



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 765/2021

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0008/56, torna público que no período de **30/07/2021 a 03/08/2021**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda **Anual** do Hospital Nina Rodrigues /MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **30/07/2021 a 03/08/2021**.

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

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

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

6. Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail compras.ma@invisa.org.br dentro do período para envio das propostas.

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

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

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

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

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

[Digite aqui]

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

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

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

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

- **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65037-010, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 3232-3522;

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

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	7974	AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE VEÍCULOS	UNIDADE	60
2	4428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUARIOCARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	2520
3	4424	BLOCO MOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEMPOSTO, FRENTE	BLOCO	216
4	4432	BLOCO MOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENCAMINHAMENTO,FRENTE	BLOCO	96
5	6940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	96
6	6941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	60
7	4431	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIOSERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	48
8	4458	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ATESTADO PSICOLOGIA,FRENTE	BLOCO	24
9	4446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTOMEDICO, FRENTE	BLOCO	60
10	4447	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUT (FRENTE E VERSO)	BLOCO	24
11	4438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	84
12	4457	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, DECLARAÇÃO SERVIÇO SOCIAL -SPA, FRENTE	BLOCO	180
13	4455	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPEMULTIDISCIPLINAR, FRENTE	BLOCO	84
14	4443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL,FRENTE	BLOCO	72
15	4441	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA,FRENTE	BLOCO	48
16	4442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA,FRENTE	BLOCO	48
17	4429	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE REQUISIÇÃO DEALMOXARIFADO, FRENTE	BLOCO	60
18	4503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, INDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	BLOCO	240
19	4448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	72
20	4437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE,FRENTE	BLOCO	24
21	4444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELONOVO), FRENTE	BLOCO	360
22	4436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA, FRENTE	BLOCO	96
23	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	204
24	4415	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ENCAMINHAMENTO MÉDICO14,8X21CM (FRENTE)	UNIDADE	180
25	4426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO(RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	420
26	4445	BLOCO MONOCROMÁTICO, ALTA DE SERVIÇO DE URGENCIA,FRENTE, 9CM X 14CM	BLOCO	24
27	4456	BLOCO MONOCROMÁTICO, FORMULÁRIO LIBERAÇÃO DE REFEIÇÃO, FRENTE E VERSO, 10CM X 20CM	BLOCO	156



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

28	4452	BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOSE ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA	BLOCO	60
29	4451	BLOCO MONOCROMÁTICO, REQUISIÇÃO INTERNA DE MATERIAL/MEDICAMENTOS, FRENTE, 6CM X 17CM	BLOCO	12
30	4459	BLOCO MONOCROMÁTICO, RÓTULO DE SORO, FRENTE, 10CM X10CM	BLOCO	240
31	4427	BLOCO NA COR AZUL, RECEITUARIO TIPO B COM NUMERAÇÃO(IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR) 7,5CM X 20,5CM	BLOCO	1800
32	4450	ENVELOPE PARDO AMBULATÓRIO - PADRONIZADO - TAM A5	UNIDADE	2160
33	7972	FICHA DE PRODUTIVIDADE	UNIDADE	600
34	3653	FICHA NOMINAL BRANCA	UNIDADE	600
35	3652	FICHA NOMINAL VERDE	UNIDADE	600
36	4280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	240
37	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS(MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	1800
38	6946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCRÁTICO A4,	BLOCO	84

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte.

[Digite aqui]



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

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:

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

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

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

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

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

23. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como 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** considera a primeira proposta enviada pela Plataforma.

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

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

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

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



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

29. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.
30. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.
31. Se a **CONTRATADA**, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.
32. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.
33. No caso do **Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do MARANHÃO** por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.
34. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seu Anexo.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 30 de julho de 2021.

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

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

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

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL NINA RODRIGUES**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão n° 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (doze) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	7974	AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE VEÍCULOS	UNIDADE	60
2	4428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUÁRIO CARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	2520
3	4424	BLOCO MOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEMPOSTO, FRENTE	BLOCO	216
4	4432	BLOCO MOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENCAMINHAMENTO,FRENTE	BLOCO	96
5	6940	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	96
6	6941	BLOCO MONOCRÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	60
7	4431	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ACOMPANHAMENTO DIÁRIOSERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	48
8	4458	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ATESTADO PSICOLOGIA,FRENTE	BLOCO	24
9	4446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTOMEDICO, FRENTE	BLOCO	60
10	4447	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUT (FRENTE E VERSO)	BLOCO	24
11	4438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	84
12	4457	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, DECLARAÇÃO SERVIÇO SOCIAL -SPA, FRENTE	BLOCO	180
13	4455	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DA EQUIPEMULTIDISCIPLINAR, FRENTE	BLOCO	84
14	4443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL,FRENTE	BLOCO	72
15	4441	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA,FRENTE	BLOCO	48
16	4442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA,FRENTE	BLOCO	48
17	4429	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE REQUISIÇÃO DEALMOXARIFADO, FRENTE	BLOCO	60
18	4503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, INDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	BLOCO	240
19	4448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	72
20	4437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE,FRENTE	BLOCO	24

[Digite aqui]



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

21	4444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELONOVO), FRENTE	BLOCO	360
22	4436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA, FRENTE	BLOCO	96
23	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	204
24	4415	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ENCAMINHAMENTO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	UNIDADE	180
25	4426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATÓRIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	420
26	4445	BLOCO MONOCROMÁTICO, ALTA DE SERVIÇO DE URGENCIA, FRENTE, 9CM X 14CM	BLOCO	24
27	4456	BLOCO MONOCROMÁTICO, FORMULÁRIO LIBERAÇÃO DE REFEIÇÃO, FRENTE E VERSO, 10CM X 20CM	BLOCO	156
28	4452	BLOCO MONOCROMÁTICO, RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOSE ENTORPECENTES, 14CM X 20CM TIPO C, COR BRANCA	BLOCO	60
29	4451	BLOCO MONOCROMÁTICO, REQUISIÇÃO INTERNA DE MATERIAL/MEDICAMENTOS, FRENTE, 6CM X 17CM	BLOCO	12
30	4459	BLOCO MONOCROMÁTICO, RÓTULO DE SORO, FRENTE, 10CM X 10CM	BLOCO	240
31	4427	BLOCO NA COR AZUL, RECEITUÁRIO TIPO B COM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR) 7,5CM X 20,5CM	BLOCO	1800
32	4450	ENVELOPE PARDO AMBULATÓRIO - PADRONIZADO - TAM A5	UNIDADE	2160
33	7972	FICHA DE PRODUTIVIDADE	UNIDADE	600
34	3653	FICHA NOMINAL BRANCA	UNIDADE	600
35	3652	FICHA NOMINAL VERDE	UNIDADE	600
36	4280	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	240
37	4275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	1800
38	6946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCROMÁTICO A4,	BLOCO	84

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65037-010.

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, pela aquisição dos materiais **os valores especificados na Proposta Comercial**, que rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 765/2021/MA.

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

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

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

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

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

2.2. **Certidão negativa de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;**

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

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

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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

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

Banco: XXXXX
Agência: XXXXX
Conta Corrente: XXXX

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

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

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

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

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

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o do **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65037-010 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. Condição de Entrega:

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

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

5. Condição de Recebimento:

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

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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

1.3.1. Advertência;

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

1.1. Adotar todas as providencias necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório n°. 765/2021/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

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

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

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

1.5. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório n°. 765/2021/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

1.6. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

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

1.13. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório n°. 765/2021/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

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

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

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

2.1. O fornecimento do objeto do presente contrato não implica em vínculo empregatício nem de exclusividade entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

1. Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 765/ 2021/ MA.

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

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

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

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

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

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

8. Comunicar por escrito a **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

9. Proporcionar todas as facilidades necessanas à boa execução deste Contrato, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

serviços, ou falhas ou irregularidades.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

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

2. O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 1 da Cláusula Terceira**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra;

3. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo à terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.

4. O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

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

6. Na superveniência de caso fortuito, de força, maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato;

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

8. Caso o Contrato de Gestão firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

[Digite aqui]



Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

3. A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado n.º. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

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

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

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

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



INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

São Luís/MA, xx de xxxx de 2021.

BRUNO SOARES RIPARDO
INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADA
XXXXXXXX

TESTEMUNHAS:

Nome:
End.:
CPF:

Nome:
End.:
CPF:



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

FICHA DE PRODUTIVIDADE



SAÚDE

PROFISSIONAL: _____

CBO: _____

PROCEDIMENTO: _____

DATA: _____

ORD.	NOME DO PACIENTE	CARTÃO SUS	DATA DE NASC.	QUANT.	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº: _____

LEITO: _____

PACIENTE	_____	
MEDICAMENTOS		
Forma farmacéutica / Concentração / Posologia /		
1- _____		
2- _____		
3- _____		
4- _____		
DATA: ____/____/____		
Entregue por: _____		
Recebido por: _____		
DATA: ____/____/____		
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	EXCLUSIVO DA FARMÁCIA	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES

Nº: _____

LEITO: _____

PACIENTE	_____	
MEDICAMENTOS		
Forma farmacéutica / Concentração / Posologia /		
1- _____		
2- _____		
3- _____		
4- _____		
DATA: ____/____/____		
Entregue por: _____		
Recebido por: _____		
DATA: ____/____/____		

GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TORONTO



ESTADO DO MARANHÃO



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES

AUTORIZO A LIBERAÇÃO DO VEÍCULO DE PLACA _____

SAMU

AMBULÂNCIA – MUNICÍPIO _____

CARRO PRÓPRIO. _____

DATA:

Assinatura Médico



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

AVALIAÇÃO TECNICA

1- Nome do Paciente _____

2- CNS

3- Código(s)/ Medicamento(s)

1	
2	
3	
4	
5	

4- CID-10

5- DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração

- 1 2 3 4 5

6- Observação _____

7- DEVOLUÇÃO

Ha falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8- Especificação _____

9- INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios do PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10- Especificação _____

11- Nome do avaliador _____

14- Assinatura e carimbo do avaliador _____

12- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do avaliador

13- Data da avaliação

AUTORIZAÇÃO

1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
 NAO 1 2 3 4 5

2- Especificação _____

3- Número da APAC

4- Vigência

5- Nome do autorizador _____

8- Assinatura e carimbo do autorizador _____

6- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do autorizador

7- Data da autorização



Fabricado por GPK Brasil:
Av. Independência, 20 - Iporanga
CEP: 18087-101 - Sorocaba - SP
CNPJ: 15.158.259/0001 - 32
Tel/SAC: 15 3032 - 3355
www.gpkbrasil.com.br

**CONTÉM
100
ENVELOPES**

100% RECICLADO

Handwritten mark or signature

CÓD.:2097R
KRAFT NATURAL KN25



ENVELOPES:

176 mm X **250** mm

**ENVELOPE
SACO**



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins que _____

portador(a) do R.G. nº _____, foi avaliado(a)
nesta Unidade de Saúde e, até o presente momento encontra-se em
perfeitas condições de Sanidade Mental.

São Luís, _____ de _____ de _____.

Médico do ASM

**HOSPITAL NINA RODRIGUES
AUTORIZAÇÃO PARA REFEIÇÃO**

Paciente: _____

Acompanhante: _____

Data: ____/____/____

Ass: _____



**HOSPITAL NINA RODRIGUES
AUTORIZAÇÃO PARA REFEIÇÃO**

Nome do Paciente: _____

Nome do Acompanhante: _____

Data: ____/____/____

Técnico(a) Responsável _____



UF MA

B 14-04 28401/19

DATA

PACIENTE

ENDEREÇO

MEDICAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES: 2457768 - CNPJ: 02.973.240/0007-93
Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo
São Luis - MA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF MA Número B 14-04 28401/19 B

Paciente:

Data:

Endereço:

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone:

Ident. Nº

Órgão Emissor:

CARIMBO DO FORNECEDOR

Medicamento ou Substância

Quantidade e forma farmacêutica

Dose por unidade posológica

Posológica

E. L. Comércio Ltda. CNPJ: 05.497.882/0001-66 - Insc. Est.: 12.205.169-6 - Rua 33, Nº 14 - Conjunto Maiobão - Paço do Lumiar-MA.
B1. Receita Tipo B 100x1 via de B 14-0417701/19 a 14-0432700/19 - Portaria 344/96-MS - Aut. de Visa nº 127/2019 de: 19/03/2019.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: *Hospital Nina Rodrigues*

CNES: 2457768

CNPJ: 02.973.240/0007-93

END.: Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo

Cidade: São Luís

UF: MA.

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____ / ____ / ____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: *Hospital Nina Rodrigues*

CNES: 2457768

CNPJ: 02.973.240/0007-93

END.: Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo

Cidade: São Luís

UF: MA.

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ___ / ___ / ___

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ___ / ___ / ___

HOSPITAL NINA RODRIGUES
AMBULATÓRIO

1ª Vez Retorno

Médico Psiquiatra: _____

Data: ____ / ____ /20 ____

Horário: _____ hs

RÓTULO DE SORO

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Soro fisiológico 500 ml 0,8% ()

Soro fisiológico 250 ml 0,9% ()

Soro fisiológico 100 ml 0,9% ()

Ringer Simples 500 ml ()

Ringer com lactato 500 ml ()

Soro glicosado 500 ml 0,5% ()

Cloreto de sódio 10% ()

Cloreto de potássio 10% ()

Medicação: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Responsável: _____



SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



ALTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Informo que o(a) cliente _____,

encontra-se de alta a partir desta data ____/____/____.

ENFERMEIRO (A)



ESTADO DO MARANHÃO
GERÊNCIA DE ESTADO DE QUALIDADE DE VIDA
HOSPITAL NINA RODRIGUES

FICHA NOMINAL

UNIDADE:		
SOBRENOME - NOME:		Nº DO REGISTRO
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LOCAL:	NASCIMENTO: DATA:
FILIAÇÃO:		
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
REGISTRANTE:		DATA DO REGISTRO:



ESTADO DO MARANHÃO
GERÊNCIA DE ESTADO DE QUALIDADE DE VIDA
HOSPITAL NINA RODRIGUES

FICHA NOMINAL

UNIDADE:		
SOBRENOME - NOME:		Nº DO REGISTRO
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LOCAL:	NASCIMENTO: DATA:
FILIAÇÃO:		
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
REGISTRANTE:		DATA DO REGISTRO:



ESTADO DO MARANHÃO
GERÊNCIA DE ESTADO DE QUALIDADE DE VIDA
HOSPITAL NINA RODRIGUES

FICHA NOMINAL

UNIDADE:		
SOBRENOME - NOME:		Nº DO REGISTRO
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LOCAL:	NASCIMENTO: DATA:
FILIAÇÃO:		
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
REGISTRANTE:		DATA DO REGISTRO:



ESTADO DO MARANHÃO
GERÊNCIA DE ESTADO DE QUALIDADE DE VIDA
HOSPITAL NINA RODRIGUES

FICHA NOMINAL

UNIDADE:		
SOBRENOME - NOME:		Nº DO REGISTRO
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LOCAL:	NASCIMENTO: DATA:
FILIAÇÃO:		
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
REGISTRANTE:		DATA DO REGISTRO:



EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Usuário: _____

Setor: _____ Data: ____/____/____

Médico (a): _____

Enfermeiro (a): _____

Assinatura

Assis. Social: _____

Assinatura

Psicólogo: _____

Assinatura

Terapeuta Ocupacional _____

Assinatura

Assinatura



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES



HOSPITAL NINA RODRIGUES
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Prontuário:	CNS:	Data de Nascimento:	Sexo:	Registro:
Nome:		Estado Civil:	Cor:	Data:
Idade:	Mãe:	Pai:		Hora:
Endereço:	Núm:	Bairro:		
Cidade:	UF:	Fone:	Celular:	

Médico:	Especialidade:	Clínica:	
Procedimento:			
SIA/SUS:	Modalidade:	Carater:	Assinatura do Paciente

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul
-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Queixas: _____

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Freq. Respirat.:	Peso:	Altura:	SAT O2:	HGT:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existentes: HAS DM IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

Saída do Paciente:

Decisão Profissional A Revelia A Pedido

Internação _____

Removido _____

Óbito Data: _____ Hora: _____

Para Óbito:

Antes de 24h

Destino do Corpo:

Família IML Anatomia Patológica

Data: _____ Hora: _____



HOSPITAL NINA
RODRIGUES

SETOR: _____

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____

_____/_____/_____

_____/_____/_____

IDADE: _____

RISCOS:

- QUEDA
- FLEBITE
- LPP
- TVP
- SEM RISCO

ALERGIAS:

- NÃO
- SIM



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

1 - NOME: _____

2 - NOME DA MÃE: _____

3 - ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

4 - CONDIÇÕES DE A~TA/TRANSFERÊNCIA:

5 - ENCAMINHAMENTO PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO:

HOSPITAL CLÍNICO

CLR

AMBULATÓRIO

CSF

CAPAS

OUTROS

MUNICÍPIO

6 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____

CONTATO: _____

RESPONSÁVEL

DATA: ____/____/____

MÉDICO



HOSPITAL NINA RODRIGUES (SPA)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO

APARENTEMENTE BEM		REGULAR		COM DISPNEIA		CHOCADO		COM EDEMAS	
HEMORRAGIA		CONVULSÃO		POLITRAUMATIZADO		AGITADO		OUTROS	

ESTAR DE ACORDO QUE SEJAM REALIZADOS OS TESTES RÁPIDOS PARA HIV E OUTROS EXAMES LABORATORIAIS?

SIM

NÃO

TIPO DE INTERNAÇÃO

VOLUNTÁRIA

INVOLUNTÁRIA

COMPULSÓRIO

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

Motivo da consulta: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Data:

Assinatura do médico solicitante:

Parecer

Data:

Assinatura do especialista:



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

Autorizo a contenção mecânica do paciente _____, o leito _____ da enfermaria _____ de acordo com prescrição médica, com finalidade de evitar auto-agressão ou agressão a outros prevenir acidentes devendo ser retirado após o paciente adormecer ou enquanto estiver fora de perigo.

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

Assinatura do Responsável



SAÚDE



HOSPITAL NINA RODRIGUES

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

DATA: ____/____/____

Avenida Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - São Luís - MA



**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES**

A T E S T A D O

A t e s t o p a r a o s d e v i d o s f i n s q u e ,

matrícula nº _____, encontra-se em tratamento nesta Unidade de Saúde, tendo o
Diagnóstico codificado com nº _____.

Estado Psíquico atual:

São Luís, _____ de _____ de _____

Médico ASM

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE,

_____ MATRÍCULA Nº _____

ENCONTRA – SE EM TRATAMENTO NESTA UNIDADE DE SAÚDE, TENDO

DIAGNÓSTICO CODIFICADO COM O Nº _____.

ESTADO PSÍQUICO ATUAL:

SÃO LUÍS-MA, _____ DE _____ DE _____.

PSICÓLOGO