	
Sonda Vesical de demora (SVD)	
Thenckhoff	
Traqueostomia (TQT)	
Outros:	

❖ EVENTOS ADVERSOS	QUANTITATIVO
Perda de SNE	
Perda de SNG	
Perda de SVD	
Perda de CVC	
Perda de AVP	
Queda	
Lesão por pressão – caso novo (Leito/nome do paciente /local)	

 FLEBITE (LEITO/ NOME DO PACIENTE / LOCAL)

 MEDICAÇÃO EM FALTA/ RODADA:

 NÚMERO DOS LACRES:

CARRO DE EMERGÊNCIA	KIT DE ENTUBAÇÃO

 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
ECOCARDIOGRAMA	
ELETROCARDIOGRAMA –ECG	
EXAMES LABORATORIAIS	
RADIOGRAFIAS	
ULTRASSONOGRAMAS	
OUTROS	

❖ **INTERCORRÊNCIAS E PENDÊNCIAS:**

[illegible]

ENCERRO COM _____ PACIENTES.

CARIMBO + ASSINATURA OU NOME COMPLETO



GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS

 invisa
instituto
vida e saúde

SETOR:

Início o plantão com _____ pacientes internados.

 EVOLUÍDOS:

 ALTA (nome do paciente, motivo, médico):

[illegible]**TOTAL:**

ADMISSÃO (NOME DO PACIENTE, PROCEDÊNCIA, DIAGNÓSTICO):

[illegible]**TOTAL:**

 TRANSFERÊNCIA EXTERNA (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):

TOTAL:

TOTAL:

TRANSFERÊNCIA INTERNA (NOME DO PACIENTE, DESTINO, LEITO):

TOTAL:	
--------	--

TOTAL:

 ÓBITO (NOME DO PACIENTE, HORA):

TOTAL:

❖ INDICADORES	QUANTITATIVO
Acesso venoso central (CVC)	
Acesso venoso periférico (AVP)	
Cistostomia	
Colostomia / Ileostomia	
Drenos	
Eletrocardiograma - ECG	
Fístula arteriovenosa para hemodiálise	
Gastrostomia (GTT):	
Intubação	
Portocath	
Precaução de contato – após resultado finalizado de cultura	
Shilley	
Sonda Nasoenteral (SNE)	
Sonda Nasogástrica (SNG)	
Sonda pós pilórica	
Sonda Vesical de demora (SVA)	
Sonda Vesical de demora (SVD)	
Thenckhoff	
Traqueostomia (TQT)	
Outros:	

❖ EVENTOS ADVERSOS	QUANTITATIVO
Perda de SNE	
Perda de SNG	
Perda de SVD	
Perda de CVC	
Perda de AVP	
Queda	
Lesão por pressão – caso novo (Leito/nome do paciente /local)	

🚑 **FLEBITE (LEITO/ NOME DO PACIENTE / LOCAL)**

🚑 **MEDICAÇÃO EM FALTA/ RODADA:**

🚑 **NÚMERO DOS LACRES:**

CARRO DE EMERGÊNCIA	KIT DE ENTUBAÇÃO

🚑 **PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
ECOCARDIOGRAMA	
ELETROCARDIOGRAMA -ECG	
EXAMES LABORATORIAIS	
RADIOGRAFIAS	
ULTRASSONOGRAFIAS	
OUTROS	

❖ **INTERCORRÊNCIAS E PENDÊNCIAS:**

[illegible]

CHECK LIST DE CONTROLE DE MATERIAL (UCI)

- 01 - Glicosímetro Sim () Não ()
- 02 - Carro de parada lacrado Sim () Não ()
- 03 - Aparelho de PA manual Sim () Não ()
- 04 - Manguitos dos monitores Completos em cada leito
Sim () Não ()
- 05 - Passagem de plantão para o outro Enfermeiro a não realização
do mesmo implica em advertência. Sim () Não ()
- 06 - Estetoscópio um em cada leito Sim () Não ()
- 07 - Oxímetro Portátil Sim () Não ()
- 08 - Bomba de Enteral Quantidade ()
- 09 - Bomba de Infusão Quantidade () Sim () Não ()
- 10 - 01 Fio guia Sim () Não ()
- 11 - 01 cabos de laringo Sim () Não ()
- 12 - Lâminas de laringo (nº02,03,04; retas) observações no
relatório de enfermagem. _____
- 13 - Contenção mecânica supervisionada pelo enfermeiro do
Plantão. Em todos os plantões. Sim () Não ()
- 14 - Maca Sim () Não ()
- 15 - ECG Sim () Não ()
- 16 –Monitores Quant. _____ Sim () Não () Obs.: _____

Comuniquei ao Enfermeiro do plantão sobre o não recebimento de algum material ou a falta do mesmo e comuniquei a supervisão de enfermagem.
Sim () Não () Não foi necessário ()

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

Nº DE NOTIFICAÇÃO (NOTIVISA) _____

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ RAÇA/COR _____

INFORMAÇÕES SOBRE O EVENTO ADVERSO

GRAU DO DANO: _____

SETOR EM QUE OCORREU O EVENTO ADVERSO: _____ DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO: _____

PERÍODO EM QUE OCORREU O EVENTO: _____

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE (ORDEM CRONOLÓGICA):

TIME DE INVESTIGAÇÃO

FATORES CAUSAIS

IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS RAÍZES ATRAVÉS DO DIAGRAM DE CAUSA-EFEITO

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO: _____

EQUIPE DE PLANTÃO:

AGT.PORTARIA:(1)

(2): _____

RECEPÇÃO: _____ (2)

MAQUEIRO: _____ (2)

ROUPARIA: _____

ENFERMEIRA NIR (REGULAÇÃO): _____

ASSISTENTE SOCIAL: _____

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

PSICÓLOGO (1): _____

PSICÓLOGO (2): _____

FONOAUDIÓLOGO (1): _____

FONOAUDIÓLOGO (2): _____

FISIOTERAPEUTA (1): _____

FISIOTERAPEUTA (2): _____

EQUIPE AMBULÂNCIA: MOTORISTA:

ENFERMEIRO (A): _____ MÉDICO: _____

EQUIPE CURATIVO:

ENFERMEIRO: _____ TÊC. ENF. _____

EQUIPE POSTO A: ENFERMEIRO: _____

TÊC. EM ENFERMAGEM:

(1): _____

(2): _____

(3): _____

(4): _____

(5): _____

(6): _____

(7): _____

EQUIPE POSTO B: ENFERMEIRO: _____

TÊC. EM ENFERMAGEM:

(1): _____

(2): _____

(3): _____

(4): _____

(5): _____

(6): _____

(7): _____

EQUIPE UCI: ENFERMEIRO: _____

TÊC. EM ENFERMAGEM:

(1): _____

(2): _____

(3): _____

(4): _____

CME: ENFERMEIRO (1):	TÉC. ENF.
-----------------------------	------------------

EQUIPE FARMÁCIA: FARMACÊUTICO (A): _____

EQUIPE NUTRIÇÃO:

NUTRICIONISTA (1): _____ (2): _____

EQUIPE MÉDICA PLANTONISTA: ENFERMARIA UCI

PRESCRITORES (A / B / UCI): _____ **VASCULAR:** _____

ÓBITO:

HORA:	NOME:	Nº D.O.
-------	-------	---------

- **ADMISSÕES:**

HORA:	NOME:	PROCEDÊNCIA:	LT:	ENF:
-------	-------	--------------	-----	------

- **TRANSFERÊNCIA:**

HORA:	NOME:	LT:	ENF:	DESTINO:
-------	-------	-----	------	----------

• ALTA

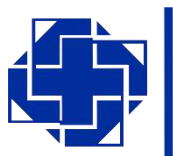
HORA:	NOME:	LEITO:	ENFERMARIA:
-------	-------	--------	-------------

- **RELATÓRIO**

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. The paper appears to be a standard notebook or composition page.



Hospital/Unidade:			
IDENTIFICAÇÃO			
DATA:	TURNO:		
COORDENADOR DE FARMÁCIA:			
FARMACÊUTICO PLANTONISTA:			
AUXILIAR DE FARMÁCIA:			
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO:			
EQUIPE COMPLETA: sim () não() FALTOSOS:			
RELATOS FARMACÊUTICOS			
	SIM	NÃO	OBS
Farmácia enviou o pedido de transferência			
Pedidos atendidos no sistema			
Planilha de antimicrobianos alimentada			
Verificação de estoque de antimicrobiano			
Verificação de estoque da geladeira			
Armário de psicotrópico conferido			
Recebimento de material			
Notas fiscais/ O.F. repassadas para coordenação			
Prescrições analisadas			
Prescrições lançadas no sistema			
Prescrições e receitas preenchidas corretamente			
Todas as prescrições chegaram à farmácia no horário acordado			
Empréstimos			
Relatos:			
RELATOS AUXILIARES DE FARMÁCIA			
	SIM	NÃO	OBS
Realizado registro de temperatura			
Todas as prescrições foram atendidas			
Pedidos atendidos			
Limpeza dos bins e estantes			
Revisão dos bins (sinalização de validade, reposição)			
Pedidos preenchidos corretamente			
Prescrições lançadas no sistema			
Relatos:			



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Nº 6, Qdra 9
Jardim Renascença – São Luís/MA
CEP: 65075-460
CNPJ: 05.997.585/0008-56

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____

Solicito autorização para trocar o plantão _____ do dia ____/____/____ com o (a) colega _____
Comprometo-me a fazer o
seu plantão _____ do dia ____/____/____

São Luis, ____ de _____ de 2024

Colaborador Solicitante

Chefe de Setor

Colaborador Substituto

Administrativo Local

OBS.: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS.



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Nº 6, Qdra 9
Jardim Renascença – São Luís/MA
CEP: 65075-460
CNPJ: 05.997.585/0008-56

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____

Solicito autorização para trocar o plantão _____ do dia ____/____/____ com o (a) colega _____
Comprometo-me a fazer o
seu plantão _____ do dia ____/____/____

São Luís, ____ de _____ de 2024

Colaborador Solicitante

Chefe de Setor

Colaborador Substituto

Administrativo Local

OBS.: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS.



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ (completo): Atend: _____
Data de _____ Sexo: () M () F Idade: _____ Enfermaria/Leito: _____ Nascimento: _____
Data da _____ Peso/ altura: _____ Religião: _____ Admissão: _____ Profissão: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Procedência: Domicílio () Ambulatório () Hemodinâmica () Entrevista: () Relato do paciente () Membro da família _____
() C. Cirúrgico () UPA _____ Outros () Não há possibilidade de coleta () Outros _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Motivo da hospitalização /Queixa principal: _____

Diagnóstico: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças/Distúrbios:

Hipertensão () Diabetes () Obesidade () Hipotireoidismo () Hipertireoidismo () Câncer () Cardiopatia () AVC () Outros _____
Medicamentos em uso (nome/dose): _____

Fatores de Risco: Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Dislipidemia () Outros _____

Cirurgia realizada anteriormente: _____

Uso de hemoderivados/reação anteriormente: _____

Antecedentes Familiares:

Hipertensão () Diabetes () Obesidade () Câncer () Cardiopatia () Outros: _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Cuidado Corporal: Higiene adequada () Higiene deficiente () Higiene precária ()

Sono e Repouso: Preservado () Regular () Sonolência () Inverte o dia e a noite () Insônia ()

Eliminação Urinária: Fluxo urinário - espontâneo () Por Cateterismo intermitente () Por SVD () Por cistostomia () Outros _____
Distúrbio miccional: Disúria () Polaciúria () Poliúria () Oligúria () Anúria () Nictúria () Pneumatúria () Incontinência ()
Retenção Urinária () Paraurese () Outros _____

Eliminação Intestinal: Regular () Constipação () Colostomia () Incontinência () Diarréia ()

Nutrição: Oral () SNE () GTT () SNG () Aberta: _____ Fechada: _____ Aspecto de Drenagem _____
Jejum _____ horas.

Oxigenação:

Ambiente () Cateter de oxigênio () Máscara de Venturi () Traqueostomia () Ventilação mecânica () Outros _____

Sexualidade:

Comportamento sexual altera no cuidado/tratamento proposto: Sim () Não ()

EXAME FÍSICO

SISTEMA NEUROLÓGICO

Regulação Neurológica: Orientado () Confuso () Toporoso () Comatos () Sonolento ()
Segurança Emocional: Calmo () Alegre () Triste () Ansioso () Agitado () Agressivo () Depressivo ()



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima

HOSPITAL DR RAIMUNDO LIMA



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

Escala de Coma de Glasgow:	Abertura Ocular:	<u>Resposta Verbal:</u>	<u>Resposta Motora:</u>
	4. Espontânea	5. Orientado	6. Obedece a comando
	3. A comando verbal	4. Desorientado e conservado	5. Localiza dor
	2. À dor	3. Palavras inapropriadas	4. Flexão inespecífica
	1. Ausente	2. Sons incompatíveis	3. Flexão hipertônica
1. Sem resposta			1. Sem resposta 2. Extensão hipertônica
Total: _____			
Pontuação/Gravidade: Normal: igual a 15 Leve: 13 a 14 Moderado: 9 a 12 Grave: 8 a 3			
CABEÇA E PESCOÇO			
Crânio: Sem anormalidade () Incisão () Deformidade ()			
Dispositivos: Drenos () Derivação () Outros _____			
Couro Cabeludo: Sem alteração () Fracos e quebradiços () Alopecia () Cicatriz () Lesão ()			



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

Olhos: sem alteração () Hiperemia () Nistagmo () Uso de óculos () Uso de lentes corretivas () Diplopia () Catarata ()
Diminuição da acuidade visual () Deficiência visual () Outros _____
Classificação pupilar: Isocórias - normais () Anisocoria () Midríase () Miose () Fotorreagentes () Nariz: Sem alteração () Coriza () Epistaxe () Congestão () Obstrução () Cavidade Oral:
Externa: Sem alteração () Seca () Ulcerações () Outros: _____
Interna: Uso de prótese () Desdentado total () Desdentado parcial () Outros: _____
Ouvido: Sem alteração () Diminuição da acuidade auditiva () Aparelho auditivo ()
Pescoço: Sem alteração () Traqueostomia () Turgência de jugulares () Gânglios palpáveis ()
SISTEMA TEGUMENTAR E MUCOSA
Pele:
Turgor: Turgor normal - hidratada () Turgor diminuído - _____ desidratado () Outros: _____
Coloração: sem alteração () Palidez () Vermelhidão ou Eritrose () Icterícia () Cianose () Albinismo () Outros: _____
Umidade: Sem alteração () Pele seca () Pele sudorente () _____) Outros: _____
Sensibilidade: sem alteração () Dolorosa () Tátil () _____) Outros: _____ Térmica ()
Textura: sem alteração () Pele lisa () Pele fina () Pele áspera () Pele enrugada () Outros: _____ Integridade: Lesão () Hematoma () Edema () LPP () Cicatriz () Incisão cirúrgica () Local: _____
Lesão por pressão: Sim () Não () Descrever loca/estágio/aspecto/profundidade: _____
Mucosa: Sem alteração () Avermelhada () Esbranquiçada () Lesões () Desidratada () Outros: _____
SISTEMA RESPIRATÓRIO
Tórax: Simétrico () Assimétrico () Fratura () Outro: _____
Ausculta Pulmonar: Pulmões livres () Estertores () Sibilos () Creptos () Roncos () Outro: _____
Padrão Respiratório: Eupnéico () Dispnéia () Bradipnéia () Taquipnéia () Apnéia () Outro: _____

Sons de Percussão: Ressonância ou Claro pulmonar () Submacicez () Macicez () Hiper - ressonância () Timpanismo () Outro: _____
Respiração: Tiragem Intercosta () Bat. Asa donariz () Hemoptise () Tosse com Expectoração () Outro: _____
Dispositivos de assistência: TQT () Cateter nasal () Macro nebulização () Máscara Venturi () BIPAP () VM () Outro: _____
Descrição das excreção traqueal: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR
Frequência Cardíaca: Normocardia () Taquicardia () Bradicardia Outro: _____
Pulso Periférico:
Tipo: Bradisfígmico () Taquisfígmico () Dicrotíco ()
Volume: Cheio () Filiforme ()
Regularidade: Rítmico () Arrítmico ()
Ritmo Cardíaco: Regular () Irregular () Sinusal ao monitor ()
Perfusão Periférica: Normal () Lenta () Cianose de extremidade () Extremidade: Frias () Aquecidas ()
SISTEMA GASTROINTESTINAL
Abdome: Plano () Globoso () Escavado () Distendido () Ascítico () Gravídico () Escafóide () Flácido () Assimétrico ()
Dispositivo de Assistência: Ostomia () Outros: _____
Dor à palpação: Ausente () Presente ()
Gastrointestinal: Sem alteração () Náuseas () Vômito () Epigastria () Xerostomia () Anorexia Sialorréia ()
Ruídos hidroaéreos: Presente () Diminuídos () Hiperativos () Ausentes ()
Nutrição: Oral () Gastrostomia () Jejunostomia () Ileostomia () Parenteral () SNE ()
Eliminações Intestinais: Presentes () Ausentes () Periodicidade/dispositivos: _____



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

	SISTEMA MÚSCULO-	ESQUELÉTICA	
MSD	MSE	MID	MIE
Sem alteração ()	Sem alteração ()	Sem alteração ()	Sem alteração ()
Pulsos palpáveis ()	Pulsos palpáveis ()	Pulsos palpáveis ()	Pulsos palpáveis ()
Força preservada ()	Força preservada ()	Força preservada ()	Força preservada ()
Edema ()	Edema ()	Edema ()	Edema ()
Paresia ()	Paresia ()	Paresia ()	Paresia ()
Parestesi ()	Parestesia ()	Parestesia ()	Parestesia ()
Hemiplegia ()	Hemiplegia ()	Hemiplegia ()	Hemiplegia ()
Lesão ()	Lesão ()	Lesão ()	Lesão ()
Outros: ____	Outros: ____	Outros: ____	Outros: ____
Edema: Ausente () Presente () Local: ____			
Locomoção: Deambula () Deambula com ajuda () Acamado () Restrito ao leito/sem movimento ()			
Esquelético: Lordose () Cifose () Escoliose () Outros: ____			
Uso de: Tração () Placa () Pino () Outros: ____ Local: ____			
SISTEMA GENITOURINÁRIO			
Feminino: Sem alteração ()			
Alteração: Sim () - Leucorréia () Amenorréia () Edema () DST () Outros: ____			
Masculino: Sem alteração ()			



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

Alteração: Sim () - Edema () DST () Presença de secreção () Outros:

Eliminação Urinária: Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria ()

Forma de eliminação: Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Outro: Aspecto:

Sem alteração () Concentrado () Hematúria () Colúria () Piúria **Eliminações**

Intestinais: Presente () Ausente () Qnt. Dia: _____

Aspecto: Consistente () Pastosa () Líquido pastosa () Líquida () Outros: _____

Ostomia: Aspecto: Quantidade: _____

CONTROLE DE CATETERES, SONDAS E DRENOS: LOCALIZAÇÃO E DATA DE INSTALAÇÃO

Cateter	Acesso Venoso Periférico: MSD () MSE ()	Data:
	Acesso Venoso Central: Local: ____	Data:
Sonda	SNG () SNE () GTT () Outro	Data:
	SVD () SVA () Outro	Data:
Dreno	Kher () Penrose () Dreno torácico () Laminar ()	Data:
	Tubulo-laminar () Suctor () Outro: _____	Data:
Outro		Data:

SOLICITAÇÃO DE CÓPIAS:
EXAMES () PRONTUÁRIOS ()

Eu, _____
_____ Portador (a) do CPF nº _____
_____ Residente no
endereço _____

_____ solicito cópia
exames do prontuário nº _____ pertencente ao (à) paciente

Para _____ fins de'

Aguardar 5 dias úteis para realizar a retirada das cópias de exames.

São Luís, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

Contatos: _____

SOLICITAÇÃO DE CÓPIAS:

EXAMES () PRONTUÁRIOS ()

Eu, _____
_____ Portador (a) do CPF nº _____
_____ Residente no
endereço _____

_____ solicito cópia
exames do prontuário nº _____ pertencente ao (à) paciente

Para _____ fins de

Aguardar 5 dias úteis para realizar a retirada das cópias de exames.

São Luís, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

Contatos: _____



HOSPITAL
Dr. Raimundo Lima

CONTROLE DE ESTOQUE HOSPITAL RAIMUNDO LIMA
POSTOS _____ DATA _____ / _____ / _____

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS



AS SOLUÇÕES SAÍRAM APENAS EM SOS

SOLUÇÕES	APRESENTAÇÃO	QUANTID. MÁX.	ENCONTRADO	REPOSIÇÃO	AUTORIZADO FARM.
Água destilada	10 ml	10			
Cloreto de sódio 0,9% (Soro Fisiológico)	10 ml	10			
Cloreto de sódio 0,9% (Soro Fisiológico)	Frasco 100 ml	10			
Cloreto de sódio 0,9% (Soro Fisiológico)	Frasco 500 ml	5			
Cloreto de sódio 0,9% (Soro Fisiológico)	Frasco 250 ml	5			
Glicose 5% (Soro Glicosado)	Frasco 500 ml	5			
Glicose 5% (Soro Glicosado)	Frasco 100 ml	5			
Ringer Simples	Frasco 500 ml	5			
Ringer com Lactato de sódio	Frasco 500 ml	5			

MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE MÁX.	ENCONTRADO	REPOSIÇÃO	AUTORIZADO FARM.
Agulhas 13x4,5	unidade	20			
Agulhas 25x7	unidade	20			
Agulhas 30 x 8	unidade	20			
Agulhas 40 x 12	unidade	30			
Algodão bolinha	pacote	1			
Algodão rolo	pacote	2			
Equipo macro com injetor	unidade	5			
Esparadrapo Impermeável	rolo	1			
Esparadrapo Micropore	rolo	1			
Fralda descartável tamanho G	pacote	1			
Fralda descartável tamanho EG	pacote	2			
Gazes 7,5 x 7,5 esteril	unidade	20			
Jelco nº 24	unidade	5			
Jelco nº 22	unidade	5			
Jelco nº 20	unidade	5			
Luva de procedimento P	caixa	1			
Luva de procedimento M	caixa	1			
Luva de procedimento G	caixa	0			
Coletor pérfuro cortante	unidade	1			
Seringas 1ml	unidade	20			
Seringas 3ml	unidade	15			
Seringa 5ml	unidade	15			
Seringas 10ml	unidade	30			
Seringas 20ml	unidade	30			

RESPEITAR AS QUANTIDADES DETERMINADAS NO CHECKLIST, ESTAS SÃO AS QUANTIDADES MÁXIMAS DE CADA ITEM PERMITIDAS NO SETOR, QUANDO NECESSÁRIO, FAZER NOVA SOLICITAÇÃO À FARMÁCIA. HORARIO DEFINIDO ENTRE SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM para entrega de pedido: 7:30 da manhã (farmacia entrega ate 9h) e 19:30 da tarde (entrg ate 21).

OS MEDICAMENTOS LÍQUIDOS E MATERIAS DE USO COLETIVO SÓ SERÃO REPOSTOS, MEDIANTE A TROCA DOS FRASCOS VAZIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MATERIAL EXTRA (se necessário)	SOLICITADO	ATENDIDO	Entregue para
Polifix (infusor duas vias)			
Mascara para paciente			
Frasco água			
Eletrodo espuma			
Torneirinha			
Catéter tipo óculos			

Enfermeiro (a): _____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DR RAIMUNDO ALEXANDRINO DE SOUSA LIMA

RELATÓRIO MÉDICO
SOLICITAÇÃO DE SANGUE / HEMOCOMPONENTE

Nome do Paciente: _____

Nº Prontuário/ Registro Hospitalar: _____ Nº Quarto/ Leito: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Idade: _____ Peso: _____

Diagnóstico: _____ Tipagem: _____ ABO: _____ Rh: _____

Hemocomponente (s) solicitado (a): (especificar volume e qualidade)

Conc de hemácias () _____ () Pobre em leucócitos () Deleucocitado ou filtrado () Lavada () Irradiado	Conc de hemácias () _____ () Deleucocitado ou filtrado () Irradiado	Plasma fresco congelado () _____ Crioprecipitado () _____
---	--	--

DADOS LABORATÓRIAS QUE JUSTIFICAM A INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO:

Hb: _____ ou Ht: _____ Nº de Plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____ OBS: _____
Transfusões prévias ? () Sim () Não Teve reação transfusional ? () Sim () Não Qual tipo? _____

TIPO DE TRANSFUSÃO

() Programa Dia: ____/____/____ Hora: _____ () Não urgente (dentro de 24h) () Urgente (dentro de 3h) () De extrema urgência (qualquer retardo acarretará risco para a vida) ➡ VIDE VERSO
--

LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

() Ambulatório () Clínica Cirúrgica () Gineco / Obstetrícia () UTI () Clínica Médica () Pediatria () Emergencial / SPA () Residência

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico.

(Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de Hemoterapia)**(As transfusões devem ser realizadas, preferencialmente, no período diurno)****RDC 153/2004 – Ministério da Saúde.**

Em cumprimento à Resolução - RDC Nº 153, publicada em 14/06/2004 (que substitui a Resolução Nº 343/02/MS, é obrigatório a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO + Rh e provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido. Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPRESCINDÍVEL o preenchimento do Termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

() Declaro esta ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o (a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunológicas. O paciente está sob a minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem demora na liberação do hemocomponentes solicitado estando eu de acordo com a transfusão sem as provas de compatibilidade pré-transfusionais.

Data: ____/____/ 20____

Assinatura e Carimbo do Médico

TERMO DE CIENCIA PARA ACOMPANHANTES

DATA: ____/____/____

Eu, _____, CPF
nº _____, acompanhante do paciente
_____ informo que

li/fui devidamente orientado(a) acerca das normas abaixo listadas relativas à rotina de internação nesta unidade. Os pacientes internados na enfermaria neste serviço têm direito a um acompanhante. Na UCI não é permitido acompanhante devido ao quadro de maior gravidade dos pacientes e ao espaço físico restrito.

Tendo em vista que estão definidas como medidas de prevenção da COVID-19, gripe, Monkey pox e demais infecções de transmissão respiratória é obrigatório e uso de máscara em ambiente hospitalar, manter o distanciamento físico e evitar aglomerações

Estou ciente da obrigatoriedade de:

1. Manter o uso de máscara durante todo o período de permanência na unidade
2. Informar à equipe caso apresente sintomas gripais, retirando-me imediatamente da unidade
3. Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário exclusivamente ao meu familiar, conforme orientação da equipe
4. Preservar a higiene da enfermaria.
5. Seguir as orientações da equipe de saúde.
6. Informar à equipe de saúde alterações que ocorram com o paciente.
7. Lavar as mãos antes e depois de prestar cuidados ao paciente.
8. Manter apenas uma bolsa de mão e um volume (mala) com tranca tamanho médio
9. Não usar adorno (anel, aliança, relógio, pulseira, piercing, brinco, colar, cordão) durante a permanência na unidade

Estou ciente que:

Caso a equipe identifique que apresento sintomas gripais (tosse, coriza, obstrução nasal ou espirros), terei meu acesso à unidade negado ou será solicitada minha retirada das dependências da unidade, como medida de proteção a todos os usuários e profissionais.

NÃO É PERMITIDO

1. Entrada com alimentos
2. Fumar nas dependências deste hospital.
3. Mais de um acompanhante por paciente.
4. Transitar no hospital com o paciente sem a devida autorização da equipe assistencial.
5. Fazer troca de acompanhante fora dos horários e local definido.
6. Filmar ou fotografar as dependências deste serviço sem autorização da equipe.
7. Prestar cuidados a pacientes de outros leitos para evitar infecções.
8. Deixar objetos pessoais em cima do leito ou expostos em dependências deste serviço
9. Usar celular próximo ao leito do paciente.
10. Trazer ventilador;
11. Roupas de cama e travesseiro (exceto em situações específicas mediante análise do serviço social)

	HOSPITAL DR. RAIMUNDO LIMA SERVIÇO SOCIAL SERVIÇO DE PSICOLOGIA SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	
--	---	---

12. Acompanhante menor de 18 anos e/ou pertencente ao grupo de risco para COVID-19: >60 anos, gestante, portador de doença crônica, imunossupressora ou obesidade
13. Usar o leito da paciente ou qualquer outro leito da enfermaria ainda que esteja vago
14. Entrada de plantas ou aparelhos eletroeletrônicos

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O paciente poderá ser transferido para outro serviço quando indicado pela equipe médica.
- Não são permitidas visitas de crianças e adolescentes menores de dezesesseis anos.
- É permitida a entrada de material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante, xampu) e roupas para troca diária.
- Não é permitido entrar no hospital trazendo alimentos, cigarros e objetos de valor (ventilador, rádio, televisão).
- A guarda de capacetes é de responsabilidade do portador.
- Não é permitida a entrada de pessoas sem camisa ou trajando shorts, calção ou roupa de banho.
- Só é permitido o acesso de acompanhantes mediante a apresentação de documento com foto.

Horário das refeições: **Café:** das 6 horas, **Almoço:** 12 horas, **Jantar:** das 18:00 horas (poderá ser alterado de acordo com o fluxo na unidade)

Informações gerais relacionadas ao paciente poderão ser obtidas diretamente pelo acompanhante junto a equipe assistencial.

NA UCI, O BOLETIM MÉDICO SERÁ APRESENTADO INDIVIDUALMENTE, BEIRA LEITO, VERBALMENTE PELO MEDICO ASSISTENTE – NO HORÁRIO DAS 16:30H, DIARIAMENTE. SERÁ PERMITIDA A ENTRADA DE UM FAMILIAR POR DIA PARA RECEBER O BOLETIM E CONVERSAR COM O MÉDICO. O VISITANTE SERÁ ACOMPANHADO PELO PSICOLOGO PARA ACESSO À UCI.

Não fornecemos informações específicas do estado de saúde dos pacientes por telefone.

OBS 1: O HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA POR PERDA OU DESAPARECIMENTO DE OBJETOS PESSOAIS

OBS 2: A troca de acompanhante será feita pela porta principal, nos horários das 06h00 às 08h00 e das 18h às 20h.

OBS 3: Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência no hospital.

FIQUE ATENTO! Colabore com a equipe de saúde a fim de garantir o bem-estar e o bom andamento da assistência prestada às pacientes.

Estou ciente que a troca/permanência de acompanhantes ou visitas à UCI poderão ser suspensas de acordo com normativas da ANVISA ou da vigilância sanitária estadual e municipal.



HOSPITAL DR. RAIMUNDO LIMA
SERVIÇO SOCIAL
SERVIÇO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE CONTROLE DE
INFECÇÃO HOSPITALAR



TERMO DE RESPONSABILIDADE

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Dessa forma, o paciente e/ou seu responsável abaixo assinado autorizam pelo presente documento, a internação do primeiro nos termos abaixo especificados.

- a) A assinatura do presente termo pelo responsável ou pelo paciente indica a aceitação do tratamento clínico inicialmente proposto autorizando a realização de todos os exames e procedimentos necessários ao cumprimento da proposta. Além disso, em caso de assinatura por responsável, ao mesmo caberá a tomada de decisões em impossibilidade do paciente.
- b) O paciente ou seu responsável legal deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e apresentar o RG e cartão do SUS do paciente no ato da internação. Todo paciente deverá ter no ato da internação, um responsável para assinar os termos necessários para internar no Hospital Dr. Raimundo.
- c) O Hospital Dr. Raimundo Lima – (HRL) prestará atendimento médico hospitalar ao paciente de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, com todos os atos necessários ao perfeito atendimento.
- d) O Hospital Dr. Raimundo Lima reconhece que o médico plantonista assistente e os demais integrantes da equipe multiprofissional: enfermeiro (a), Psicólogo (a), assistente social, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem são os responsáveis pela condução do tratamento ministrado ao paciente internado. Sendo todos os procedimentos realizados nos pacientes assistidos subordinados às diretrizes traçadas por toda equipe responsável pela enfermagem.
- e) A proposta de tratamento especializado ou exames laboratoriais pelos quais o paciente será submetido, bem como seus benefícios e riscos, serão explicados durante os

cuidados assistenciais pela equipe multiprofissional sendo concedida ao paciente e/ou responsável no decorrer do tratamento oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre esclarecido.

f) Durante a internação os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento do Hospital e da Enfermaria assim como aqueles referentes ao controle de infecção hospitalar. As normas serão estabelecidas por nossa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

g) No momento da alta a condução do paciente deverá ocorrer preferencialmente pelo familiar e/ou responsável. Em caso de impossibilidades a pessoa responsável deverá informar o nome de quem o substituirá e este deve vir munido de seus documentos originais.

O responsável pelo paciente atesta que foi acolhido e orientado por pelo menos um dos membros do serviço social Equipe Multiprofissional acerca do presente Termo de Responsabilidade do qual expresse conhecimento, obrigando-se ao seu fiel cumprimento.

Ciente em ____/____/____.

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: (__) _____ / (__) _____

**ASSINATURA E CARIMBO
DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO TERMO**

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____

Solicito autorização para trocar o plantão _____ do dia ____/____/____ com o (a) colega _____
Comprometo-me a fazer o
seu plantão _____ do dia ____/____/____

São Luis, ____ de _____ de 2024

Colaborador Solicitante

Chefe de Setor

Colaborador Substituto

Administrativo Local

OBS.: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS.

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____

Solicito autorização para trocar o plantão _____ do dia ____/____/____ com o (a) colega _____
Comprometo-me a fazer o
seu plantão _____ do dia ____/____/____

São Luís, ____ de _____ de 2024

Colaborador Solicitante

Chefe de Setor

Colaborador Substituto

Administrativo Local

OBS.: ESSA TROCA DEVERÁ SER FEITA DENTRO DO MESMO MÊS.

TERMO DE OPÇÃO DO VALE TRANSPORTE

O Vale Transporte é um direito do trabalhador, faça a sua opção abaixo:

1 - () **SIM**, desejo utilizar o sistema de Vale Transporte.

2 - () **NÃO** desejo utilizar o sistema de Vale Transporte.

Eu, _____ portador
do CPF nº: _____ função _____, empregado do
INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE S/A, desejando adquirir Vale Transporte, declaro que estou
residindo no seguinte endereço: _____, CEP: _____,
utilizando os seguintes meios de transporte:

Denominação da Linha	Valor da Tarifa	Quantidade de Viagens

Assumo o compromisso de utilizar o Vale Transporte exclusivamente para o meu efetivo deslocamento residência-trabalho e vice-versa, e firmo ter conhecimento do Artigo 7º, parágrafo 3º do decreto nº 95247/87, de que constitui falta grave o seu uso indevido ou que essa declaração seja falsa.

Comprometo-me a atualizar anualmente as informações, ou a qualquer tempo quando ocorrer mudança residencial ou dos meios de transporte.

Autorizo a empresa a descontar mensalmente até 6 % (Seis) por cento do meu salário base. Onde o valor descontado esta destinado a cobrir o fornecimento de vales transporte por mim utilizado.

Tenho conhecimento de que o Auxílio Transporte: não tem natureza salarial, não incorpora à remuneração para qualquer efeito, não configura rendimento tributável.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração e termo de compromisso.

São Luís, _____ de _____ de 20 _____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

 HOSPITAL Dr. Raimundo Lima		RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÃO		GOVERNO DO  	
Data de ocorrência:		Hora:		Nº	
Setor notificante:			Setor Notificado:		
Nome completo do paciente:					Leito:
		EVENTO ADVERSO (EA) ()			
		EVENTO ADVERSO POTENCIAL (EAP) —NEAR MISS— ()			
		EVENTO SENTINELA (ES) ()			
Houve Dano? () Físico () Social () Psicológico () Não					
Paciente/Família ciente do ocorrido ?					
Consequência para o paciente:					
Ação corretiva imediata:					
Responsável:					Data:
Os Eventos Sentinela e as Não Conformidades relevantes ou graves deverão ser comunicados imediatamente ao Núcleo de Segurança do Paciente					
		RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÃO		GOVERNO DO  SES Secretaria de Estado da Saúde	
TRATAMENTO DO SETOR NOTIFICADO					

RESPONSÁVEL:	
DATA:	
ANÁLISE CRÍTICA DO NSP	
Despacho Escritório: RECEBIDO EM ____/____/____ às ____ ENCAMINHADA PARA O COORDENADOR EM: ____/____/____ às ____ ENVIADO PARA NOTIFICANTE EM: ____/____/____ às ____	RECLASSIFICAÇÃO, se classificação, e ferramenta para tratamento da notificação Tipo de Evento: Não conformidade – (NC) – PLANO DE AÇÃO – 48h Evento Adverso Evento Sentinela (ES) - ISHIKAWA – 24h
Desdobramentos: Elaboração do processo Reavaliação do processo Treinamento Outros	