



# Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

## ATO CONVOCATÓRIO

### COTAÇÃO Nº 204/2023

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0008/56, torna público que no período de **28/02/2023 a 04/03/2023**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO** para atender a demanda semestral do Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO, em São Luís/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **28/02/2023 a 04/03/2023**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de ter o pagamento retido.

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

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

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

• **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA**, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís – MA, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98)9173-3734.

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

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

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

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

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

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

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

a) Advertência;

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

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

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

**16.2.** Embalagem: os produtos devem ser entregues em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de



## Instituto Vida e Saúde

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

violação, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificadas, nas condições exigidas (nos itens que se fizerem necessários).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

27. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora deverá anexar o contrato assinado na plataforma, sob

pena de decair do direito à contratação.

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

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

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

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

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

**33.** 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, 28 de fevereiro de 2023.**

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

**Termo Referência:**



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	004400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	6300
2	004298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	4200
3	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	4200
4	004426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	4200
5	004383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	4200
6	004154	CAPA DE PRONTUARIO ( PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR, ACABAMENTO : LAMINAÇÃO (F), FACA E CORTE/VINCO,MEDIDAS: 35X53CM	UNIDADE	24000
7	004379	CHECK LIST AMBULATORIO	BLOCO	4200
8	004304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	3300
9	008617	CONTROLE DE OPME - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
10	008618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	3300
11	004405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	4200
12	004396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	4200
13	004563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	4200
14	008615	MAPA DE ENFERMAGEM POSTO 1 - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
15	008616	MAPA DE ENFERMAGEM TÉRREO - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
16	008619	MAPA DE FISIOTERAPIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	2100
17	008620	MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	2100
18	008621	MEDICAÇÃO DIÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	6300
19	007156	PRESCRIÇÃO DE ANTIBIOTICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 215X80MM SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA EOUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	4200
20	003643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	16800
21	007157	PRESCRIÇÃO DE PSICOTROPICOS, FORMATO DE TALAO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMACIA EOUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	4200
22	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	16800
23	007155	RELATÓRIO SAEP - COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSOES E DO OUTRO, MAIS 2.	BLOCO	4200
24	004276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE)MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	4200
25	007154	ROTULO DE IDENTIFICACAO PADRAO - São IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	42000
26	007151	ROTULO DE SOROS - São IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	8400
27	007153	ROTULO PARA BOLSA DE SANGUE - São IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	500

### ANEXO I



## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 06 (seis) MESES** de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo e nos modelos que seguem em anexo:

<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</b>	<b>UNIDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>
1	004400	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM UTI	BLOCO	6300
2	004298	BALANÇO HÍDRICO 29,7X21CM (FRENTE E VERSO) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	4200
3	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	4200
4	004426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	4200
5	004383	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL - BPA	BLOCO	4200
6	004154	CAPA DE PRONTUÁRIO ( PASTA CONFECCIONADA EM PAPEL TRIPLEX 300G, IMPRESSÃO 1X0 COR, ACABAMENTO : LAMINAÇÃO (F), FACA E CORTE/VINCO, MEDIDAS: 35X53CM	UNIDADE	24000
7	004379	CHECK LIST AMBULATORIO	BLOCO	4200
8	004304	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA 29,7X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A4 100 FOLHAS	BLOCO	3300
9	008617	CONTROLE DE OPME - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
10	008618	FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DE CIRURGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	3300
11	004405	GASTO DE SALA - CENTRO CIRURGICO	BLOCO	4200
12	004396	KITS CENTRO CIRURGICO/RASTREABILIDADE	BLOCO	4200
13	004563	LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE(APAC), MONOCROMÁTICO A4	BLOCO	4200
14	008615	MAPA DE ENFERMAGEM POSTO 1 - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200
15	008616	MAPA DE ENFERMAGEM TÉRREO - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	4200





## Instituto Vida e Saúde

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

16	008619	MAPA DE FISIOTERAPIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	2100
17	008620	MAPA DE FONOAUDIOLOGIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	2100
18	008621	MEDICAÇÃO DIÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	6300
19	007156	PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS, FORMATO DE TALÃO DE CHEQUES, TAMANHO 215X80MM SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMÁCIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSÁRIO NUMERAÇÃO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	4200
20	003643	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	16800
21	007157	PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS, FORMATO DE TALÃO DE CHEQUES, TAMANHO 235X80, SENDO OS 2 BLOCOS POSSUIDORES DE ÁREA PARA DESTAQUE SENDO UMA VIA PARA ENTREGA NA FARMÁCIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSÁRIO NUMERAÇÃO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	4200
22	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	16800
23	007155	RELATÓRIO SAEP - COMPOSTO POR 4 FOLHAS SENDO SUGERIDO A IMPRESSÃO EM FORMATO DA FOLHA A3 DISPONDO DE UM LADO 2 IMPRESSÕES E DO OUTRO, MAIS 2.	BLOCO	4200
24	004276	REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	4200
25	007154	ROTULO DE IDENTIFICAÇÃO PADRÃO - SÃO IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	42000
26	007151	ROTULO DE SOROS - SÃO IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	8400
27	007153	ROTULO PARA BOLSA DE SANGUE - SÃO IMPRESSOS DO TIPO ADESIVO; MEDINDO 10X10CM	UNIDADE	500

2. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO**, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís - MA, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98) 9173-3734.

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;

Operar como uma organização completa e independente da **CONTRATANTE**, fornecendo todos os recursos necessários à execução deste Contrato, respondendo pela



# INSTITUTO VIDA E SAÚDE

www.invisa.org.br

direção técnica e administrativa dos serviços;

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

## CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **06 (seis) 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 204/2023/MA.

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

1.2. Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE**.

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

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

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

2.2. **Certidões Negativas de Débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente, 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.**





## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

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

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

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

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

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

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

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

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

**3.** O local de entrega do objeto deste contrato será o do **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO**, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís – MA, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98)9173-3734.

**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.



## Instituto Vida e Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**1.3.1.** Advertência;

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

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

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

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



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

### CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

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

**1.1.** Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório n°. 204/2023/MA e do presente contrato, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

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

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

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

**1.5.** Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório n°. 204/2023/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.

**1.6.** Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;

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

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

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

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

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

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

**1.13.** Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório n°. 204/2023/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.

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

incidam sobre o fornecimento.

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

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

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

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

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

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

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

**1.** Acompanhar a execução do contrato, exercendo ampla e irrestrita fiscalização do objeto, a qualquer hora, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, inclusive quanto às obrigações da **CONTRATADA** constante no presente contrato e no Ato Convocatório 204/2023/MA.

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

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

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

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

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

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

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



## Instituto Vida e Saúde

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

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

### CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Vencidos os 06 (seis) 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





## Instituto Vida e Saúde

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

obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.

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

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

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





# Instituto Vida e Saúde

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

São Luís/MA, xx de xxxx de 2023.

---

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

---

**CONTRATADA**

## TESTEMUNHAS:

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**

---

**Nome:**

**End.:**

**CPF:**



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA



GOVERNO  
DO MARANHÃO

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



INVISA

## ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

### I-IDENTIFICAÇÃO E ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_  
 sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico médico/cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Doença(s) crônica(s): \_\_\_\_\_  
 Alergias(s): \_\_\_\_\_

### II- ADMISSÃO NA UTI

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
 Motivo da admissão: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

#### Cabeça e pescoço:

Cabeça: ( ) Sem alterações ( ) Dreno \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_  
 Mucosa: ( ) Normocorada ( ) Hidratada ( ) Cianose ( ) Icterícia  
 ( ) Hipocorada ( ) Desidratada Obs: \_\_\_\_\_  
 Neurológico: ( ) Acordado ( ) Torporoso ( ) Orientado ( ) Sedado  
 ( ) Inconsciente ( ) Agitado ( ) Confuso

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

Psicoemocional: ( ) Sem alteração ( ) Lábil ( ) Queixoso  
 ( ) Deprimido ( ) Ansioso ( ) Choro

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

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

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

**Pele e Anexos:** ( ) Sem alteração ( ) Icterícia ( / ) ( ) Turgor \_\_\_\_\_  
 ( ) Cianose ( / ) ( ) Palidez ( / ) ( ) Lesão por pressão \_\_\_\_\_  
 ( ) Lesão \_\_\_\_\_ ( ) FO \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cardiovascular: Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ bpm ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico

Pulsos periféricos: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Ritmico Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg

( ) Drogas vasoativas: \_\_\_\_\_

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

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

**Abdome:** ( ) Plano ( ) Escafóide ( ) Distendido ( ) Assimétrico ( ) Globoso

( ) Visceromegalias ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Doloroso \_\_\_\_\_

Gastrointestinais: ( ) RHA ausentes ( ) RHA presentes Glicemia: \_\_\_\_\_

( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Colostomia Local: \_\_\_\_\_

( ) Vômitos \_\_\_\_\_ ( ) Hematêmese ( ) Náusea

( ) Dreno(s) \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_ ( ) SNG N° \_\_\_\_\_

Hábito intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ ( ) Diarréia \_\_\_\_\_ /dia

( ) Flatulência ( ) Obstipação ( ) Melena

Urinário: ( ) Sem alteração ( ) Hematúria ( ) Poliúria ( ) Diálise peritoneal

( ) Incontinência ( ) Piúria ( ) Polaciúria ( ) Hemodiálise

( ) Retenção ( ) Colúria ( ) Oligúria ( ) SVD N° \_\_\_\_\_

( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Cistostomia N° \_\_\_\_\_

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

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

**Membros:**

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

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

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

**IV - CONDUTA NA ADMISSÃO**

Instalado: ( ) Monitorização hemodinâmica ( ) Oximetria de pulso ( ) Respirador mecânico

( ) Verificação de sinais vitais ( ) Aquecimento ( ) Passagem de sonda \_\_\_\_\_ ( ) Curativo \_\_\_\_\_

( ) Coleta de gasometria arterial: pH \_\_\_\_\_ PCO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ PO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ SPO<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ HCO<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

( ) realização de hemoculturas

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

Assinatura do enfermeiro(a) e carimbo



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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO  
 Masc.  Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 9 - TELEFONE DE CONTATO  
 DDD \_\_\_\_\_ Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

/ / a / /

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

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 52 - CNES \_\_\_\_\_

### ATESTADO MÉDICO

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

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

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

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

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

### ATESTADO MÉDICO

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

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

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

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

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



**BALANÇO HIDRICO**



PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ ALERGIA: \_\_\_\_\_  
 ADM. HOSTIPALAR: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO UTI: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS/CONTROLE HEMODINÂMICO										ENTRADAS DE DIETAS E DROGAS										SAIDAS									
HORA	TAX	PA	PAM	FC	FR	SPO2	PVC	GLUC.	DIETA ORAL	SNE/SNG	NPT									HEMACIAS	PLASMAS	OUTROS	DIURESE	FEZES	VOM	DRENOS	R.G		
6 as 7																													
7 as 8																													
8 as 9																													
9 as 10																													
10 as 11																													
11 as 12																													
<b>GANHOS PARCIAL:</b>										Ass. Téc. Enf. SD										<b>PERDAS PARCIAL:</b>									
12 as 13																													
13 as 14																													
14 as 15																													
15 as 16																													
16 as 17																													
17 as 18																													
<b>GANHOS PARCIAL:</b>										Ass. Tec. SD										<b>PERDAS PARCIAL:</b>									
18 as 19																													
19 as 20																													
20 as 21																													
21 as 22																													
22 as 23																													
23 as 00																													
00 as 1																													
1 as 2																													
2 as 3																													
3 as 4																													
4 as 5																													
5 as 6																													
<b>GANHOS :</b>										Ass. Tec. SN										<b>PERDAS :</b>									
<b>GANHOS TOTAL:</b>										Ass. Enf. SN										<b>PERDAS TOTAL:</b>					<b>BH:</b>				

CHECK LIST	M	T	N	ESCALA DE RICHMOND DE AGITAÇÃO -SEDAÇÃO (RASS)		
				PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
01-CABECEITA ELEVADA 30° A 45°						
02-HIGIENE ORAL(ESCOVAÇÃO DIARIA)				+4	AGRESSIVO	VIOLENTO, PERIGOSO
03-SONDA VESICAL FIXADA CORRENTE				+3	MUITO AGITADO	CONDUTA AGRESSIVA, REMOÇÃO DE TUBOS OU CATETER
04-SONDA NASOENTERAL FIXADA CORRETAMENTE				+2	AGITADO	MOVIMENTO SEM COORDENAÇÃO FREQUENTES
05-BOLSA COLETORA ABAIXO DO NIVEL DE 1400ml				+1	INQUIETA	ANSIOSO, MAS SEM MOVIMENTOS AGRESSIVOS OU VIGOROSOS
06-EQUIPOS COM DATA DENTRO DO PERÍODO DE TROCA				0	ALERTO, CALMO	
07-AMBU. MASCARA, UMIDIFICADOR E BORRACHAS				-1	SONOLENTO	NÃO SE ENCONTRA TOTAL ALERTA, MAS TEM O DESPERTAR SUSTENTADO AO SOM DA VOZ(>-10seg)
08-MUDANÇA DE DECÚBITO				-2	SEDAÇÃO LEVE	ACORDA RAPIDAMENTE E FAZ CONTATO VISUAL COM O SOM DA VOZ(>-10seg)
				-3	SEDAÇÃO MODERADA	MOVIMENTO OU ABERTURA DOS OLHOS AO SOM DA VOZ(MAS SEM CONT. VISUAL)







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



PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_

PACIENTE:

OBSERVAÇÃO:

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

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

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

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

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

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



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA



SECRETARIA DA  
SAÚDE



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

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





HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA

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



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

 		<b>MAPEAMENTO DE CIRURGIA - SISTEMA WARELINE</b>	
		DATA DA CIRURGIA: ____/____/____	
<b>PACIENTE:</b> _____		<b>D N:</b> ____/____/____	
<b>CIRURGIA:</b> _____		<b>LADO:</b> ( ) D ( ) E. <b>SALA:</b> _____	
<b>ENTRADA NA SO:</b> ____:____H		<b>INÍCIO DE CIRURGIA):</b> ____:____H	
<b>TÉRMINO REAL (SUTURA):</b> ____:____H		<b>TÉRMINO DA CIRURGIA (SAÍDA NA SO):</b> ____:____H	
<b>CIRURGIÃO:</b> _____		<b>ANESTESIOLOGISTA:</b> _____	
<b>CARÁTER:</b> ( )ELETIVA:programada( )URGÊNCIA:de 24 à 48h( )EMERGÊNCIA:imediato até 24h		<b>TIPO DE ANESTESIA:</b> _____	
		<b>PRONTUÁRIO:</b> _____	
<b>POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:</b>		<b>OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO</b>	
( ) LIMPA:Tecido estéril ou passível de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas			
( ) POTENCIAL CONTAMINADA:Tecido colonizado por flora microbiana pouco numerosa ou de difícil descontaminação, ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou com falha técnica discreta			
( ) CONTAMINADA:Tecido traumatizado recentemente e aberto, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil descontaminação ou falha técnica grosseira, sem supuração local			
( ) INFECTADA:Tecido ou órgão, em presença de tecido infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja			
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PORTE CIRÚRGICO:</b> ( )I:até 2 horas( )II:de 2 à 4 horas( )III:de 4 à 6 horas( )IV:acima de 6 horas			
<b>ASA:</b>		<b>OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO ANESTESISTA</b>	
I- SAUDÁVEL ( )			
II- COM DOENÇA SISTEMICA DISCRETA ( )			
III- COM DOENÇA SISTEMA GRAVE COM LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE ( )			
IV- COM DOENÇA SISTEMICA INCAPACITANTE COM AMEAÇA A VIDA ( )			
V- COM MORTE CEREBRAL CUJOS ORGÃOS SERAM RETIRADOS COM FIM DE DOAÇÃO / DOADOR DE ORGÃO ( )			
<b>REOPERAÇÃO:</b> ( ) NÃO ( ) SIM		<b>ANATOMO-PATOLÓGICO</b> ( ) NÃO ( ) SIM	
<b>USO DE PRÓTESE:</b> ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL? _____		<b>SANGUE:</b> ( ) NÃO ( ) SIM _____	
<b>OBSERVAÇÃO: PERGUNTE AO CIRURGIÃO</b>		<b>ANTIBIÓTI:</b> ( ) NÃO SE APLICA ( ) NÃO _____	
		( ) SIM. QUAL? _____ HORA: ____:____	
		( ) EM USO	
<b>DESTINO DO PACIENTE :</b> ( ) DOMICÍLIO ( ) UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CLÍNICA ( ) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI ( ) SRPA			
<b>EMPRESA / OPME:</b> _____		<b>TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN:</b> _____	



### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

### IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL		
CBO	MÊS/ANO	EQUIPE	FOLHA

### SEQUÊNCIA 1

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

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

### SEQUÊNCIA 2

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

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

### SEQUÊNCIA 3

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

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

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		

<b>GASTO DE SALA</b>				DATA:		ASSINATURA DO CIRCULANTE:		
				CLÍNICA:		ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR:		
NOME:				PRONTUÁRIO:		LEITO:		
ANESTESIA:				ÍNICIO:		TÉRMINO:		
CIRURGIÃO:				ANESTESIOLOGISTA:		SALA:		
AUXILIAR - 1:			AUXILIAR - 2:			AUXILIAR - 3:		
PROCEDIMENTO (S):								
DATA HORA:		A. TERMO PREMATURO	NATI-MORTO NEO-MORTO	ÚNICO MASCULINO ÚNICO FEMININO		MÚLTIPLOS	MASCULINO FEMININO	
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
ATADURAS			PANCURONIO, brom. 2mg/mL amp			DIVERSOS		
1	Algodão Ortopédico n°		23	Papaverina 100mg/mL amp		1	Ag. Desc Insulina 13x4,5	
2	Algodão Ortopédico n°		24	Petidina 50mg/mL amp		2	Ag. Desc Peridural	
3	Atadura Crepe n°		25	Propofol 10mg/mL amp		3	Agulha Descartável 25x6	
4	Atadura Crepe n°		26	Surfentanila 50mcg/mL amp		4	Agulha Descartável 25x7	
5	Atadura Gessada n°		27	Surfentanila 50mcg/mL fr		5	Agulha Descartável 30x7	
6	Atadura Gessada n°		28	Suxametonio 100mg/5mL amp		6	Agulha Descartável 30x8	
7	Atadura Gessada n°		29	Tiopental 1g fa		7	Agulha Descartável 30x10	
8	Algodão Hidrófilo em bola		30	Vecurônio 4mg amp		8	Agulha Descartável 40x12	
			31			9	Agulha Descartável de Raque	
						10	Aparelho de barbear desc.	
ANTISSÉPTICOS/SOLUÇÕES			MEDICAMENTOS			11 Bisturi Descartável		
1	Água Destilada 250mL fr		1	Água para Injeção 10mL amp		12	Bolsa Col. Urina Sistema Fechado	
2	Água Destilada 500mL fr		2	Amido Hidroxietílico 500mL fr		13	Bolsa de Colostomia	
3	Água Oxigenada 1C00mL fr		3	Amiodarona 50mg/mL 3ml amp		14	Cal Sodada	
4	Alcool a 70% 200mL fr		4	Atropina, Sulf. 0,25mg/mL amp		15	Cânula para Traqueostomia n°	
5	AGE - Ác Graxos 200mL fr		5	Bicarb de Sódio 8,4 % amp		16	Capa para Microcâmera	
6	Clorex 4% Degermante 200mL fr		6	Cefalotina 1g fr		17	Capa para microscópio	
7	Clorex - Alcoólica 0,5% 200mL ff		7	Captopril 25mg com		18	Cateter A Venosa - Jelko n°	
8	Éter Sulfúrico 200mL fr		8	Cefazolma 1g fa		19	Cateter Epidural	
9	PVPI - Dgermante 200mL fr		9	Clor. Potásio 10% 10mL amp		20	Cateter Nasal - Oxigênio	
10	PVPI - Sol Aquosa 200mL fr		10	Clor. Sódio 0,9% 250mL fr		21	Cateter P Venosa - n°	
11	PVPI - Sol Alccólica 200mL fr		11	Clor. Sódio 0,9% 500mL fr		22	Cateter P Venosa - n°	
12	S Fisiológ 0.9% 250mL fr		12	Clor Sódio 20% 10ml amp		23	Cateter P/Aspiração n°	
13	S Fisiológ 0.9% 500mL fr		13	Dexametasona 4mg/mL 2,5mL fa		24	Clamps Umbilical	
			14	Dipirona 500mg/mL amp		25	Cera para osso	
			15	Dopamina 50mg/10mL amp		26	Coletor de Urina tipo Urofix	
ANESTÉSICOS e COADJUVANTES			16	Epinefrina 1mg/mL amp		27	Compressa Gase 7, 5x7, 5 pacotes	
1	Alfentanila 0,5mg/mL amp		17	Escopolamina 20mg/mL amp		28	Conexão A - Venosa 2 vias	
2	Atracúrio 10mg/mL amp		18	Etilefrina 10mg/mL amp		29	Conexão A - Venosa 4 vias	
3	Bupiv + Epinefrina 0,5% fa		19	Furosemda 10mg/mL 2mL amp		30	Dreno de Toráx - Kit n°	
4	8upiv Isobárica 0,5% 4mL amp		20	Soro Glicosado 5% 500mL fr		31	Dreno em "T" kherr	
5	Bupiv +Glic Anidra 0,5%+8% amp		21	Glicose 25% 10mL amp		32	Dreno Penrose	
6	Bupivacaina 0,5% fa		22	Gluc. Cálcio 10% 10ml amp		33	Dreno Suctor	
7	Cetamina 50mg/mL 10mLfa		23	Hep Sódica 5000IU/mL 10mL fa		34	Eletrodo Descartável	
8	Diazepan 5mg/mL amp		24	Hidro cortisona 500mg fa		35	Equipe Fotossensível	
9	Droperidol 2,5mg/mL amp		25	Moitol 20% 250mL		36	Equipo Irrg. 4 vias - Próstata	
10	Etomidato 2mg/mL amp		26	Metilergometrina 200mg/mL amp		37	Equipo Microgotas c/câmaras grad	
11	Fenitoina 50mg/mL amp		27	Metoclopramida 5mg/mL amp		38	Equipo p/Bombas Inf. cl Bureta	
12	Fentanila 0,05mg/mL fa		28	Neostigmina 0.5mg/mL amp		39	Equipo p/Bombas Inf. si Bureta	
13	Fentanila 0,05mg/mL amp		29	Nitroprussiato de Sódio 50mg fa		40	Equipo plást c/injetor lateral gotas	
14	Halotano 'Cjrr.fi		30	Norepinefrina 1mg/mL amp		41	Equipo plást c/inj lat microgotas	
15	Isoflurano 100mL amp		31	Oxitocina 5UI/mL amp		42	Escova Desc - Degermação	
16	Lidocaina 2% 5mL amp		32	Papaverina 100mg/2mL amp		43	Esparadrappo comum 10x4,5cm	
17	Lidocaina 2% Gel' Tubo		33	Prometazima 25mg/mL 2mL amp		44	Esparadrappo micropore 2,5x10cm	
18	Midazolol 5mg/mL amp		34	Protamina. Sulf. 1% 5mL amp		45	Espunja Hemost Celulose	
19	Morfina sulf 0.2mg/mL amp		35	Ringer Lactado 500mL amp		46	Espunja Hemost	

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



# MAPA DE ENFERMAGEM - HTO



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

## MAPA DE ENFERMAGEM - HTO



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



**MAPA DA FISIOTERAPIA-UTI.**

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

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

**MAPA**  
**FONOAUDIOLOGIA**

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





NÚMERO: <b>00001</b>
NÚMERO DO PRONTUÁRIO:
PACIENTE:
SETOR:
MEDICAMENTO:
MÉDICO SOLICITANTE:
DISPENSADO PELA FARMÁCIA:

**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E  
ORTOPEDIA DO MARANHÃO  
SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS**  
USO EXCLUSIVO DESTE HOSPITAL

		NÚMERO PRONTUÁRIO:	NÚMERO: <b>00001</b>
PACIENTE:		DATA:	
SETOR:	LEITO:	COLETA PREVIA DE CULTURA: ( ) SIM ( ) NÃO	
ANTIBIÓTICOS:	POSOLOGIA:	INTERVALO:	TEMPO:
INDICAÇÃO TERAPEUTICA:	DISPENSADO PELA FARMÁCIA:		ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:
INDICAÇÃO PROFILÁTICA:			
DOENÇA BASE:			



SECRETARIA DA  
SAÚDE





<b>Nome:</b>	<b>Leito:</b>	<b>DATA:</b>	<b>Turno:</b>																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ESCALA DE MORSE FALL</th> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Histórico de Quedas</b></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Diagnóstico Secundário</b></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Auxílio na Deambulação</b></td> </tr> <tr> <td>Nenhum/Acamado/Auxiliado</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Muletas/Bengala/Andador</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td>Mobiliário/Parede</td> <td style="text-align: center;">30</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado</b></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Marcha</b></td> </tr> <tr> <td>Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Fraca</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td>Comprometida /Cambaleante</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Estado Mental</b></td> </tr> <tr> <td>Orientado/Capaz quanto a sua Orientação</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Superestima capacidade/ Esquece limitações</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TOTAL:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Sem risco: 0-24    Baixo risco: 25-44    Alto risco: ≥ 45</b></td> </tr> </table>		ESCALA DE MORSE FALL		<b>Histórico de Quedas</b>		Não	0	Sim	20	<b>Diagnóstico Secundário</b>		Não	0	Sim	15	<b>Auxílio na Deambulação</b>		Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	Muletas/Bengala/Andador	15	Mobiliário/Parede	30	<b>Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado</b>		Não	0	Sim	20	<b>Marcha</b>		Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas	0	Fraca	15	Comprometida /Cambaleante	20	<b>Estado Mental</b>		Orientado/Capaz quanto a sua Orientação	0	Superestima capacidade/ Esquece limitações	15	<b>TOTAL:</b>		<b>Sem risco: 0-24    Baixo risco: 25-44    Alto risco: ≥ 45</b>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ESCALA DE BRADEN</th> </tr> <tr> <td><b>Percepção Sensorial</b></td> <td>1- Total      2 Muito limitado      3 Leve limitado      4 Nenhuma limitação</td> </tr> <tr> <td><b>Umidade</b></td> <td>1 -Excessiva      2 Muita      3 Ocasional      4 Rara</td> </tr> <tr> <td><b>Atividade</b></td> <td>1 -Acamado      2 Confinado à Cadeira      3 Deamb. Limita      4 Deamb. Frequent</td> </tr> <tr> <td><b>Mobilidade</b></td> <td>1 -Imóvel      2 Muito limitado      3 Discreta limita      4 Sem limitação</td> </tr> <tr> <td><b>Nutrição</b></td> <td>1 - Deficiente      2 Inadequada      3 Adequada      4 Excelente</td> </tr> <tr> <td><b>Fricção e Cisalhamento</b></td> <td>1- Problema      2 Problema potencial      3 Sem problema</td> </tr> <tr> <td><b>Sem Risco ≥ 19</b></td> <td><b>Risco Leve 15 a 18 ( )</b>      <b>Risco Moderado 13 e 14 ( )</b>      <b>Risco Alto ≤ 12</b>      Total</td> </tr> </table>		ESCALA DE BRADEN		<b>Percepção Sensorial</b>	1- Total      2 Muito limitado      3 Leve limitado      4 Nenhuma limitação	<b>Umidade</b>	1 -Excessiva      2 Muita      3 Ocasional      4 Rara	<b>Atividade</b>	1 -Acamado      2 Confinado à Cadeira      3 Deamb. Limita      4 Deamb. Frequent	<b>Mobilidade</b>	1 -Imóvel      2 Muito limitado      3 Discreta limita      4 Sem limitação	<b>Nutrição</b>	1 - Deficiente      2 Inadequada      3 Adequada      4 Excelente	<b>Fricção e Cisalhamento</b>	1- Problema      2 Problema potencial      3 Sem problema	<b>Sem Risco ≥ 19</b>	<b>Risco Leve 15 a 18 ( )</b> <b>Risco Moderado 13 e 14 ( )</b> <b>Risco Alto ≤ 12</b> Total
ESCALA DE MORSE FALL																																																																	
<b>Histórico de Quedas</b>																																																																	
Não	0																																																																
Sim	20																																																																
<b>Diagnóstico Secundário</b>																																																																	
Não	0																																																																
Sim	15																																																																
<b>Auxílio na Deambulação</b>																																																																	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0																																																																
Muletas/Bengala/Andador	15																																																																
Mobiliário/Parede	30																																																																
<b>Terapia Endovenosa/D. End Sinalizado/Heparinizado</b>																																																																	
Não	0																																																																
Sim	20																																																																
<b>Marcha</b>																																																																	
Normal/Sem Deambulação/ Acamado/Cadeira de Rodas	0																																																																
Fraca	15																																																																
Comprometida /Cambaleante	20																																																																
<b>Estado Mental</b>																																																																	
Orientado/Capaz quanto a sua Orientação	0																																																																
Superestima capacidade/ Esquece limitações	15																																																																
<b>TOTAL:</b>																																																																	
<b>Sem risco: 0-24    Baixo risco: 25-44    Alto risco: ≥ 45</b>																																																																	
ESCALA DE BRADEN																																																																	
<b>Percepção Sensorial</b>	1- Total      2 Muito limitado      3 Leve limitado      4 Nenhuma limitação																																																																
<b>Umidade</b>	1 -Excessiva      2 Muita      3 Ocasional      4 Rara																																																																
<b>Atividade</b>	1 -Acamado      2 Confinado à Cadeira      3 Deamb. Limita      4 Deamb. Frequent																																																																
<b>Mobilidade</b>	1 -Imóvel      2 Muito limitado      3 Discreta limita      4 Sem limitação																																																																
<b>Nutrição</b>	1 - Deficiente      2 Inadequada      3 Adequada      4 Excelente																																																																
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	1- Problema      2 Problema potencial      3 Sem problema																																																																
<b>Sem Risco ≥ 19</b>	<b>Risco Leve 15 a 18 ( )</b> <b>Risco Moderado 13 e 14 ( )</b> <b>Risco Alto ≤ 12</b> Total																																																																
<p>ASSINATURA/CARIMBO</p>		<p><b>ANOTAÇÕES</b></p>																																																															





NÚMERO: <b>00001</b>
NÚMERO DO PRONTUÁRIO
PACIENTE:
SETOR:
MEDICAMENTO:
MÉDICO SOLICITANTE:
DISPENSADO PELA FARMÁCIA:

**HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DO MARANHÃO**  
**SOLICITAÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES**  
 USO EXCLUSIVO DESTE HOSPITAL

NÚMERO PRONTUÁRIO:
--------------------

NÚMERO: <b>00001</b>
MEDICAMENTO:
QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO:
POSOLOGIA:
SETOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE FARMÁCIA DO HOSPITAL
ENTREGUE POR:
RECEBIDO POR:
DATA: / /
VISTO FARMACÊUTICO

PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____
DIAGNÓSTICO: _____
SETOR: _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____
_____
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

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

HORA DE INÍCIO: \_\_\_:\_\_\_

HORA DE TÉRMINO: \_\_\_:\_\_\_

ETIQUETA DO PACIENTE OU:

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

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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA DE OPERAÇÃO
<p><b>IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p>A <b>Enfermagem</b> confirma verbalmente com a equipe a Pulseira de Identificação do paciente está com os dados corretos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Consentimento informado assinado pelo paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Qual local da cirurgia? _____</p> <p>Qual procedimento a ser realizado? _____</p> <p>Qual lado? <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> DIREITO</p> <p>O sítio cirúrgico foi marcado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, _____</p> <p>Há risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/kg em crianças?) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Há reserva no Banco de Sangue? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><b>CHECAGEM VERBAL COM ANESTESIOLOGISTA</b></p> <p>O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, qual? _____ _____ Hora: ___:___</p>	<p><b>CONFIRMAÇÃO</b></p> <p>A <b>Enfermagem</b> confirma verbalmente com a equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peça aos profissionais da equipe que confirmem seus nomes e funções</li> <li>Peça ao cirurgião que confirme verbalmente: <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificação do paciente</li> <li>Local da cirurgia a ser realizada</li> <li>Procedimento a ser realizado</li> </ol> </li> </ul> <p><u>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</u></p> <p><u>CHECAGEM VERBAL COM O CIRURGIÃO</u></p> <p>Exames de imagem disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Integrador indica esterilização do instrumental cirúrgico? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Todos os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO, qual? _____ _____ _____</p>	<p><b>REGISTRO</b></p> <p>A <b>Enfermagem</b> confirma verbalmente com a equipe.</p> <p>Houve mudança no procedimento realizado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>As peças cirúrgicas estão identificadas com o nome do paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, _____</p> <p>Quais as recomendações mínimas para o pós-operatório? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>

ANESTESIOLOGISTA

TÉC. DE ENFERMAGEM

ENFERMAGEM

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA

CARIMBO COM ASSINATURA E HORA



## RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE \_\_\_\_\_



## RECEITURÁRIO MÉDICO

PACIENTE \_\_\_\_\_

**REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

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

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

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

Carimbo/assinatura

**REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

Nome:

SUS:

DN:

Prontuário:

Idade:

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

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

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

Carimbo/assinatura



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEdia

# RÓTULO DE SORO

**NOME:**

**QUARTO:**

**LEITO:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**GTS/MIN.:**

ml/h

**ETAPA:**

**HORA:**

**RESPONSÁVEL:**



HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
E ORTOPEDIA

## ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA

1 - Nome Completo

2 - N° do Registro Hospitalar

3 - Localização do Paciente

4 - Grupo ABO e Fator Rh do Receptor

## RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE

5 - Prova de Compatibilidade

Realizada  Compatível  Incompatível

Não Realizada

---

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

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
NANDA 2018-2020**

**Identificação do Paciente**

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

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

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

**Assinatura e carimbo do Enfermeiro:**

---





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

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

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

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

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

**ENTREVISTA PRÉ-OPERATÓRIA**

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

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

**PREPARO**

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

**EXAMES**

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

**ESTADO NEUROLÓGICO**

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

**PELE E ANEXOS**

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

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

\_\_\_\_\_  
Técnico em Enfermagem

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro

**ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO**

**TRANS-OPERATÓRIO**

Sala \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ Tempo Total de Cirurgia \_\_\_\_\_ Lado a ser operado ( ) D ( ) E

Cirurgia Proposta \_\_\_\_\_

Cirurgião \_\_\_\_\_ 1º Auxiliar \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar \_\_\_\_\_

Anestesista \_\_\_\_\_

Instrumentador \_\_\_\_\_ Circulante \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÕES**

**HORÁRIOS**

**SINAIS VITAIS**

**INÍCIO**

**TRANS**

**TÉRMINO**

**ANESTESIA**

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

**EQUIPAMENTOS USADOS**

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

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

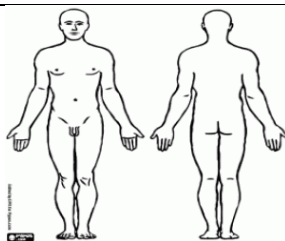
PEÇA CIRÚRGICA: Histopatológico ( ) Cultura ( ) Congelação ( )

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

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

**POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA**

- ( ) DDH ( ) DLD
- ( ) DD ELEVADO ( ) DLE
- ( ) DVH ( ) Ginecolo
- ( ) Outras \_\_\_\_\_



**LEGENDA**

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

**QUANTIDADE DE COMPRESSAS E AGULHAS CIRÚRGICAS**

Compressas Grandes Abertas \_\_\_\_\_ Compressas Grandes Conferidas \_\_\_\_\_

Compressas Pequenas Abertas \_\_\_\_\_ Compressas Pequenas Conferidas \_\_\_\_\_

Agulhas Abertas \_\_\_\_\_ Agulhas Conferidas \_\_\_\_\_



**TABELA PARA ESCALA DE ALDRET**

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

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

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

PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			

**EVOLUÇÃO**


**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**


**ENCAMINHADO COM:**

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

