

ATO CONVOCATÓRIO Nº 116/2019/MA

O **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, torna público que no período de **30/04/2019 a 07/05/2019**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GÁFICO**, para atender a demanda anual do Hospital Regional Dr José Murad/MA, sob a gestão do **INVISA**, através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, conforme as especificações e quantidades constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

2. As propostas de preços deverão ser digitalizadas e enviadas por correio eletrônico para: compras.ma@invisa.org.br no período de **30/04/2019 a 07/05/2019**.

3. O **Anexo II – FORMULÁRIO PADRONIZADO DE PROPOSTA DE PREÇO**, que acompanha este ato convocatório, deverá ser utilizado, **obrigatoriamente**, para a apresentação da proposta.

4. Os Proponentes receberão, por e-mail, comprovante de recebimento das suas propostas enviadas, com indicação do dia e horário de recebimento.

5. A proposta de preço deverá ser redigida em língua portuguesa, com clareza, sem emendas, rasuras, acréscimos ou entrelinhas, devidamente datada e assinada, como também rubricadas em todas as suas folhas pelo licitante ou seu representante, deverá conter, **obrigatoriamente**, conforme as especificações abaixo, sob pena de desclassificação:

- a) Valor unitário e total do item deverão ser expressos em reais;
- b) Deverá constar marca e apresentação do objeto;
- c) Deverá constar fabricante/procedência/nome comercial/referência/descrição exaustiva e características adicionais do objeto que permita identifica-lo e avaliar se o produto atende ou não às especificações mínimas requeridas tais informações deverão constar no campo “observações adicionais” de cada item.
- d) Prazo de validade da proposta deverá ser de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da sua apresentação.

5.1 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.

6. Nas propostas de preços devem constar os dados da empresa como: CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal, endereço completo, telefone, nome do vendedor, prazo de entrega do produto ou serviço.



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

7. As propostas de preços serão classificadas pelo MENOR PREÇO GLOBAL, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço todos os itens constantes no Anexo I.

7.1 A empresa vencedora fornecerá pelo período de 12 (doze) meses a quantidade necessária dos produtos para abastecer as Unidades de Saúde do Estado do Maranhão.

7.2 As entregas serão realizadas mensalmente após recebimento da Ordem de Fornecimento – OF emitida pelo contratante.

7.3 O preço será fixo e irrevogável durante o período do fornecimento.

7.4 A alteração de preço dos produtos, objeto deste Ato Convocatório, 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

8. As propostas de preços que não possuírem tais características serão desclassificadas, de modo que não serão incluídas no Processo de Compras.

9. A entrega dos produtos deverá ser realizada no prazo de 07 (sete) dias 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).

10. A entrega dos produtos será realizada no ;

***Hospital José Murad**, Localizado na R. Prof. Antônio Lopes, Viana – MA / CEP: 65215-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para a entrega através do telefone:
(98) 87303359

10.1 O Contratante enviará, mensalmente, a quantidade necessária para atender a demanda do mês, através da Ordem de Fornecimento, dos itens constantes na tabela do Anexo I.

11. Realizado o agendamento, após o recebimento da OF (Ordem de Fornecimento), a Contratada deverá enviar por e-mail (compras.ma@invisa.org.br) o cronograma de sua entrega.

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

12.1. 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;

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

13. 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.

14. A validade dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) a partir da data de fabricação do produto, contado da data de fabricação.

15. 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.

16. Os interessados deverão ainda apresentar juntamente com a proposta, documentos que comprovem a constituição da empresa e sua regularidade fiscal, através dos seguintes documentos:

- a) Contrato Social registrado;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Certidões negativas de débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da Empresa, válidas na data de entrega das propostas;
- d) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço válida na data de entrega das propostas;
- e) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida;
- f) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente;

17. Informações e esclarecimentos sobre o Ato Convocatório serão prestadas por e-mail: compras.ma@invisa.org.br até 01 (um) útil anterior à data final para recebimento das propostas.

18. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** verificará as propostas apresentadas, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

19. O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** pagará pelas Notas Fiscais que estiverem de acordo com os valores em contrato e correspondente a 100% com a Ordem de Fornecimento (OF), enviada mensalmente pelo setor de compras.

20. A coluna “**Preço Referência**” foram os preços atribuídos a cada item que foram estimados com base nos valores praticados em mercado e havendo propostas de preços superiores ao “**Preço Referência**” **serão aceitas, desde que acompanhadas de justificativa de aumento.**

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

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

24. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** informará às Proponentes empatadas o ocorrido por meio eletrônico e solicitará das mesmas nova proposta de



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

preço que deverá ser encaminhado por e-mail em 24h.

25. O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA convocará a Proponente vencedora por e-mail.

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

27. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação para assinar o contrato ou a cumprir o disposto na Ordem de Fornecimento, conforme o caso, sob pena de decair do direito à contratação.

28. 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.

29. 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.

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

31. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seus Anexos.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 30 de abril de 2019.

Bruno Soares Ripardo
Diretor Geral
INVISA – Instituto Vida e Saúde

ANEXO I

ITEM	CÓDIGO	MATERIAL GRÁFICO	QUANT MÍN	QUANT MÁX	PREÇO REF
1	4336	BLOCO ATEND. OBSERVAÇÃO POR MÉDICO - SIH 50X2 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 19,00
2	4337	BLOCO ATEND. SPA PO MÉDICO - SIH 50X2 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 18,40
3	4338	BLOCO ATEND. INTERNAÇÃO POR MÉDICO - SIH 50X2 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 19,00
4	4339	BLOCO ATEND. SPA E OBSERVAÇÃO POR MÉDICO - SIH 100X1 - BRANCO/AZUL	120	240	R\$ 19,00
5	4340	BLOCO RECEITUÁRIO 15X21 - BRANCO/AZUL	1200	1800	R\$ 10,10
6	4341	BLOCO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO SPA 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1800	R\$ 19,00
7	4342	BLOCO CONTA HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 18,75
8	4343	BLOCO PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 19,90
9	4344	BLOCO LAUDO P/ SOLIC./AUTOR. INTERNAÇÃO HOSPITALAR 50X2 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 19,90
10	4345	BLOCO ANOTAÇÕES DE OPERAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 21,00
11	4346	BLOCO RELATÓRIO DE CIRURGIA 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 21,00
12	4347	BLOCO BPA - I 100X1 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 19,65
13	4348	BLOCO EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1800	R\$ 18,75
14	4349	BLOCO EVOLUÇÃO CLÍNICA 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1800	R\$ 18,75
15	4350	BLOCO PRESCRIÇÃO MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1800	R\$ 21,40
16	4351	BLOCO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO SPA - SPA = ENFERMAGEM 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1800	R\$ 18,40
17	4352	BLOCO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 100X1- BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 20,25
18	4353	BLOCO FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CCIH 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 22,15
19	4354	BLOCO EVOLUÇÃO NUTRICIONAL 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 21,00

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

20	4355	BLOCO FICHA SOCIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 18,75
21	4356	BLOCO EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 18,75
22	4357	BLOCO HISTÓRIA CLÍNICA PESSOAL BLOCO 100X1 1X1 COR	1200	1440	R\$ 20,25
23	4358	BLOCO CONTROLE DE REFEIÇÃO FUNCIONÁRIOS ALMOÇO 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 21,00
24	4359	BLOCO MAPA DE CONTROLE DE DIETAS DE PACIENTES 100X1 - BRANCO/AZUL	1200	1440	R\$ 20,25
25	4360	BLOCO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL 100X1 - BRANCO/AZUL	120	240	R\$ 18,75
26	4361	BLOCO CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CLÍNICA MÉDICA 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 21,40
27	4362	BLOCO CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CLÍNICA CIRURGICA 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 21,40
28	4363	BLOCO CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CLÍNICA OBSTET. 100X1 - BRANCO/AZUL	36	60	R\$ 21,40
29	4364	BLOCO PLANILHA DE SOLICITAÇÃO INTERNA DE MEDICAMENTOS/INSUMOS 100X1 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 20,25
30	4365	BLOCO PLANILHA CONTROLE ANTIBICOTERAPIA 100X1 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 20,25
31	4366	BLOCO AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 15X21 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 8,80
32	4367	BLOCO REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 15X21 - BRANCO/AZUL	120	240	R\$ 8,80
33	4368	BLOCO PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM INTERNAÇÃO 100X1 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 19,00
34	4369	BLOCO MAPA DE PROCEDIMENTOS CENTRO CIRURGICO 100X1 - BRANCO/AZUL	60	120	R\$ 19,00



PROPOSTA DE PREÇOS

RAZÃO SOCIAL:				CNPJ:			
INSCRIÇÃO ESTADUAL:		VENDEDOR:					
ENDEREÇO:						NÚMERO:	
BAIRRO:			CIDADE:			UF:	
TELEFONE:			CELULAR:				
EMAIL:							

[illegible]

VALOR TOTAL DA PROPOSTA	R\$ 0,00 (XX)
--------------------------------	---

VALIDADE DA PROPOSTA	30 DIAS	PRAZO DE ENTREGA:	
-----------------------------	----------------	--------------------------	--

[CIDADE], XX de XX de XXXX.

PROPONENTE
(ASSINATURA E CARIMBO CNPJ)



HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE MURAD

ATENDIMENTO DA OBSERVAÇÃO POR MÉDICO -SIH

[illegible]

МАРИНА
ГОЛДЕН БО

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE MURAD
ATENDIMENTO DA S.P.A. POR MÉDICO -SIH

[illegible]

МАРИЯНИНО
ГОВЕРЛА ДО

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE MURAD
ATENDIMENTO DA S.P.A. POR MÉDICO -SIH



MES:

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE MURAD
ATENDIMENTO DA S.P.A. POR MÉDICO -SIH



MISS:

[illegible]



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883. - Viana-MA



5

RECEITUÁRIO

CNPJ.: 02973240002575
Fone/Fax : (98) 3351-1251



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO - (S.P.A)

Data: / /

Hora: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ anos - Sexo: Masc. () Fem. () - Est. Civil: ____

Nome da Mãe: _____

Raça: _____ **CARTÃO SUS** ➡

PROCEDIMENTOS

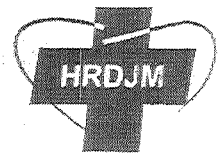
[illegible]

[illegible]



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

8F



PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Número: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço Município: _____ Distrito: _____ Zona: _____

Data Admissão: ____/____/____ Hora: _____ Encaminhado da Área: _____ G. Alvo: _____

- | | | |
|--|--|--|
| 1 ☐ Mesma Unidade | 1.1 ☐ Ambulatório | 1.2 ☐ Outro Clínico do mesmo Hospital |
| 2 ☐ Outra Unidade | 2.1 ☐ Ambulatório | 2.2 ☐ Hospitalar |
| 3 ☐ Entrada de Emergência | 3.1 ☐ Acidentado | 3.2 ☐ Outro |

Data Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Est. Civil: _____ Grau de Instrução: _____

Peso Kg: _____ Altura em: _____ Estado Nutricional: _____

Ocupação: _____ Instituição Previdenciária: ☐ Segurado ☐ Dependente ☐ Outro

Filiação Pai: _____ Mãe: _____

Nome do Responsável: _____ Vínculo de Parentesco: _____

Denominação e Endereço de Trabalho: _____

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Clínicos Familiares: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Imediato conciso sobre doença atual: _____

Nome Clínico: _____

Diagnóstico de Admissão: _____

Data de Diagnóstico: ____/____/____

Clinica: _____ Assinatura do Médico que Admitiu o Paciente: _____

TRATAMENTO:

2V

1) Clínico: _____

2) Cirúrgico: _____

3) Obstétrico: _____

4) Psiquiátrico: _____

5) Outros: _____

Diagnóstico definitivo: _____ Data da Confirmação: ____/____/____

Confirmação: ☐ Clínica ☐ Raios X ☐ Laboratorial: a) ☐ Sangue b) ☐ Urina c) ☐ Fezes

d) ☐ Escarro e) ☐ Anatomopatológico f) ☐ Biópsia g) ☐ Necrópsia h) ☐ Outras

Nome e Assinatura do Médico Responsável pelo paciente: _____

Nome e Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Alta 1- ☐ Curado 2- ☐ Melhorado 3- ☐ Inalterado 4- ☐ Óbito 5- ☐ Necropsia realizada

6- ☐ Abandonado ☐ Outras cenas (Especificar) _____

Dias de Permanência Hospitalar: _____

Data de Alta: ____/____/____ Mora _____

Paciente Encaminhado para: 1- ☐ Ambulatório 2- ☐ Outro Hospital 3- ☐ Sem Encaminhamento

Assinatura do Chefe de Serviço: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito autoriza o(s) médicos(s) encarregado(s) dos cuidados do Paciente, cujo nome apareça no verso desta folha a efetuar o exame terapêutica, anestesia, intervenção cirúrgica etc., que se fizer necessária aconselhável para o diagnóstico e tratamento do caso inclusive autópsia em caso de morte.

Data: ____/____/____ Assinatura do Paciente: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do Familiar: _____ Grau de Parentesco: _____

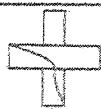
Data: ____/____/____ Nome e Assinatura da Testemunha: _____

O Subscrito certifica que a pessoa cujo o nome aparece no verso desta folha, paciente do hospital: _____
_____ sai deste hospital contra a opinião do(a) médico(a). Faça constar que havendo sido advertido dos riscos que isso implica, isenta de todas as responsabilidades dos médicos assistentes e direção do hospital pelas consequências que daí possam resultar.

Data: ____/____/____ Assinatura do Paciente: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do Familiar: _____ Grau de Parentesco: _____

Data: ____/____/____ Nome e Assinatura da Testemunha: _____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD

2 - CNES

2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 7 | 5

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD

4 - CNES

2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 7 | 5

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº Bairro)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. ISOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID. 10 PRINCIPAL

22 - CID. 10 SECUNDÁRIO

23 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CRIE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PRESIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - CNPJ EMPRESA

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

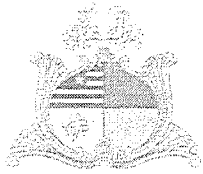
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

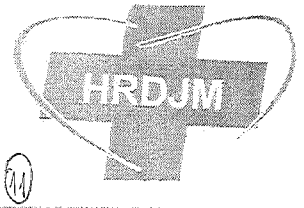
PACIENTE	NOME			
	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTO-SO
DIAGNÓSTICO				DATA
OPERAÇÃO DO PARTO	PRINCIPAL		CÓDIGO	
	SECUNDARIA		CÓDIGO	INÍCIO
	SIMULTANEA		CÓDIGO	TERMINO
	CIRURGIÃO OU OBSTETRA		AUXILIARES	DURAÇÃO NORMAL
ANESTESIA	TIPO		INÍCIO	TERMINO
	ANESTESISTA		DURAÇÃO TOTAL	
RELEIUNADO	DATA	☐ ATÉRMO ☐ NEOMORTO ☐ ÚNICO MASCULINO ☐ MÚLTIPLOS MASCULINO		
	HORA	☐ PRÉ-MATURO ☐ NATIMORTO ☐ ÚNICO FEMININO ☐ MÚLTIPLOS FEMININO		

NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE	NOME	QUANTIDADE
AGULHA HPODÉRMICA		ADRENAUNA		CATGUT SIMPLES	
AGULHA PERICUTAL		ATROPINA		CATGUT CROMADO	
AGULHA RAQUI		ÁGUA DESTILADA		CATGUT SERTIX	
ÁLCOOL 70%		EFORTIL		MONONYLON	
BOQUIPO GOTAS		ENGOTRATE		POLYCOT	
ESCARADRAPO		KERLIN 1 gr		VICRYL	
GASE (COMPRESSAS)		ORAPINA			
JELO		PAVULON			
LUVA ESTÉRIL Nº 7.0					
LUVA ESTÉRIL Nº 8.0					
LUVA ESTÉRIL Nº 9.5					
LUVAS DE PROCEDIMENTO					
LÂMINA DE BISTURI					
SONDA VESICAL					
SCALP				DOLANTINA	
SERINGA 2 ml				DIASERAM	
SERINGA 5 ml				DROPERICOL	
SERINGA 10 ml				DIMORF	
SERINGA				FIENTANIL	
UROSA				HALOTANO	
		LIDOCAINA 2%		TIOPENTAL	
		LIDOCAINA 5%		KETALAR	
		MARCAINA PESADA			
		NEOCARINA 0.5%			

INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
MEDICO	ANESTESISTA



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:

Cirurgião:

1º Assistente:

2º Assistente:

3º Assistente

Instrumentador:

Anestésicos:

Anestesia:

Anestesista:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Operação Tipo:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Relatório Imediato de Patologia:

Acidente Durante a Operação:

Complicações Anestésicas:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento, etc.)



CNES: 2454476
SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SAISUS
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA - I

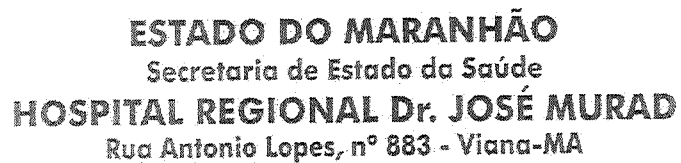
DADOS OPERACIONAIS		
ESPECIALIDADE	CNS DO PROFISSIONAL	DATA DO ATENDIMENTO
ultramamografia	170 2643 2824 000	

MERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO		NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
SEXO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	CID 10/DIAGN	ASSINATURA DO PACIENTE
ENDEREÇO		BAIRRO	CEP	RAÇA/COR

MERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO		NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
SEXO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	CID 10/DIAGN	ASSINATURA DO PACIENTE
ENDEREÇO		BAIRRO	CEP	RAÇA/COR

MERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO		NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
SEXO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	CID 10/DIAGN	ASSINATURA DO PACIENTE
ENDEREÇO		BAIRRO	CEP	RAÇA/COR

MERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO		NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
SEXO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	CID 10/DIAGN	ASSINATURA DO PACIENTE
ENDEREÇO		BAIRRO	CEP	RAÇA/COR



Name: _____

Notas sobre a evolução da doença. Complicações, Consultas, Mudanças de Diagnóstico, Condições ao ser dada Alta.
Instrução ao paciente, devendo toda anotação ser assinada por quem o faz.

[illegible]



Nome: _____

[illegible]



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD
Rua Antônio Lopes, n.º 883 - Vila Alta

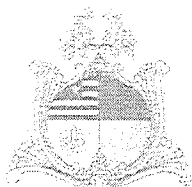
DATA: _____ / _____ / _____

CLIENTE: _____ Nº PRONT: _____ SETOR: _____

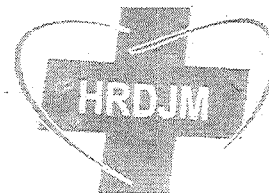
15

[illegible]

HRS./HORAS - VOL/VOLUME - DIUR/DIURSE - SNG/ Sonda Nasogástrica - VÔM/VÔMITOS - DRE/DRENO - EVAC/ Esvacuação - VO/ Via Oral - EV/ Endovenosa



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO - (S.P.A)

NOME:	REGISTRO:
DATA:	HORA:
SEXO:	IDADE:
QUEIXA PRINCIPAL:	
HISTÓRIA BREVE:	

DADOS VITAIS	PA	TEMP.	FR	PULSO	DOR

ESCALA DE INTENSIDADE DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

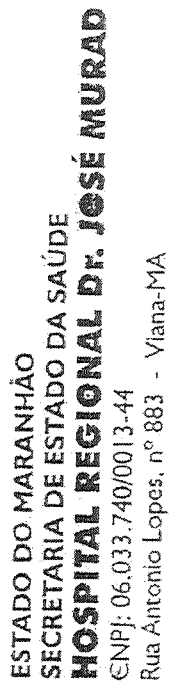
sem dor média dor pior dor

www.saudeemmovimento.com.br

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA	AMARELA	VERDE	AZUL
----------	---------	-------	------

DROGAS:
ALERGIAS:
DOENÇAS PREEEXISTENTES:
CONDUTA INICIAL:
ENFERMEIRO:



ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD

ENPJ: 06.033.740/0013-44

Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA

உயிர்ப்பாதுகாப்பு

de volta ao trabalho

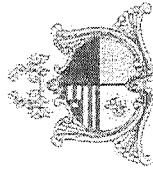
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

[illegible]

Date: / / 20

7. Independent

Médico

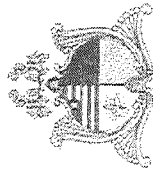


ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



(18) F

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CCIH									
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH									
NOME:		IDADE:		SEXO () F () M		ADM:			
DIAGNÓSTICO:									
INTERNAÇÃO ATUAL: () UTI () CLÍNICO () CIRÚRGICO									
FATORES DE RISCO: () DM () HAS () RENAL () CARDIOPATA () OUTROS ALERGIAS									
PROCEDENTE:									
DADOS DA INFECÇÃO									
DATA DA INFECÇÃO:									
() SEPSE		() ITU		() INFECÇÃO DECORRENTE SANGÜÍNEA					
() SÍTIO CIRÚRGICO		() PELE TECIDOS MOLES		() PNM					
CONTROLE DE DISPOSITIVOS					ANTIBIÓTICOS:				
PROCEDIMENTOS		DATA INICIAL		TROCA		TROCA		TROCA	
CVC									
TOT / VM									
AVP									
SVD									
ACOMPANHAMENTO CCIH									
HEMOCULTURA		() NÃO COLETADO		RESULTADO:		UROCULTURA		() NÃO COLETADO RESULTADO:	
DATA:				DATA:		SWAB RETAL		() NÃO COLETADO RESULTADO:	
SWAB NASAL		() NÃO COLETADO		RESULTADO:		SWAB RETAL		() NÃO COLETADO RESULTADO:	
DATA:				DATA:		SWAB RETAL		() NÃO COLETADO RESULTADO:	



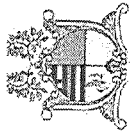
ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



18N

PRECAUÇÕES	
CONTATO	A partir de:
	Suspensão em:
GOTÍCULA	A partir de:
	Suspensão em:
ÁREA	A partir de:
	Suspensão em:
ENTÉRICA	A partir de:
	Suspensão em:

Precaução de Contato	Indicações: infecções ou colonização por microorganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.	Higienização das mãos Avental Luvas Quarto privativo
Precauções para Gotículas	Indicações: meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.	Higienização das mãos Máscara Cirúrgica (paciente durante o transporte) Máscara Cirúrgica (profissional) Quarto privativo
Precauções para Aerossóis	Precaução padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfurocortantes.	Higienização das mãos Máscara Cirúrgica (paciente durante o transporte) Máscara PFF2 (N-95) (profissional) Quarto privativo



Estado do Maranhão
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL Dr. JOSÉ MURAD

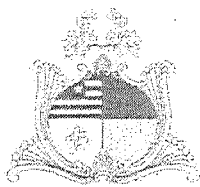
49

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

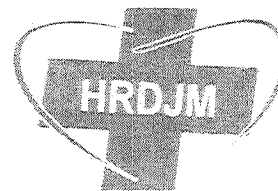
Nome: _____ Idade: _____

Diagnóstico: _____

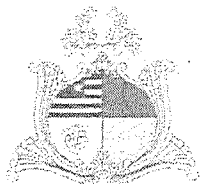
DATA	Tratamento usado durante a internação	Sinais e Sintomas	Tipo de Dieta	Função Intestinal	Aceleração Alimentar	Funções vitais	Patologias	Intercorrências/Assinatura
	ANTIBIOTICO TERAPIA () SEM USO DE ANTIBIOTICO () COM USO DE ANTIBIOTICO () 7 DIAS () 10 DIAS () 14 DIAS () SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO () PRÉ CIRURGIA () PÓS CIRURGIA () NÃO INFORMADO	() FALTA DE APETITE () VÔMITO () DOR ABDOMINAL () DISTENÇÃO () CANSAÇO () FEBRE () JEDEMA () FRAQUEZA () CEFALEIA () TOSSE () TONTURA	() LIVRE () BRANDA () PASTOSA () LIQ. () PASTOSA () LIQUIDA () DM () HAS () ZERO () OUTROS	() NORMAL () PRESENTE () DIARREIA () AUSENTE () CONSTIPADO	() POUCA () PARCIALMENTE () BOA	PA _____ GLICEMIA _____	() DIABETES () JIRA/IRC () DISLIPIDEMIA () HAS () OBESIDADE () DESNUTRIÇÃO () ANEMIA () PNEUMONIA () DOENÇAS NEUR. () CÂNCER	
	ANTIBIOTICO TERAPIA () SEM USO DE ANTIBIOTICO () COM USO DE ANTIBIOTICO () 7 DIAS () 10 DIAS () 14 DIAS () SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO () PRÉ CIRURGIA () PÓS CIRURGIA () NÃO INFORMADO	() FALTA DE APETITE () VÔMITO () DOR ABDOMINAL () DISTENÇÃO () CANSAÇO () FEBRE () JEDEMA () FRAQUEZA () CEFALEIA () TOSSE () TONTURA	() LIVRE () BRANDA () PASTOSA () LIQ. () PASTOSA () LIQUIDA () DM () HAS () ZERO () OUTROS	() NORMAL () PRESENTE () DIARREIA () AUSENTE () CONSTIPADO	() POUCA () PARCIALMENTE () BOA	PA _____ GLICEMIA _____	() DIABETES () JIRA/IRC () DISLIPIDEMIA () HAS () OBESIDADE () DESNUTRIÇÃO () ANEMIA () PNEUMONIA () DOENÇAS NEUR. () CÂNCER	
	ANTIBIOTICO TERAPIA () SEM USO DE ANTIBIOTICO () COM USO DE ANTIBIOTICO () 7 DIAS () 10 DIAS () 14 DIAS () SEM DIAS NA PRESCRIÇÃO () PRÉ CIRURGIA () PÓS CIRURGIA () NÃO INFORMADO	() FALTA DE APETITE () VÔMITO () DOR ABDOMINAL () DISTENÇÃO () CANSAÇO () FEBRE () JEDEMA () FRAQUEZA () CEFALEIA () TOSSE () TONTURA	() LIVRE () BRANDA () PASTOSA () LIQ. () PASTOSA () LIQUIDA () DM () HAS () ZERO () OUTROS	() NORMAL () PRESENTE () DIARREIA () AUSENTE () CONSTIPADO	() POUCA () PARCIALMENTE () BOA	PA _____ GLICEMIA _____	() DIABETES () JIRA/IRC () DISLIPIDEMIA () HAS () OBESIDADE () DESNUTRIÇÃO () ANEMIA () PNEUMONIA () DOENÇAS NEUR. () CÂNCER	



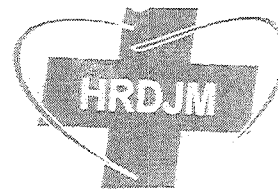
ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



UNIDADE	
FICHA SOCIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
NOME	
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICAR)	RAÇA/COR (AUTODECLARADO) ☐ BRANCA ☐ PRETA ☐ AMARELA ☐ PARDAS ☐ INDÍGENA
FILIAÇÃO (MÃE)	NATURALIDADE FILIAÇÃO (PAI)
ENDEREÇO	PONTO DE REFERÊNCIA
TELEFONES	Nº DO PRONTUÁRIO Nº CARTÃO DO SUS DATA DE NASCIMENTO IDADE
ESCOLARIDADE ☐ SEM ESCOLARIDADE ☐ INFANTIL ☐ FUNDAMENTAL I (1º AO 5º ANO) ☐ FUNDAMENTAL II (6º AO 9º ANO) ☐ ENSINO MÉDIO (ANTIGO 2º GRAU) ☐ SUPERIOR INCOMPLETO ☐ SUPERIOR COMPLETO	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐ SEPARADO ☐ JUDICIALMENTE DIVORCIADO
ATIVIDADE LABORATIVA SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ IGNORADO	
PESSOA COM DEFICIÊNCIA DOCUMENTAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ RG ☐ CPF ☐ CTPS ☐ CNH ☐ CARTÃO DO SUS QUAL? _____ ☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO ☐ CADERNETA DE VACINAÇÃO	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (RESIDENTES COM O USUÁRIO)	
NOME	IDADE GRAU DE PARENTESCO ESCOLARIDADE OCUPAÇÃO
RENDAS FAMILIAR	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS ☐ BPC ☐ BOLSA FAMÍLIA ☐ AUXÍLIO DOENÇA ☐ SALÁRIO MATERNIDADE ☐ OUTROS _____
ACOMPANHANTE	GRAU DE PARENTESCO TELEFONE
INTERNAÇÃO	
DATA DA ADMISSÃO	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PROCEDÊNCIA
DATA DA ALTA	DATA DA TRANSFERÊNCIA DATA DO ÓBITO



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 883 - Viana-MA



EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Nome:

[illegible]

Nome:
 Data de nascimento:
 Leito:

Idade:

História Clínica Pessoal

DIABETES () HAS () AVC () DISLIPIDEMIA () CÂNCER () PNEUMONIA ()
 FUMANTE () ETILISTA () ALERGIA ALIMENTAR OU INTOLERÂNCIA

Avaliação Antropométrica

DATA

Peso Atual(kg)			
Peso Habitual (kg)			
Peso Ideal (kg)			
Altura (cm)			
IMC (kg/m ²)			
Estado Nutricional (D/EUT/SOB/OB/DMMG/DMMM/DMML)			

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO (19 a 65 anos)	RISCO NUTRICIONAL
<18,5	()baixo peso	Baixo
18,5 – 24,9	()eutrofia	Normal
25,0 – 29,9	()sobrepeso	Médio
30,0 – 34,9	()Obesidade grau 1	Moderado
35,0 – 39,9	()Obesidade grau 2	Aumentado
>40	()Obesidade grau 3	Grave

Fonte OMS, 1997.

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO (maior de 65 anos)	RISCO NUTRICIONAL
<22	()baixo peso	Baixo
22 – 27	()eutrofia	Normal
>27	()sobrepeso	Aumentado

Fonte Lipschits, D.A., 1994.

Lucylen Rocha Silva
 Nutricionista
 CRN 15715

CONTROLE DE REFEIÇÃO FUNCIONÁRIOS ALMOÇO

Data: __/__/__

Nº	FUNCIONÁRIOS	ASSINATURA	Nº	FUNCIONÁRIOS	ASSINATURA
01	MÉDICO		32	LAVANDERIA	
02	MÉDICO		33	LAVANDERIA	
03	ENFERMEIRO		34	LAVANDERIA	
04	ENFERMEIRO		35	COZINHA	
05	ENFERMEIRO		36	COZINHA	
06	ENFERMEIRO		37	COZINHA	
07	ENFERMEIRO		38	LIMPEZA	
08	ENFERMEIRO		39	LIMPEZA	
09	TÉC. ENFERMAGEM		40	LIMPEZA	
10	TÉC. ENFERMAGEM		41	LIMPEZA	
11	TÉC. ENFERMAGEM		42	LIMPEZA	
12	TÉC. ENFERMAGEM		43	LIMPEZA	
13	TÉC. ENFERMAGEM		44		
14	TÉC. ENFERMAGEM		45		
15	TÉC. ENFERMAGEM		46		
16	FARMÁCIA		47		
17	FARMÁCIA		48		
18	ASSISTENTE SOCIAL		49		
19	ATENDENTE		50		
20	ATENDENTE				
21	ATENDENTE				
22	RECEPÇÃO				
23	RECEPÇÃO				
24	RAIO X				
25	MAQUEIRO				
26	MOTORISTA				
27	PORTEIRO				
28	PORTEIRO				
29	MANUTENÇÃO				
30	NIR				
31	SIH				



Estado do Maranhão
HOSPITAL Dr. JOSÉ MURAD

HOSPITAL Dr. JOSÉ MURAD

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

MAPA DE CONTROLE DE DIETAS DE PACIENTES

[illegible]



Médico: _____ DATA ____/____/2019

Nº	NOME DO PACIENTE	IDADE	GRUPO DE ATENDIMENTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

LEGENDA:

- 01-EMERGÊNCIA
- 02-CLINICA MÉDICA
- 03-CLINICA CIRÚRGICA
- 04-CLINICA PEDIÁTRICA
- 05-CLINICA GINECOLÓGICA
- 06-CLINICA OBSTÉTRICA
- 07-CLINICA ORTOPÉDICA
- 08-CLINICA DERMATOLÓGICA

RESUMO DIÁRIO ATENDIMENTOS

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
TOTAL:



030101007-2

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Dr; José Maria		CLINICA OBSTETRICA															CBO: 229230	
IDAD	E	DIAS															TOTAL	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	
	26																	
	27																	
	28																	
	29																	
	30																	
	31																	
	32																	
	33																	
	34																	
	35																	
	36																	
	37																	
	38																	
	39																	
	40																	
	41																	
	42																	
	43																	
	44																	
	45																	
	46																	
	47																	
	48																	
	49																	
	50																	

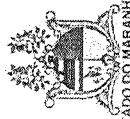


ESTADO DO MARANHÃO
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD
CNPJ: 02.973.240/0025-75
VIANA-MARANHÃO

29

PLANILHA DE SOLICITAÇÃO INTERNA DE MEDICAMENTOS/INSUMOS

SETOR REQUISITANTE:				
ITEM	MEDICAMENTO/INSUMO	SOLICITADO	FORNECIDO	RECEBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
VIANA(MA) __/__/__		SOLICITADO POR-CARIMBO/ASSINATURA		
VIANA(MA) __/__/__		AUTORIZADO POR-CARIMBO/ASSINATURA		
VIANA(MA) __/__/__		RECEBIDO POR-CARIMBO/ASSINATURA		



ESTADO DO MARANHÃO
HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD
CNPJ. 02.973.246/0028-75
VIANA-MARANHÃO

30

PLANILHA CONTROLE ANTIBIOTOTERAPIA - DATA / /

NOME DO PACIENTE E LEITO	LEITO	IDADE	SEXO	POSIOLOGIA	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	DURAÇÃO DA TRATAMENTO
ANTIMICROBIANO EM USO																
ANTIMICROBIANO FOI MUDADO																
CONCENTRAÇÃO (DOSE)																

NOME DO PACIENTE E LEITO	LEITO	IDADE	SEXO	POSIOLOGIA	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	DURAÇÃO DA TRATAMENTO
ANTIMICROBIANO EM USO																
ANTIMICROBIANO FOI MUDADO																
CONCENTRAÇÃO (DOSE)																

OBS: O farmacêutico deverá estar atento aos pacientes que iniciarem o tratamento com antimicrobianos, cabendo a ele unicamente preencher a planilha controle, como também, atente-se para o tempo de tratamento podendo interagir com os prescritos e com a "CCH" da referida unidade. Afim de contribuir com uma Farmacoterapia eficaz e racional.



UNIDADE _____

AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social autoriza a entrada do(a) Sr(a) _____

que visitará (), acompanhará () o(a) paciente _____

que se encontra no leito _____, na clínica _____

esta Autorização é válida no período de _____ até _____, de
acordo com as situações abaixo:

- () Troca de acompanhante;
- () Necessidade do(a) paciente;
- () Realizar visita fora do horário estabelecido;
- () Trajes inadequados;
- () calçado inadequado; e
- () Outros _____

Viana/MA, _____ de _____ de 20_____

Assistente Social



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL REGIONAL Dr. JOSÉ MURAD
Rua Antonio Lopes, nº 853 - Viana-MA



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Prontuário:

Nome:

Idade:

Sexo:

Leito:

Dados Clínicos:

BIOQUÍMICA

- ☐ ÁCIDO ÚRICO
- ☐ ALBUMINA
- ☐ BILIRRUBINA
- ☐ COLESTEROL HDL
- ☐ COLESTEROL LDL
- ☐ COLESTEROL TOTAL
- ☐ CREATININA
- ☐ GLICOSE DEJUM
- ☐ GLICOSE PÓS-PRANDIAL
- ☐ Hb. GLICOSILADA
- ☐ LIPIDOGRAMA
- ☐ PROTEÍNAS TOTAIS
- ☐ PROTEINOGRAMA
- ☐ TRIGLICÉRIDEOS
- ☐ URÉIA

ELETRÓLITOS

- ☐ CÁLCIO
- ☐ CLORETO
- ☐ FERRO SÉRICO
- ☐ FÓSFORO
- ☐ MAGNÉSIO
- ☐ POTÁSSIO
- ☐ SÓDIO

LÍQUOR

- ☐ CITOLOGIA GLOBAL E ESPECÍFICA
- ☐ DHL
- ☐ GLICOSE CLORETOS, PROT.

ENZIMAS

- ☐ AMILASE
- ☐ CK-MB
- ☐ CPK
- ☐ DHL
- ☐ FOSFATASE ÁCIDA
- ☐ FOSFATASE ALCALINA
- ☐ GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE
- ☐ LIPASE
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ TRANSFERRINA

URINA

- ☐ CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA
- ☐ T. L. G
- ☐ TIPO I

FEZES

- ☐ CULTURA
- ☐ PARASITOLÓGICO
- ☐ ROTAVÍRUS
- ☐ SANGUE OCULTO
- ☐ PESQ. DE SUBST. REDUTORAS

PROVAS REUMÁTICAS

- ☐ ANTIESPREPTOLISINA
- ☐ FATOR REUMATÓIDE
- ☐ MUCOPROTEÍNA
- ☐ PROTEÍNA C/ REATIVA
- ☐ TESTE DO LATÉX
- ☐ WALEER ROSE

PROVAS FUNCIONAIS

- ☐ CALCÍURIA
- ☐ CURVA GLIC. CLÁSSICA
- ☐ DEPURACÃO CREATININA
- ☐ FOSFATÚRIA
- ☐ PROTEINÚRIA
- ☐ PROVA DE SOBRECARGA GLIC.
- ☐ URICOSÚRIA

IMUNOLOGIA

- ☐ ANTI HCV
- ☐ ANTI-HCB IgM
- ☐ ANTI-HBCT
- ☐ ANTI-HIV
- ☐ CITOMEGALOVÍRUS IgG
- ☐ CITOMEGALOVÍRUS IgM
- ☐ HBE Ag
- ☐ ABSAg
- ☐ HVA IgG
- ☐ HVA IgM
- ☐ MONONUCLEOSE
- ☐ REACÃO DE WIDAL
- ☐ RUBÉOLA IgG
- ☐ RUBÉOLA IgM
- ☐ SOROLOGIA - VDRL
- ☐ TOXOPLASMOSE IgG
- ☐ TOXOPLASMOSE IgM

HORMÔNIOS

- ☐ ANTIMICROSSOMAL
- ☐ ANTITIROGLOBULINA
- ☐ BETA - HCG
- ☐ C3 E C4
- ☐ CEA
- ☐ CORTISOL
- ☐ ESTRADIOL
- ☐ FERRITINA
- ☐ FSH
- ☐ GH
- ☐ HAFP
- ☐ HCG
- ☐ HORMÔNIO DO CRESCIMENTO
- ☐ LH
- ☐ PROGESTERONA
- ☐ PROLACTINA
- ☐ PSA
- ☐ T3
- ☐ T3 LIVRE
- ☐ T4
- ☐ T4 LIVRE
- ☐ TESTOSTERONA
- ☐ TIROGLOBULINA
- ☐ TSH
- ☐ WMA

COAGULAÇÃO

- ☐ COAGULOGRAMA
- ☐ T.G + T.C
- ☐ TIPAGEM SANGUÍNEA
- ☐ T. PROTROMBINA
- ☐ TTPA
- ☐ FIBRINOSÊNIO

HEMATOLOGIA

- ☐ CÉLULAS LE
- ☐ FALCIZAÇÃO
- ☐ HEMOGRAMA
- ☐ HEMOSSEDIMENTAÇÃO
- ☐ MIELOGRAMA
- ☐ RETICULÓCITOS

OUTROS

- ☐ COOMBS DIRETO
- ☐ COOMBS INDIRETO
- ☐ D.U.

Data:

Solicitante: (assinatura e carimbo)

ATENDIMENTO NESTE HOSPITAL É UNIVERSAL E GRATUITO

GRAFICA ALIANÇA - VIANA-MA

5

[illegible]

[illegible]

MEs:

22

[illegible]

Ms.

[illegible]