

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 010/2024

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0008-56, torna público que no período de **10/01/2024 a 15/01/2024**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em <http://invisa.org.br/compras>.

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

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico <http://invisa.org.br/compras> no período de **10/01/2024 a 15/01/2024**.

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

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

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

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

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 04/2018/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO” e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

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

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

- **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luís/MA - CEP: 65030-010, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através dos telefones: (98)3221-7887.

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

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

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

14. A garantia dos produtos deverá ter prazo equivalente a, no mínimo, 06 (seis) meses a partir da data de entrega 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 das normas da ABNT e do INMETRO, atendendo aos seguintes critérios:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

anos

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

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

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

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

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

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

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

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

32. O contrato é acessório ao principal (**CONTRATO DE GESTÃO nº 004/2018**) e futuros aditivos, que foram(em) realizados entre o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** e o Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Assim, se aquele contrato for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindir ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não ensejará nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica.

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

Santo Antônio de Pádua/RJ, 10 de janeiro de 2024.

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



20 anos



TERMO REFERÊNCIA

1. Quantidade estimada e especificações:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	010118	ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
2	010103	AGENDA AMBULATORIAL NASMCA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
3	008823	AGENDA CONSULTAS AMBULATORIAL INFANTIL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
4	010107	AMBULATÓRIO DE PSQUIÁTRICA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
5	008824	ANOTAÇÕES DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM SINAIS VITAIS, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	90
6	008825	ANOTAÇÕES TÉCNICA (O) DE ENFERMAGEM, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
7	008826	ATESTADO AVALIAÇÃO SANIDADE MENTAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
8	008827	ATESTADO ESTADO PSÍQUICO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
9	008828	ATESTADO PARA ESCOLA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
10	010093	ATESTADO PARA PASSE LIVRE - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
11	007974	AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE VEÍCULOS	BLOCO	18
12	008831	AUTORIZAÇÃO VISITA E ACOMPANHANTE, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
13	008832	AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATÓRIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
14	010127	BALANÇO HÍDRICO E EVOLUÇÃO ENFERMAGEM - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
15	004428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUÁRIO CARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	1800
16	004432	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENCAMINHAMENTO, FRENTE	BLOCO	48
17	006940	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	60
18	006941	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	24
19	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, FRENTE	BLOCO	12
20	004447	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (FRENTE E VERSO)	BLOCO	30

21	004438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	30
22	004443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	24
23	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	12
24	004503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, INDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	BLOCO	12
25	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	30
26	004437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE, FRENTE	BLOCO	12
27	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELO NOVO), FRENTE	BLOCO	90
28	004436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA, FRENTE	BLOCO	18
29	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	18
30	004426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	60
31	004445	BLOCO MONOCROMÁTICO, ALTA DE SERVIÇO DE URGENCIA, FRENTE, 9CM X 14CM	BLOCO	18
32	008834	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, MONOCROMÁTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO 10 X 5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	1800
33	010111	CENSO DIÁRIO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
34	010120	CHECK LIST TRANSFERÊNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
35	010112	CHECK-LIST COLETA DE AMOSTRA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
36	010106	CHECKLIST DA AMBULÂNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
37	008835	CONSULTA PSQUIATRA INFANTIL E ADOLESCENTE, MONOCROMÁTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
38	008836	CONTROLE DE ACOMPANHAMENTO DE PCT, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
39	010102	CONTROLE DE AGENDAMENTO CONSULTAS PSQUIÁTRICAS - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2- BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
40	010126	CONTROLE DO CARRO DE EMERGÊNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
41	008837	DECLARAÇÃO ACOMP CONSULTA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
42	008838	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
43	008839	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12

44	008840	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO PCT INTERNADO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
45	008841	DECLARAÇÃO DE PACIENTE EM TRATAMENTO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
46	010101	ENCAMINHAMENTO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
47	008842	ENCAMINHAMENTO AVALIAÇÃO DE AQUISIÇÃO PASSE LIVRE, PAPEL A5, MONOCROMÁTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
48	008843	ENCAMINHAMENTO PARA ATIVIDADES TERAPÊUTICAS, PAPEL A5, MONOCROMÁTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
49	008844	ENCAMINHAMENTO TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A 4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
50	004450	ENVELOPE PARDO AMBULATORIO - PADRONIZADO - TAM A5	UNIDADE	1200
51	010090	ESCALA DE BRADEN - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 , 75G M2FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
52	010116	ESCALA DIÁRIA TÉCNICO DE ENFERMAGEM - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
53	008845	ESQUEMA DE MEDICAÇÃO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
54	008847	EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO AMBUL INFÂNCIA E ADOLESCENCIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
55	010115	EVOLUÇÃO DE CURATIVO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
56	004440	EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	48
57	010104	EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
58	008848	EVOLUÇÃO TERAPIA OCUPACIONAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
59	010100	EXAME SANIDADE MENTAL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
60	007972	FICHA DE PRODUTIVIDADE	UNIDADE	90
61	008849	FICHA DE PRODUTIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
62	008850	FICHA RESID EM PSIQUIATRIA AMB INFANTIL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
63	010110	MAPA DIÁRIO ENFERMAGEM- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
64	010117	MARCAÇÃO ATESTADO SANIDADE MENTAL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
65	010099	MARCAÇÃO DE CONSULTA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
66	010095	MEDICAMENTO USO RESTRITO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
67	010128	NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS - BLOCO MONOCROMÁTICO A5, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	420

68	010129	ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE SANGUE - BLOCO MONOCROMÁTICO, TAMANHO 5,5 X 9CM, BLOCO COM 100.	BLOCO	12
69	004277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	24
70	010108	PEDIDO FARMÁCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	24
71	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 FARMACIA E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSÁRIO NUMERAÇÃO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	1500
72	010097	PRODUTIVIDADE PSICOLOGIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
73	010123	QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA CONTRASTE - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
74	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	420
75	008852	REDE DE SAÚDE MENTAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
76	006946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCROMÁTICO A4,	BLOCO	30
77	010113	RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA IRAS - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
78	010091	RELATÓRIO ESCOLAR - BLOCO MONOCROMÁTICO A5 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
79	010121	RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
80	008853	RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
81	008854	REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO, PAPEL A6, MONOCROMÁTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
82	010114	RETAGUARDA CLÍNICA CHECK LIST- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
83	004398	ROTULO DE SORO, MONOCROMÁTICO, PAPEL ADESIVO BRILHO 75G, TAMANHO 10 X 9, UNIDADE.	UNIDADE	1800
84	010125	SAE UNIDADE DE INTERNAÇÃO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
85	010119	SINAN - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
86	008855	TERMO DE COMPROMISSO COM TRAT PSIQUIÁTRICO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
87	010124	TERMO DE CONSENTIMENTO HEMOTRANSFUÇÃO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
88	010109	TERMO DE GTT- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
89	008859	TERMO DE INFORMAÇÕES AMBULATÓRIO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12

90	010122	TERMO DE RESPONSABILIDADE CLINICA MÉDICA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
91	008860	TERMO DE RESPONSABILIDADE, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
92	010094	TERMO DE TRAQUEOSTOMIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
93	008861	TERMO SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
94	010105	TESTE RÁPIDO HIV, HEPATITE B E C, VDRL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
95	010096	TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
96	010092	TROCA DE PLANTÃO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
97	010098	VISITA DOMICILIAR - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12

anos



ANEXO I

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

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 110.695.987-3, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **XXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXX**, situada **XXXXX**, neste ato representada por seu sócio **XXXXX**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO**, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O objeto deste contrato é o **FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO HOSPITAL NINA RODRIGUES, PELO PERÍODO DE 06 (SEIS) MESES**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, de acordo com as especificações e quantidades descritas no quadro abaixo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	010118	ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
2	010103	AGENDA AMBULATORIAL NASMCA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
3	008823	AGENDA CONSULTAS AMBULATORIAL INFANTIL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
4	010107	AMBULATÓRIO DE PSIQUIÁTRICA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
5	008824	ANOTAÇÕES DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM SINAIS VITAIS, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	90
6	008825	ANOTAÇÕES TÉCNICA (O) DE ENFERMAGEM, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
7	008826	ATESTADO AVALIAÇÃO SANIDADE MENTAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5,	BLOCO	12

		BLOCO COM 100 FLS.		
8	008827	ATESTADO ESTADO PSÍQUICO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
9	008828	ATESTADO PARA ESCOLA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
10	010093	ATESTADO PARA PASSE LIVRE - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
11	007974	AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE VEÍCULOS	BLOCO	18
12	008831	AUTORIZAÇÃO VISITA E ACOMPANHANTE, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
13	008832	AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
14	010127	BALANÇO HÍDRICO E EVOLUÇÃO ENFERMAGEM - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
15	004428	BLOCO BICROMÁTICO (BRANCO E AZUL) A5, RECEITUÁRIO CARBONADO SEM NUMERAÇÃO (IDENTIFICADO SOMENTE COM DADOS DO HNR)	BLOCO	1800
16	004432	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENCAMINHAMENTO, FRENTE	BLOCO	48
17	006940	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	BLOCO	60
18	006941	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA	BLOCO	24
19	004446	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, FRENTE	BLOCO	12
20	004447	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (FRENTE E VERSO)	BLOCO	30
21	004438	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO, FRENTE	BLOCO	30
22	004443	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL, FRENTE	BLOCO	24
23	004442	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO FONOAUDIOLOGIA, FRENTE	BLOCO	12
24	004503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, IDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	BLOCO	12
25	004448	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, FRENTE	BLOCO	30
26	004437	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PARECER DE ESPECIALIDADE, FRENTE	BLOCO	12
27	004444	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA (MODELO NOVO), FRENTE	BLOCO	90
28	004436	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA, FRENTE	BLOCO	18
29	004408	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, ATESTADO MÉDICO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	BLOCO	18
30	004426	BLOCO MONOCROMÁTICO AMBULATORIO RETORNO (RETORNO/1 VEZ) 4,5CM X 6CM	BLOCO	60
31	004445	BLOCO MONOCROMÁTICO, ALTA DE SERVIÇO DE URGÊNCIA, FRENTE, 9CM X 14CM	BLOCO	18

32	008834	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, MONOCROMÁTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO 10 X 5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	1800
33	010111	CENSO DIÁRIO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
34	010120	CHECK LIST TRANSFERÊNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
35	010112	CHECK-LIST COLETA DE AMOSTRA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
36	010106	CHECKLIST DA AMBULÂNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
37	008835	CONSULTA PSQUIATRA INFANTIL E ADOLESCENTE, MONOCROMÁTICO, FRENTE E VERSO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
38	008836	CONTROLE DE ACOMPANHAMENTO DE PCT, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
39	010102	CONTROLE DE AGENDAMENTO CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2- BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
40	010126	CONTROLE DO CARRO DE EMERGÊNCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
41	008837	DECLARAÇÃO ACOMP CONSULTA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
42	008838	DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
43	008839	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO CONSULTA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
44	008840	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO PCT INTERNADO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
45	008841	DECLARAÇÃO DE PACIENTE EM TRATAMENTO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A5, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
46	010101	ENCAMINHAMENTO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
47	008842	ENCAMINHAMENTO AVALIAÇÃO DE AQUISIÇÃO PASSE LIVRE, PAPEL A5, MONOCROMÁTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
48	008843	ENCAMINHAMENTO PARA ATIVIDADES TERAPÊUTICAS, PAPEL A5, MONOCROMÁTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
49	008844	ENCAMINHAMENTO TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, TAMANHO A 4, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
50	004450	ENVELOPE PARDO AMBULATORIO - PADRONIZADO - TAM A5	UNIDADE	1200
51	010090	ESCALA DE BRADEN - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 , 75G M2FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
52	010116	ESCALA DIÁRIA TÉCNICO DE ENFERMAGEM - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
53	008845	ESQUEMA DE MEDICAÇÃO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30

54	008847	EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO AMBUL INFÂNCIA E ADOLESCENCIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
55	010115	EVOLUÇÃO DE CURATIVO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
56	004440	EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	48
57	010104	EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
58	008848	EVOLUÇÃO TERAPIA OCUPACIONAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
59	010100	EXAME SANIDADE MENTAL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
60	007972	FICHA DE PRODUTIVIDADE	UNIDADE	90
61	008849	FICHA DE PRODUTIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
62	008850	FICHA RESID EM PSQUIATRIA AMB INFANTIL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
63	010110	MAPA DIÁRIO ENFERMAGEM- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
64	010117	MARCAÇÃO ATESTADO SANIDADE MENTAL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
65	010099	MARCAÇÃO DE CONSULTA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
66	010095	MEDICAMENTO USO RESTRITO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
67	010128	NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS - BLOCO MONOCROMÁTICO A5, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	420
68	010129	ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE SANGUE - BLOCO MONOCROMÁTICO, TAMANHO 5,5 X 9CM, BLOCO COM 100.	BLOCO	12
69	004277	PEDIDO DE MATERIAL 14,8X21CM (FRENTE) MONOCROMÁTICO A5 100 FOLHAS	BLOCO	24
70	010108	PEDIDO FARMÁCIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	24
71	007157	PRESCRICAO 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 E OUTRA FIXA NO CARNÊ DOS MESMOS. NÃO É NECESSARIO NUMERACAO DE BLOCO EM CADA FOLHA.	BLOCO	1500
72	010097	PRODUTIVIDADE PSICOLOGIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
73	010123	QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA CONTRASTE - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
74	004275	RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8 X 21CM (FRENTE) 100 FOLHAS (MONOCROMÁTICO A5)	BLOCO	420
75	008852	REDE DE SAÚDE MENTAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
76	006946	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, MONOCRÁTICO A4,	BLOCO	30

77	010113	RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA IRAS - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
78	010091	RELATÓRIO ESCOLAR - BLOCO MONOCROMÁTICO A5 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
79	010121	RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
80	008853	RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	18
81	008854	REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO, PAPEL A6, MONOCROMÁTICO, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
82	010114	RETAGUARDA CLINICA CHECK LIST- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
83	004398	ROTULO DE SORO, MONOCROMÁTICO, PAPEL ADESIVO BRILHO 75G, TAMANHO 10 X 9, UNIDADE.	UNIDADE	1800
84	010125	SAE UNIDADE DE INTERNAÇÃO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
85	010119	SINAN - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
86	008855	TERMO DE COMPROMISSO COM TRAT PSIQUIÁTRICO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
87	010124	TERMO DE CONSENTIMENTO HEMOTRANSFUSÃO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
88	010109	TERMO DE GTT- BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
89	008859	TERMO DE INFORMAÇÕES AMBULATÓRIO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCENCIA, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	12
90	010122	TERMO DE RESPONSABILIDADE CLÍNICA MÉDICA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75G M2 - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
91	008860	TERMO DE RESPONSABILIDADE, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
92	010094	TERMO DE TRAQUEOSTOMIA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
93	008861	TERMO SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MONOCROMÁTICO, PAPEL OFFSET 75G, BLOCO COM 100 FLS.	BLOCO	30
94	010105	TESTE RÁPIDO HIV, HEPATITE B E C, VDRL - BLOCO MONOCROMÁTICO A4, 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
95	010096	TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	18
96	010092	TROCA DE PLANTÃO - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12
97	010098	VISITA DOMICILIAR - BLOCO MONOCROMÁTICO A4 - 75 G M2 - BLOCO COM 100FLS	BLOCO	12

2. A CONTRATADA responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais ao **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65030-010.

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FORNECIMENTO DO PRODUTO

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

1. O prazo de vigência do presente contrato é de **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 passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 010/2024/MA.

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

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

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

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

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

2.2. Certidões Negativas de Débitos Estaduais e da Dívida Ativa em conjunto ou separadamente da sede da Empresa, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;

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

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

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

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

Banco: XXXXX

Agência: XXXXX

Conta Corrente: XXXX

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

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

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

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

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

3. O local de entrega do objeto deste contrato será o **Hospital Nina Rodrigues**, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, Monte Castelo, São Luis/MA - CEP: 65030-010 ou no local fornecido pela **CONTRATANTE** na Ordem de fornecimento.

4. Condição de Entrega:

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

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

5. Condição de Recebimento:

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

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

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DA AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

1. Após a emissão da Ordem de fornecimento pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** ficará autorizada a iniciar o fornecimento dos materiais.
2. A **CONTRATANTE** enviará, mensalmente, Ordem de Fornecimento a **CONTRATADA** requisitando os itens conforme demanda da Unidade de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

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

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

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

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

1.3.1. Advertência;

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

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

- 1.1. Adotar todas as providencias necessanas para a fiel execução do objeto do presente contrato em conformidade com as disposições do Ato Convocatório nº. 010/2024/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. Satisfazer, rigorosamente, o objeto deste contrato, entregando os materiais em conformidade com todas as condições e os prazos estabelecidos neste contrato e no Ato Convocatório nº. 010/2024/MA, bem como toda e qualquer exigência legal aplicável ao presente caso.
- 1.5. Apresentar, quando solicitada, as certidões fiscais;
- 1.6. Responsabilizar-se pelo transporte, carga e descarga dos materiais, no local estabelecido para entrega;
- 1.7. A **CONTRATADA** assume todo o custeio com o frete dos materiais.
- 1.8. Fornecer os materiais de acordo com as especificações constantes na Cláusula Primeira e de acordo com os modelos em anexo;
- 1.9. Só será aceita a mudança do material com anuência por escrito da **CONTRATADA**.
- 1.10. Comunicar imediatamente ao **CONTRATANTE** qualquer ocorrência ou anormalidade no fornecimento do objeto;
- 1.11. Assumir total responsabilidade sob o fornecimento do objeto deste contrato, e responsabilizar-se por quaisquer prejuízos que sejam causados ao **CONTRATANTE** ou a terceiros;
- 1.12. Arcar com as despesas decorrentes da não observância das condições constantes deste contrato e do Ato Convocatório nº. 010/2024/MA, bem como de infrações praticadas por seus funcionários, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**.
- 1.13. Arcar com o pagamento de todos os tributos, encargos e demais obrigações que incidam sobre o fornecimento.
- 1.14. Manter sigilo absoluto, não veiculando publicidade acerca deste contrato, salvo se houver prévia autorização do **CONTRATANTE**.
- 1.15. Entregar os materiais acompanhados de nota fiscal discriminando-os, de acordo com as especificações técnicas.

1.16. 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;

1.17. 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 010/ 2024/ MA.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA - DA SUBCONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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 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.

CLAÚSULA 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.

Santo Antônio de Pádua, xx de xxxxx de xxxx.

BRUNO SOARES RIPARDO
INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXX
CONTRATADA





20 anos

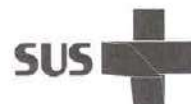
MODELO DOS FORMULÁRIOS



eod: 4275



SAÚDE



HOSPITAL NINA RODRIGUES

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

DATA: ____ / ____ / ____

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

cod: 4398



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

HOSPITAL NINA RODRIGUES



RÓTULO DE SORO

Paciente: _____

DN: ___/___/___ Enfermaria: ___ Leito: ___

Soro fisiológico 500ml 0,9%()

Soro fisiológico 250ml 0,9%()

Soro fisiológico 100ml 0,9%()

Ringer simples 500ml()

Ringer com lactato 500ml()

Soro glicosado 500ml 0,5%()

Cloreto de sódio 10%()

Cloreto de potássio 10%()

Medicação: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Responsável



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

HOSPITAL NINA RODRIGUES



RÓTULO DE SORO

Paciente: _____

DN: ___/___/___ Enfermaria: ___ Leito: ___

Soro fisiológico 500ml 0,9%()

Soro fisiológico 250ml 0,9%()

Soro fisiológico 100ml 0,9%()

Ringer simples 500ml()

Ringer com lactato 500ml()

Soro glicosado 500ml 0,5%()

Cloreto de sódio 10%()

Cloreto de potássio 10%()

Medicação: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Responsável



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

HOSPITAL NINA RODRIGUES



RÓTULO DE SORO

Paciente: _____

DN: ___/___/___ Enfermaria: ___ Leito: ___

Soro fisiológico 500ml 0,9%()

Soro fisiológico 250ml 0,9%()

Soro fisiológico 100ml 0,9%()

Ringer simples 500ml()

Ringer com lactato 500ml()

Soro glicosado 500ml 0,5%()

Cloreto de sódio 10%()

Cloreto de potássio 10%()

Medicação: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Responsável



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

HOSPITAL NINA RODRIGUES



RÓTULO DE SORO

Paciente: _____

DN: ___/___/___ Enfermaria: ___ Leito: ___

Soro fisiológico 500ml 0,9%()

Soro fisiológico 250ml 0,9%()

Soro fisiológico 100ml 0,9%()

Ringer simples 500ml()

Ringer com lactato 500ml()

Soro glicosado 500ml 0,5%()

Cloreto de sódio 10%()

Cloreto de potássio 10%()

Medicação: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Responsável



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

HOSPITAL NINA RODRIGUES



RÓTULO DE SORO

Paciente: _____

DN: ___/___/___ Enfermaria: ___ Leito: ___

Soro fisiológico 500ml 0,9%()

Soro fisiológico 250ml 0,9%()

Soro fisiológico 100ml 0,9%()

Ringer simples 500ml()

Ringer com lactato 500ml()

Soro glicosado 500ml 0,5%()

Cloreto de sódio 10%()

Cloreto de potássio 10%()

Medicação: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Responsável



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

HOSPITAL NINA RODRIGUES



RÓTULO DE SORO

Paciente: _____

DN: ___/___/___ Enfermaria: ___ Leito: ___

Soro fisiológico 500ml 0,9%()

Soro fisiológico 250ml 0,9%()

Soro fisiológico 100ml 0,9%()

Ringer simples 500ml()

Ringer com lactato 500ml()

Soro glicosado 500ml 0,5%()

Cloreto de sódio 10%()

Cloreto de potássio 10%()

Medicação: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Responsável

Código - 004408

GOVERNO DO
MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE	PRONTUÁRIO
MÉDICO	CRM-MA

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima mencionado(a) é civilmente incapaz necessitando de acompanhante permanente e tratamentos especializados com consultas médicas periódicas associadas à programação de atividades terapêuticas multiprofissionais que possibilitem ao desenvolvimento e/ou manutenção de sua autonomia nas atividades e vida diária, sendo portador(a) de patologia(s) correspondente(s) ao(s) códigos abaixo especificados.

CID 10 _____

São Luís (MA), _____ de _____ de _____

cod: 44 26. TAM. 4,5 CM X 6 CM

N. PNEUSMAN

OWONE DO MEDICO

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

Hospital Nina Rodrigues Ambulatório

1ª vez Retorno

Médico Psiquiatra: MARIA JOSÉ MEDEIROS

Data: ____/____/20____

Horário: _____hs

~~Receita Especial~~

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

cod: 4148

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: *Hospital Nina Rodrigues*
 CNES: 2457768
 CNPJ: 02.973.240/0001-93
 END.: Av Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo
 Cidade: São Luís UF: MA

1ª VIA FARMÁCIA
 2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

 Ident: _____ org. Emissor. _____
 End.: _____

 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____

Bod: 004432



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

1 - NOME: _____

1 - NOME DA MÃE: _____

3 - ENDEREÇO: _____

4 - TELEFONE: _____

5 - CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA: _____

6 - ENCAMINHAMENTO PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO:

HOSPITAL CLÍNICO,

CLR

AMBULATÓRIO

CSF

CAP'S

OUTROS

MUNICÍPIO: _____

MÉDICO

7 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

RESPONSÁVEL: _____

CONTATO: _____

RESPONSÁVEL

8 - MOTIVO DA DEVOLUTIVA:

DATA: ____/____/____

Bloco manuseamento A4.

Código: 004436



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

TERMO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

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

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

Assinatura do Responsável

Bloco monoespecialístico A4. Código: 0037.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



PARECER DE ESPECIALIDADE

Paciente: _____

Quarto: _____ Leito: _____ FIA: _____

Médico Solicitante: _____

Clínica Solicitada: _____

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

Data:
Assinatura do médico solicitante:

Parecer:

Data:

Assinatura do especialista

Diagnóstico manuseamento A4 - Código: 004438

GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS



HOSPITAL NINA RODRIGUES (SPA)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO

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

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

SIM

NÃO

TIPO DE INTERNAÇÃO

VOLUNTÁRIA

INVOLUNTÁRIA

COMPULSÓRIO

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

cod: 4445



SAÚDE



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

ALTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA / ECP

Informo que o(a) cliente _____,

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

ENFERMEIRO (A)

Bloco memorandos A4 Código: 004446.



HOSPITAL NINA RODRIGUES
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

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

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO Vermelho Amarelo Verde Azul

Queixas: _____

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Freq. Respirat.: Peso: Altura: SAT O2: HGT:

--	--	--	--	--	--	--	--

Alergias: _____ Hora: _____

Medicação em Uso: _____

Doenças pré-existentes: HAS DM IRC Outras: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

ATENDIMENTO MÉDICO

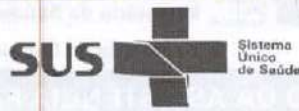
Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

Saída do Paciente: <input type="checkbox"/> Decisão Profissional <input type="checkbox"/> A Revelia <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação _____ <input type="checkbox"/> Removido _____ <input type="checkbox"/> Óbito Data: _____ Hora: _____	Para Óbito: <input type="checkbox"/> Antes de 24h Destino do Corpo: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica Data: _____ Hora: _____
---	---



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1- Nome do Paciente _____ 2- CNS _____

3- Código(s)/ Medicamento(s)	
1	
2	
3	
4	
5	

4 - CID-10 _____

5 - DEFERIMENTO

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

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
1 2 3 4 5

6 - Observação _____

7- DEVOUÇÃO

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

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

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

8- Especificação _____

9- INDEFERIMENTO

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

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

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

10- Especificação _____

11- Nome do avaliador _____ 12- Data da avaliação ____/____/____ 14- Assinatura e carimbo do avaliador _____

13- Número do Paciente _____
 CPF ou CNS

AUTORIZAÇÃO

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

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2- Especificação _____

3- Número da APAC _____ 4- Vigência ____/____/____ a ____/____/____

5- Nome do autorizado _____ 6- Data da autorização ____/____/____ 8- Assinatura e carimbo do autorizador _____

7- Número do documento do autorizador _____
 CPF ou CNS



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*
 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*
 5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente*
 6- Altura do paciente* cm

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
2				
3				
4				
5				

9- CID-10*
 10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar:
 NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*
 15- Data da solicitação*

16- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*
 CPF ou CNS

17- Assinatura e carimbo do médico*

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia:
 Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

000: 4448 TRANSCRITO 44



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

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
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
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 () CNS () CPF	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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

18,5 X 25 CM FRENTE PAPEL OFF SET
cod: 4450 756



PRONTUÁRIO								Nº	ANO

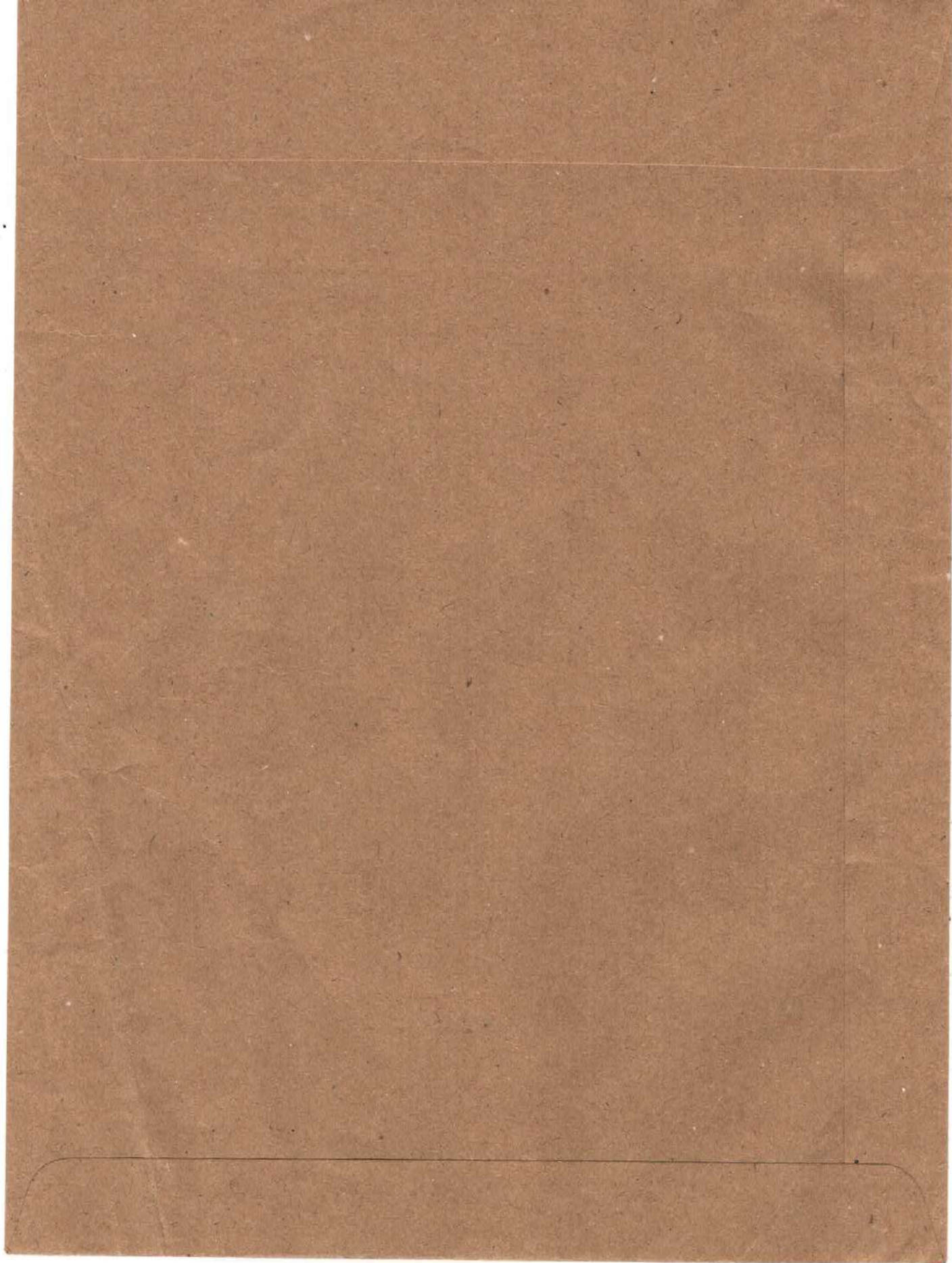
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
PRONTUÁRIO

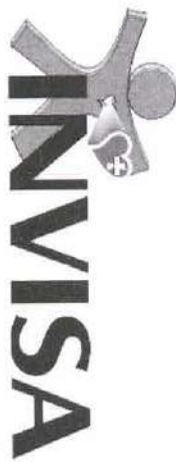
	ANO
	Nº
	PRONTUÁRIO
	NOME

REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO ASSISTENCIAL	MUNICÍPIO

NOME DO ESTABELECIMENTO	ENTIDADE MANTENEDORA



SETOR: _____



**HOSPITAL NINA
RODRIGUES**

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: _____

DATA DE ADMISSÃO _____

LEITO: _____

IDADE: _____

RISCOS:

- QUEDA FLEBITE LPP TVP
 SEM RISCO

ALERGIAS:

- NÃO
 SIM

ALTAS

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	HORA

INDICADORES

ACESSO VENOSO CENTRAL(CVC)
ACESSO VENOSO PERIFERICO(AVP)
VENOS
ELETROCARDIOGRAMA - ECG
FISTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIALISE
GASTROSTOMIA (GTT)
INTUBAÇÃO
PRECAUÇÃO DE CONTATO - APOS RESULTADO FINALIZADO DE CULTURA
SHILLEY
SONDA NASOENTERAL(SNE)
SONDA NASOGASTRICA(SNG)
SONDA VESICAL DEMORA(AVD)
SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA)
TRAQUEOSTOMIA(TQT)

EVENTOS ADVERSOS

PERDA DE SNE:
PERDA DE SNG:
PERDA DE SVD:
PERDA DE CVC:
PERDA DE AVP:
QUEDA:
LESÃO POR PRESSÃO - CASO NOVO (Leito/Nome/local):
EMBITE (Leito/Nome/local):

CHECKLIST

PROTOCOLO

CHECAGEM

MATERIAIS	RECEBIDO	ENTREGUE	EMPRESTIMO DE MATERIAIS			CARRINHO DE EMERGÊNCIA
			MATERIAL	SETOR	ASSINATURA	
PSICOTRÓPICOS						LACRADO() CHECKLIST ATUALIZADO() TÁBUA DE MASSAGEM() CILINDRO DE O2>50() GEL CONDUTOR()
GLICOSÍMETRO						CAIXA DE INTUBAÇÃO
TERMÔMETRO						
ESFIGMOMANÔMETRO MANUAL						LACRADA() CHECKLIST ATUALIZADO() LARINGOSCÓPIO TESTADO()
OXÍMETRO DE PULSO						CARDIOVERSOR
ESTETOCÓPIO						TESTADO()
MONITOR						PLANILHA
BALA DE O2						
DECLARAÇÃO DE ÓBITO						CHECADAS()
APARELHO DE ECG						LEGENDA: CONFORME (C) NÃO CONFORME (NC)
OUTROS:						

200: 7157

UF MA
B 14-0 814251 /21

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

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
Número
UF B 14-0 814251 /21 B
MA

DATA: / /
PACIENTE

Paciente: / /
Data: / /
Assinatura do Emitente

ENDEREÇO
MEDICAMENTO

Endereço:
Nome:
Endereço:
Telefone:
Ident. N°:
Órgão Emissor:

Medicamento ou Substância
Quantidade e forma farmacêutica
Dose por unidade posológica
Posológica

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
CARIMBO DO FORNECEDOR

D.F.A. BESERRA EIRELI, CNPJ: 18.296.289/0001-07 - Insc. Est.: 12.411.811-9 - Rua D. Od. 09, nº 09 - Jardim Turu, São José de Ribamar - MA
15081. Receituário Tipo B 50X1 via B - 14-0813101 a 14-0820600 - Portaria 344/98 Aut. de Visa nº 514/2021 de 16/08/2021

Bloco menssagmatico A4 . Código : 007972.



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



SAÚDE

FICHA DE PRODUTIVIDADE

PROFISSIONAL: _____

CBO: _____

PROCEDIMENTO: _____

Data: _____

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

ITA 109

AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA / ESTACIONAMENTO
HNR/SERVIÇO SOCIAL N° 01- FORMULÁRIO
1ª VIA DO SOLICITANTE

PACIENTE: _____

SOLICITANTE (parentesco): _____

SETOR: _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: ____ / ____ / ____

PERÍODO DE LIBERAÇÃO: ____ / ____ / ____ À ____ / ____ / ____

VEICULO: _____ COR: _____ PLACA: _____

DATA DA LIBERAÇÃO: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO / CARIMBO

Termo de Ciência

Eu _____, portador do CPF _____, solicitei desta Unidade de Saúde a utilização do espaço para estacionamento do veículo. Estou ciente que a Unidade não é responsável pela segurança do veículo e diante disso, estou ciente que é de minha total responsabilidade, isentando a mesma de qualquer culpa ou responsabilidade.

Assinatura do solicitante: _____

Data: ____ / ____ / ____

AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA / ESTACIONAMENTO
HNR/SERVIÇO SOCIAL N° 01- FORMULÁRIO
2ª VIA DO SERVIÇO SOCIAL

PACIENTE: _____

SOLICITANTE (parentesco): _____

SETOR: _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: ____ / ____ / ____

PERÍODO DE LIBERAÇÃO: ____ / ____ / ____ À ____ / ____ / ____

VEICULO: _____ COR: _____ PLACA: _____

DATA DA LIBERAÇÃO: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO / CARIMBO

Termo de Ciência

Eu _____, portador do CPF _____, solicitei desta Unidade de Saúde a utilização do espaço para estacionamento do veículo. Estou ciente que a Unidade não é responsável pela segurança do veículo e diante disso, estou ciente que é de minha total responsabilidade, isentando a mesma de qualquer culpa ou responsabilidade.

Assinatura do solicitante: _____

Data: ____ / ____ / ____

cod: 8823

HOSPITAL NINA RODRIGUES
AMBULATORIO

1ª Vez Retorno

Médico Psiquiatra: _____

Data: _____ / _____ / 20____

Horário: _____ hs



Apelido do paciente 45 anos, Feminino, RA - Fratura e Ulaso de 1000 com 100 células.

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

LEITO: _____

IDADE: _____

DATA: ____/____/____
SETOR _____

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

Item 01

DATA: ____/____/____

NOME DO PACIENTE: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (SD)

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/____

NOME DO PACIENTE: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (SN)

ASSINATURA: _____

000: 8826

4



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

*Tem mais
de 30 blocos*

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que _____

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

São Luís, _____ de _____ de _____.

Médico do ASM

00: 008827



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

ATESTADO

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

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

Estado Psíquico atual:

São Luís, _____ de _____ de _____.

Médico do ASM

Laúdio - 008828



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768

ATESTADO PARA ESCOLA

PACIENTE	PRONTUÁRIO
MÉDICO	CRM-MA

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima mencionado(a) está sob os meus cuidados realizando tratamentos especializados, com consultas médicas periódicas associadas à programação de atividades terapêuticas multiprofissionais.

Para apoio ao desenvolvimento de sua atividade cognitiva considerando ser portador (a) de patologia (s) correspondente (s) ao(s) CID 10 _____ indicamos sua inclusão em sala de recursos.

São Luís (MA), _____ de _____ de _____.

Código 008831



Tem 8 blocos

GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



UNIDADE

AUTORIZAÇÃO

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

Que visitará () acompanhará () o/paciente _____

Que se encontra no leito _____, na clínica _____

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

- Troca de acompanhante ()
- Necessidade do/a paciente ()
- Realizar visita fora do horário estabelecido ()
- Trajes inadequados ()
- Calçado inadequado ()
- Outros ()

_____ - MA, _____ de _____ de 202__

Assistente Social

HNR/SS/FORM/001

COO: 8832.

Papel OFF set 75 G.

TAMARITTE 14



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

**ENCAMINHAMENTO
AMBULATORIAL**

UNIDADE:					
NOME:					
SEXO: MASC. () FEM. ()		IDADE:	ESTADO CIVIL:	REGISTRO:	GRAU DE INST.:
FILIAÇÃO					
PAI:			MÃE:		
RESIDÊNCIA:					
SAIRRO:			CIDADE:		
RESPONSÁVEL					
NOME:					
ENDEREÇO:					
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:				DESTINO:	

AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

DATA	HORA	

DATA _____/_____/_____

Visto

GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS



cod: 5834
Tem muito



AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NINA RODRIGUES

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - ANO: 2022

PRONTUÁRIO Nº:

NOME DO (A) PACIENTE:

MÃE DO (A) PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: __ / __ / __

SUS:

CARTÃO RECEBIDO EM: __ / __ / __

1ª VIA 2ª VIA



1. ESTE CARTÃO É A IDENTIDADE DO PACIENTE NESTE AMBULATÓRIO E SERÁ SOLICITADO PARA QUALQUER TIPO DE ATENDIMENTO. É NECESSÁRIO QUE O PACIENTE TRAGA ESTE CARTÃO ACOMPANHADO DE DOCUMENTO PESSOAL COM FOTO.
2. OS PACIENTES CADASTRADOS NO AMBULATÓRIO SÓ PODERÃO RECEBER MEDICAÇÃO NA FARMÁCIA DO HOSPITAL NINA RODRIGUES DE SEGUNDA À SEXTA DAS 7 H ÀS 19 H.
3. O PACIENTE APENAS RECEBERÁ MEDICAÇÃO NA FARMÁCIA DO HOSPITAL NINA RODRIGUES MEDIANTE APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO, DOCUMENTO PESSOAL COM FOTO E MARCAÇÃO DA PRÓXIMA CONSULTA.
4. NÃO FALTE SUAS CONSULTAS! PACIENTES COM AUSÊNCIAS NÃO JUSTIFICADAS POR PERÍODO SUPERIOR À 180 DIAS PODERÃO TER SEUS PRONTUÁRIOS DESATIVADOS.
5. EM CASO DE PERDA DESTE CARTÃO, COMUNIQUE À COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO PARA AS DEVIDAS ORIENTAÇÕES.
6. IMPORTANTE PLASTIFICAR ESTE CARTÃO PARA GARANTIR DURABILIDADE.

000: 88 35 TAMARITÓ A4 Frente USJ0.

CONSULTA PSIQUIÁTRICA (INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA)



Data da primeira avaliação:		
Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Escola:	
Naturalidade:	Residência:	
Nome da mãe:		
Idade:	Naturalidade:	Estado civil:
Escolaridade:	Profissão:	Religião:
Nome do pai:		
Idade:	Naturalidade:	Estado civil:
Escolaridade:	Profissão:	Religião:
Encaminhador por:		
Informantes na primeira avaliação:		

Histórico da doença atual:

Large empty box for the history of the current illness.

Gestação / Parto/Período neonatal	
Desenvolvimento neuropsicomotor/ Independência:	
Alimentação / sono:	
Moradia e ambiente familiar:	
Escolaridade e atividades extracurriculares:	

COMPANHIA DE SAÚDE
ALTA DE SAÚDE MENTAL

Solicitação/bullying/sexualidade:	
Brincadeiras e hábitos:	
História psiquiátrica familiar:	
História mórbida pregressa:	
Comorbidades e alergias:	
Psicofármacos que já fez uso:	
Exames laboratoriais/imagem realizados:	
Impressão subjetiva da primeira avaliação:	
Acompanhamento com equipe multidisciplinar:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
Conduta:	

cod: 8836



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

dr

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o SR.(a)

acompanhou o paciente _____,
na consulta ambulatorial em ____/____/____.

São Luís, ____ de ____ de ____.

Assistente Social

cod. 8837
ca



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que,

compareceu para a consulta no dia ____ / ____ / ____ e deverá

retornar em ____ / ____ / ____.

São Luís, ____ de ____ de ____.

Assistente Social

Av. Getúlio Vargas, 2508 – Monte Castelo – Fone/Fax: (98) 3232-5080
Cep: 65037-010 - São Luís - Maranhão

Código - 008838

UNIDADE

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

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

titular do CPF _____ está ()

esteve () acompanhando (a) paciente _____,

atendido nesta unidade de saúde pela especialidade:

_____ MA, _____ de _____ de 20 _____

Profissional Responsável

Código - 008839.

UNIDADE

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

PACIENTE	PRONTUÁRIO

Declaramos para os devidos fins que o (a) Paciente acima mencionado (a) esteve em consulta com _____ nesta unidade na data de hoje.

_____, MA, _____ de _____ de 20____

Profissional Responsável

Código - 008840



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

DECLARAÇÃO

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

_____ ,
encontra-se internado no Setor de Observação deste Hospital.

São Luís, _____ de _____ de _____ .

Assistente Social

Avenida Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - Fone/Fax: (98) 3232-5080
Cep: 65037-010 - São Luís - Maranhão

1588.000

OK



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que,

faz tratamento nesta Unidade de Saúde, desde ____/____/____.

São Luís, _____ de _____ de _____.

Assistente Social

000: 8842



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

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente: _____

_____ com atestado em anexo para

avaliação de Aquisição de Carteira de Passe Livre

São Luís, _____ de _____ de _____.

ASSISTENTE SOCIAL

000: 8842



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

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente: _____

_____ com atestado em anexo para

avaliação de Aquisição de Carteira de Passe Livre

São Luís, _____ de _____ de _____.

ASSISTENTE SOCIAL

Código - 008843



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768

ENCAMINHAMENTO

PACIENTE	PRONTUÁRIO
MÉDICO	CRM-MA

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima mencionado(a) está sob os meus cuidados médicos realizando consultas médicas periódicas considerando ser portador(a) de sinais e sintomas sugestivos de _____

Para apoio ao desenvolvimento de sua atividade signitiva indicamos programação de atividades terapêuticas multiprofissionais com:

- () Fonoaudiologia
- () Fisioterapia
- () Psicologia
- () Psicopedagogia
- () Terapia Ocupacional

São Luís (MA), _____ de _____ de _____

000: 8844. PAPEL OFF SET 75 G.



GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



UNIDADE
ENCAMINHAMENTO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
À Secretaria de Saúde do município
Encaminhamento ao PROGRAMA DE TRATAMETNO FORA DO DOMICÍLIO o(a) Senhor (a)....., residente à que realiza tratamento nesta unidade de saúde com prontuário nº. e necessita comparecer regularmente para acompanhamento especializado para: <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Exame <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Outros será dia/...../....., àsh, conforme agendamento em anexo. Solicitamos ainda, de acordo com a Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que não haja atraso no repasso do custeio de transporte, pois isto compromete o tratamento do (a) usuário (a). Atenciosamente, _____ Assistente Social _____, MA, ____/____/____



GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS

Papel offset 75g, branco com 100 folhas.
SAÚDE Código: 008849.
GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



FICHA DE PRODUTIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CARIMBO:

PROFISSIONAL: _____

CBO: _____

DATA: ____/____/____

ORD.	NOME COMPLETO DO PACIENTE	QUANTIDADE DE VERIFICAÇÕES/REALIZAÇÕES			
		PRESSÃO ARTERIAL (039)	GLICEMIA (015)	MEDICAMENTOS (012)	CURATIVO (015)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

ITEM 11



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
 HOSPITAL NINA RODRIGUES
 RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA
 AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Data: _____ Triagem realizada por: _____

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____ Telefone: _____

Encaminhado por: _____

* Queixa Principal: _____

Circule o número ou números que mais descrevem a queixa:

1. Insônia	6. Dificuldade na fala	11. Problemas comportamento	16. Agitação	21. Alucinações	26. Comport. Infantilizado
2. Tristeza	7. Dificuldade relacionamento	12. Tiques	17. Medos	22. Nervosismo ou ansiedade	27. ideias obsessivas
3. Ideia/tentativas de suicídio	8. Comportam. repetitivos.	13. Irritabilidade	18. Agressividade	23. Queixas somáticas	28. Baixa auto-estima
4. Uso de álcool e/ou drogas	9. Desatenção	14. Dif. separação pais	19. Comportamento bizarro	24. Probl. Sexualidade	29. Timidez
5. Dific. Aprendizagem	10. Impulsividade	15. Mutismo	20. Delírios	25. Alter. apetite	30. uso exc telas

1. Antecedentes Obstétricos e Neonatais:

Problemas na gravidez (N) (S) Se sim, quais? _____

Parto: () Normal () Cesárea () Fórceps () A termo () Prematuro

Intercorrências: (N) (S) Se sim, quais? _____

Aleitamento: (N) (S) Se sim, por quanto tempo: _____ Obs.: _____

2. Aspectos do Desenvolvimento:

Atrasos do desenvolvimento: (N) (S) Se sim, quais? _____

Com que idade andou? _____ Controle esfíncteres: _____ Primeiras palavras: _____ Frases: _____

Diálogos: _____

3. Condições gerais do paciente:

Sono: () Normal () Agitado () Interrompido () Range os dentes () Dorme de boca aberta
 () Roncos () Pesadelos

Alimentação: Tem algum problema alimentar? (N) (S) Se sim, qual? _____

Saúde: Algum problema de saúde? (N) (S) Se sim, qual? _____

Escolar: Algum problema escolar? (N) (S) Se sim, qual? _____

4. Histórico Familiar:

Há doença psiquiátrica em algum familiar de 1º grau? (S) (N)

Grau de parentesco: _____ HD: _____

5. DADOS PSICOSSOCIAIS: Convive com os pais (N) (S) Mora com: _____

6. Hipótese Diagnósticas: _____

7. Encaminhamento: () Permanece no Ambulatório () Será encaminhado para: _____

cop: 8852



SAÚDE

Rede de Saúde Mental - São Luís - MA
*** AMBULATÓRIOS / SUS***

Farina: filipinho
Clodomir Pinheiro Costa: Anjo da Guarda
Unidade mista São Bernardo
Unidade Mista do Coroadinho
Ceuma: Renascença (particular e/ preço popular)
Posto da cemarc
Policlínica Pam Diamante
CER: Olho D'água
DISK SAÚDE: 3190-9091
CAPS II (Olho D'água)
CAPS III - Bacelar Viana (Monte Castelo)
CAPS AD - (Monte Castelo)
CAPS AD - (Filipinho)
CAPS i - (Turu)
Policlínica do Idoso (Liberdade) SANTA BARBARA

Código 008853



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
HOSPITAL NINA RODRIGUES
CNES 2457768

RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL

PACIENTE	PRONTUÁRIO

São Luís, (MA), _____ de _____ de _____.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COD: 8854



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO

POSTO		LOCAL	
02			03
ABASTECIMENTO	VALOR R\$		
ESPÉCIE	QUANT.	UNITÁRIO	TOTAL
04	05	06	07
PLACA	DATA		
08	09		10
ASS DIRETORIA ADMINIST.	ASS DIRETORIA GERAL		
	ASS CHEFE DO POSTO		

**TERMO DE COMPROMISSO COM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
REATIVAÇÃO DE PRONTUÁRIO - AMBULATÓRIO / HNR.**

Declaro para os devidos fins, que eu, _____
_____ realizei
tratamento psiquiátrico nesta Unidade de Saúde e tenho meu prontuário nº _____
reativado na data de hoje após período de afastamento sem justificativas nas
consultas psiquiátricas.

Sou ciente que sou informado (a) que a partir da data de hoje as faltas não
justificadas no tratamento psiquiátrico neste Ambulatório por período superior a 6
(seis) meses irão acarretar em **ALTA ADMINISTRATIVA** e consequente desativação
do meu prontuário e receberei para a continuidade do tratamento especializado na
Rede de Saúde Mental.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) paciente e / ou responsável

**TERMO DE COMPROMISSO COM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
REATIVAÇÃO DE PRONTUÁRIO - AMBULATÓRIO / HNR.**

Declaro para os devidos fins, que eu, _____
_____ realizei
tratamento psiquiátrico nesta Unidade de Saúde e tenho meu prontuário nº _____
reativado na data de hoje após período de afastamento sem justificativas nas
consultas psiquiátricas.

Sou ciente que sou informado (a) que a partir da data de hoje as faltas não
justificadas no tratamento psiquiátrico neste Ambulatório por período superior a 6
(seis) meses irão acarretar em **ALTA ADMINISTRATIVA** e consequente desativação
do meu prontuário e receberei para a continuidade do tratamento especializado na
Rede de Saúde Mental.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) paciente e / ou responsável

Código: 8859

AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

O Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência pertence ao setor ambulatorial do Hospital Nina Rodrigues e está inserido do Programa de Residência Médica de Psiquiatria da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Este ambulatório dedica-se a atender crianças e adolescentes com distúrbios mentais que sejam encaminhados de municípios do Estado do Maranhão que não possuam RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) estruturada ou da Enfermaria de Curta Permanência (ECP), sendo casos graves e de interesse acadêmico da Residência Médica em Psiquiatria, proporcionando **avaliação clínica psiquiátrica**. Quando houver necessidade, e se houver vaga, será realizada avaliação com a Psicologia e a Terapia Ocupacional, à critério da equipe médica assistente.

Os atendimentos neste Ambulatório ocorrem nos dias de funcionamento do Hospital Nina Rodrigues. O paciente deve comparecer, de preferência, com 15 (quinze) minutos de antecedência, portando o cartão do prontuário do hospital. O tempo estimado de cada atendimento pode variar conforme o caso. A tolerância para atrasos é de 15 minutos. Se o período de tolerância for excedido, o atendimento poderá não ser realizado, se não houver possibilidade de encaixe na agenda do dia. Além disso, a ocorrência de 2 (duas) faltas consecutivas ou 3 (três) faltas aleatórias poderá ocasionar o desligamento do paciente deste Ambulatório. A responsabilidade de reagendamento da consulta é do paciente e de sua família. A consulta deverá ser remarcada pessoalmente, junto ao médico responsável ou às atendentes e recepções do Ambulatório, durante o seu período de funcionamento. A marcação nunca poderá ser feita por telefone.

Declaro-me ciente e concordo com as condições de funcionamento do ambulatório.

Nome do Paciente

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Residente responsável

Assinatura do Preceptor responsável

São Luís, 14/11/2023

Bloco monocrômico A4
Código: 008860



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL	
1 - NOME:	
2 - RG:	
3 - ENDEREÇO:	
4 - TELEFONE:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Retiro nesta data o paciente _____
_____, prontuário _____, que
encontra-se em observação neste serviço de urgência/emergência, assumindo
inteira responsabilidade pelo mesmo, insentando o hospital de toda e qualquer
responsabilidade pelos seus atos e por tudo o que vier lhe acontecer.

São Luís, MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Profissional

Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - Fone/Fax: (98) 3232-5080
CEP: 65037-010 São Luís - Maranhão.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES - UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA



Leito: _____

Data da avaliação inicial: ____/____/____

Procedência: _____

Nina e setor: _____

Escala de Risco para Lesão por Pressão – ESCALA DE BRADEN

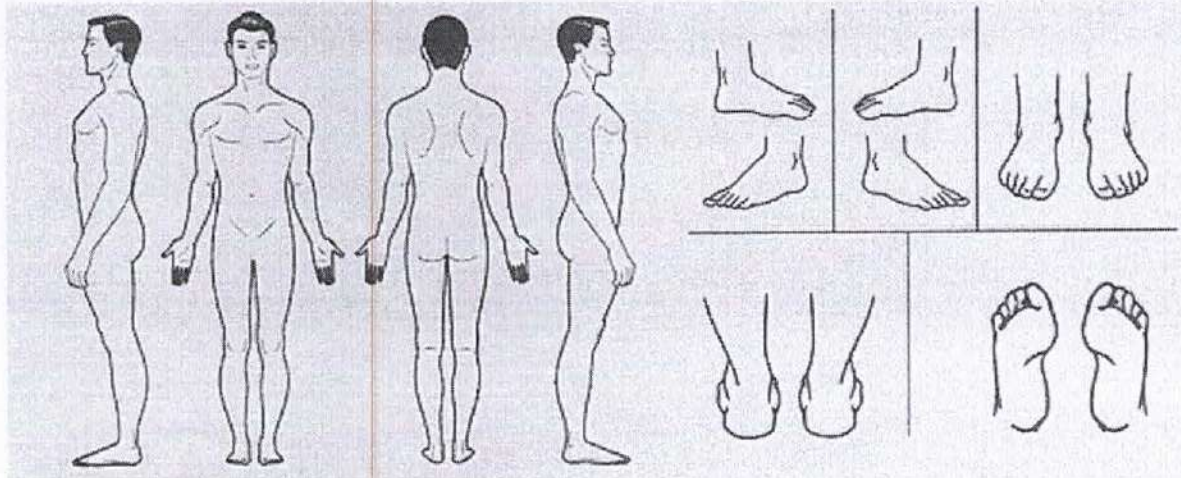
DESCRIÇÃO	1	2	3	4	Pontuação
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada	
Atividade física	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	
Mobilidade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

ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO

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



LOCALIZAÇÃO DA FERIDA (sinalize o local da ferida)



Área: _____ cm² Cavidade: _____ cm³

Necrose de coagulação **Necrose de liquefação** **Granulação** **Reepitelização**
 % _____ % _____ % _____ % _____

Bordas () necrótica () macerada () reepitelizada () hiperemiada () hiperqueratose
Edema () inflamatório () carencial () anasarca () linfoedema () depressivo
Secreção () seroso () sanguinolento () purulento () serosanguinolento

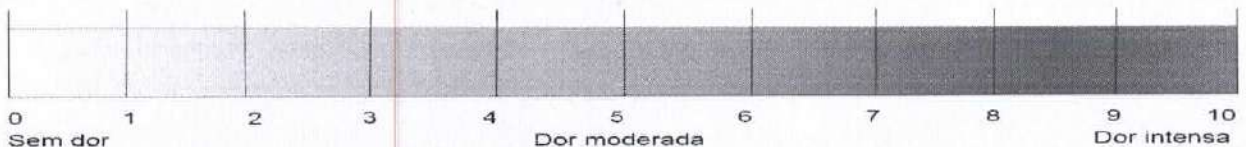
SECREÇÃO (circule)

+ ++ +++ ++++

ODOR (circule)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOR



Data:	
Espuma com camada de silicone e prata	AGE
Espuma com transferência com camada de silicone suave	Creme barreira
Tela de poliuretano impregnada com silicone suave	Curativo absorvente não aderente
Espuma de poliuretano com camada de silicone	Alginato de cálcio
Espuma multicamadas com camada de silicone (formato quadrado)	Alginato com prata
Espuma multicamadas com camada de silicone (formato calcâneo)	Terapia por pressão negativa
Espuma multicamadas com camada de silicone (formato sacral)	Espuma hidrocélular para calcâneo
Espuma multicamadas com camada de silicone e camada flexível	Hidrocolóide
Gel com cloreto de Sódio a 20%	Filme transparente com CHG
Hidrogel com PHMB	Filme transparente
Solução de limpeza com PHMB	

Assinatura _____

Bloco monocrômático A4, 21 x 29,7 cm, 5 Blocos frente.

GOVERNO DO
MARANHÃO
SUSTENTABILIDADE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

HOSPITAL NINA RODRIGUES

CNES 2457768

SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO ESCOLAR

PACIENTE	PRONTUÁRIO

À escola,

Paciente acima citado (a) está em acompanhamento
infância e adolescência.

Solicito relatório escolar do paciente abrangendo:

- 1) desempenho escolar e aprendizagem
- 2) comportamento dentro e fora da sala de aula
- 3) interação social com outras crianças e adultos

Grato!

São Luis- MA, _____ de _____ de _____.

Profissional Responsável

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

P/BAFA



Bloco anexo em folhas A4, 15x22, parte.
TERMO DE RESPONSABILIDADE - TROCA DE PLANTÃO

CONFORME DECISÃO ESPONTÂNEA

Eu, _____

função _____ solicito autorização para trocar o
plantão do dia ____ / ____ / ____ turno ____ para o dia
____ / ____ / ____ turno ____ com,

função _____ por motivos extraordinários. Assumo
total responsabilidade por minha decisão, sendo que esta empresa não
possui qualquer participação nesta solicitação, ficando a seu direito e
critério, acatá-lo ou não.

Solicitante: _____

Telefone

Telefone

Solicitado: _____

São Luís ____ / ____ / ____

Coordenador _____

Nº Protocolo _____

Atendimento RH _____

A troca de plantão deverá ser entregue com 72h de antecedência sendo que só será válida
depois de protocolado no setor de entrega, e avaliado pelo sistema obedecendo às regras
de troca de plantão e carga horária.



TERMO DE RESPONSABILIDADE - TROCA DE PLANTÃO

CONFORME DECISÃO ESPONTÂNEA

Eu, _____

função _____ solicito autorização para trocar o
plantão do dia ____ / ____ / ____ turno ____ para o dia
____ / ____ / ____ turno ____ com,

função _____ por motivos extraordinários. Assumo
total responsabilidade por minha decisão, sendo que esta empresa não
possui qualquer participação nesta solicitação, ficando a seu direito e
critério, acatá-lo ou não.

Solicitante: _____

Telefone

Telefone

Solicitado: _____

São Luís ____ / ____ / ____

Coordenador _____

Nº Protocolo _____

Atendimento RH _____

A troca de plantão deverá ser entregue com 72h de antecedência sendo que só será válida
depois de protocolado no setor de entrega, e avaliado pelo sistema obedecendo às regras
de troca de plantão e carga horária.

A4, 21x29,7cm PAPEL OFF 75G.



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

OFICIO nº _____ HNR

São Luis - MA, _____ de _____ de _____

Sr(a) Coordenador (a),

Encaminhamos em anexo, o relatório de atestado emitidos para aquisição de cartão de passe livre do Ambulatório desta Unidade, referente ao mês de _____

Atenciosamente,

Assistente Social

**Ilmo.Sr
Coordenador de Gestão Tarifas e Benefícios/ SMTT
NESTA**

**Av. Getúlio Vargas, 2508 - Monte Castelo - Fone/Fax: (98) 3232-5080
CEP: 65037-010 São Luis - MA**

A4 21 x 29,7cm PAPEL OFF SET +56

5 Bloos



NINA RODRIGUES



TERMO DE TRAQUEOSTOMIA

São Luis, ____ de _____ 2023

Eu _____ respons
ável pelo paciente,



_____ internado
no Leito, ____ nesta

UCI autorizo a realização do procedimento solicitado pelo médico.

ID/CPF

Assinatura do Responsável

4121 x 29 17cm PAPEL OFT 300 756

		SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO		
NOME DO PACIENTE:			DATA DA INTERNAÇÃO:	
IDADE:			LEITO:	
DOENÇA DE BASE/COMORBIDADE: () COLECISTITE () COLEDOCOLITIASE () PANCREATITE () DPOC () DIABETES () HAS () AVC () NEOPLASIA () OUTRO _____ () COMPENSADA () DESCOMPENSADA				
JUSTIFICATIVA DE USO DO ESQUEMA ATIMICROBIANO: () SEPSE – NESTE CASO DEVE SER PREENCHIDA E ANEXADA FICHA DE TRIAGEM DE SEPSE PARA PACIENTES DA ENFERMARIA FOCO INFECCIOSO: () PULMONAR () ABDOMINAL () URINARIO (X) PELE/PARTES MOLE () OSSO () SNC () _____ () INSTABILIDADE HEMODINÂMICA () FEBRE OU HIPOTERMIA () REBAIXAMENTO NIVEL DE CONSCIENCIA () ALTERAÇÃO PADRÃO RESPIRATORIO () LEUCOCITOSE _____ () PROTEINA C REATIVA AUMENTADA _____ () ALTERAÇÃO EM EXAME DE IMAGEM: _____ () EAS NITRITO POSITIVO				
ANTIMICROBIANOS (ATM):				
() Aciclovir 250mg		() Fluconazol 200mg/100L		
() Ampicilina/Subactam 1+0,5g		() Imipenem/Cilastatina 500+500mg		
() Cefepime () 1g () 2g		() Levofloxacino 500mg/mL		
() Cefotaxima 1g		() Meropenem () 500mg () 1g		
() Ceftazidima 1g		() Piperacilina/Tazobactam 4+0,5g		
() Metronidazol 500mg		() Polimixina B 500.000 UI		
() Ceftriaxona 1g		() Teicoplanina () 200mg () 400mg		
() Ciproflofaxino 200mg/100mL ou _____mg		() Oxacilina 500mg		
() Cindamicina 600mg		() Vancomicina () 500mg () 1g		
OUTROS MEDICAMENTOS: _____				
() Albumina 200g/L		() Anfotericina B lipossomal		
ATB:	DOSE	TEMPO DE USO PRETENDIDO:		
ATB:	DOSE:	TEMPO DE USO PRETENDIDO:		
ATB	DOSE	TEMPO DE USO PRETENDIDO		
CULTURA: () Sim (X) Não () Em Andamento				
DATA DA SVD	DATA DA CVC	DATA DO SHILLEY	DATA DA TOT	USOU DISPOSITIVO QUAL/QTO TEMPO QDO FOI RETIRADO
MÉDICO(A) SOLICITANTE/CARIMBO: EDSON SOARES				DATA DA SOLICITAÇÃO:
LIBERAÇÃO CCIH				OBSERVAÇÃO
REGISTRO FARMACÊUTICO				
OBSERVAÇÕES				
ASSINATURA/CARIMBO:			DATA:	

A4 21x30x15,7cm Papel Off Set 75g



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES



RELATÓRIO PARA TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA

PACIENTE:	
SSVV às:	
PA: _____ : _____ mmHg	
TEMP: _____	
SAT: _____	
GLICEMIA: _____	
OBSERVAÇÕES CLÍNICA:	

Em: ____/____/____

91 X 29 / ficha
756
HATel up ser

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL MINA REVERDES

PROFISSIONAL / ASSINATURA / CARIMBO:
FICHA INDIVIDUAL MENSAL INDIVIDUAL PSICOLOGIA

DATA/DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
ACOLHIMENTO / ADMISSÃO (Entrevista inicial, anamnese, orientações normais e rotinas)																																	
ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO (Atend. ao paciente em sala ou leito)																																	
ATENDIMENTO FAMILIAR (Atend. e orientações direcionadas aos Familiares e acompanhantes)																																	
ATENDIMENTO EM EQUIPE (Atendimento realizado por equipe multiprofissional)																																	
ATIVIDADE INTERNA DA EQUIPE (Reunions, estudos de caso, treinamentos e capacitações da equipe)																																	
ATIVIDADE EM GRUPO (Atividades desenvolvidas com grupos de pacientes e familiares)																																	
ATIVIDADE EXTRA MURO (Eventos, ações externas destinadas aos usuários supervisionadas pela equipe)																																	
EMISSÕES DE DOCUMENTOS (Atestados, laudos, declarações e outros)																																	

Exatidão da
Prestação

14. 15x25 cm, 7cm Papel Off 75g.



SAÚDE

Governo do Estado do Maranhão
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Nina Rodrigues - NASMCA

Marcações de Consulta Psiquiatra Drº PAULO MATEUS AMORIM

DATA: ___/___/20__			
ORD.	Nº PRONT	NOME PACIENTE	TIPO DE ATENDIMENTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Marcações de Consulta Psiquiatra Drº PAULO MATEUS AMORIM

DATA: ___/___/20__			
ORD.	Nº PRONT	NOME PACIENTE	TIPO DE ATENDIMENTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Av 21 X 29, 7cm, Papel OFF SET 75G.

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES

EXAME DE SANIDADE MENTAL

IDENTIFICAÇÃO:

1-NOME: _____.

2-RG: _____ EXPEDIDA POR: _____.

3-DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___. NATURAL DE: _____.

4-FILIAÇÃO: _____.

5-PROFISSÃO: _____. 6- NACIONALIDADE: _____.

6-ENDEREÇO: _____.

7-DATA DO EXAME: ___ / ___ / ___. 8- MOTIVO DO EXAME: _____.

RECEBO ATESTADO MENTAL NO DIA: ___ / ___ / _____.

ASSINATURA



14 21 x 29
PAROL OFF SET
756



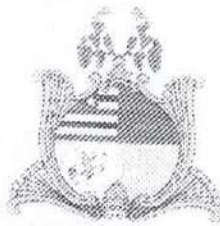
ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM		
ENCAMINHADO PARA		
NOME COMPLETO		
NOME SOCIAL (QUANDO SE APLICAR)		
RESPONSÁVEL LEGAL (QUANDO SE APLICAR)		
CPF	CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL

A4 21x29,7cm
PAPEL OFF SET 75G.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL
CONTROLE AGENDAMENTO CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS

DATA ___/___/___

NR	NOME	COM PROCEDÊNCIA	PRONTUÁRIO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

FICHA PARA TESTE RÁPIDO:
HIV, HEPATITE B E C, VDRL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome do Usuário (sem abreviatura): _____

Nome Social: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ SUS: _____

Sexo: () F () M

Data da realização do(s) exame(s): ____/____/____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

TESTE 1 - HIV: Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____

() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

TESTE 2 - HIV: Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____

() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO FINAL - HIV

() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DA SÍFILIS

Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____

() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA HEPATITE C (Anti-HCV)

Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____

() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENOS PARA HEPATITE B (HBsAg)

Nome do Produto/Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____

() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

RESPONSABILIDADE PELA EXECUÇÃO DO(S) TESTES RÁPIDOS:

Responsável pela Execução do Teste: _____

(Assinatura e Carimbo)

Responsável pelo Laudo: _____

(Assinatura e Carimbo)

Bloco monoesomáticos A1, 21 x 29, 7 em frente.

5 Blocos

CHECKLIST DA AMBULÂNCIA - HNR

ITENS	MATERIAL	CHECAGEM SD
01	APARELHO PA	
02	OXÍMETRO	
03	TERMÔMETRO	
04	BALA DE O2	
INSUMOS		
05	LUVAS - 1 CAIXA	
06	LUVA ESTÉRIL - 4 UNIDADES	
07	MÁSCARAS- 6 UNIDADES	
08	GORRO - 6 UNIDADES	
09	AVENTAL - 6 UNIDADES	
10	ALCOOL EM GEL	
11	ALCOOL A 70% (KIT)	
12	SERINGAS	
13	AGULHAS	
14	JELCO	
15	ESPARADRAPO	
16	GAZES	
17	CATETER DE O2 - 4 UNIDADES	
18	COMPRESSA	

ITENS UTILIZADOS

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS

DATA ____/____/____

ASS. TÊC. ENFERMAGEM

Novo

AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

O Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência pertence ao setor ambulatorial do Hospital Nina Rodrigues e está inserido do Programa de Residência Médica de Psiquiatria da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Este ambulatório dedica-se a atender crianças e adolescentes com distúrbios mentais que sejam encaminhados de municípios do Estado do Maranhão que não possuam RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) estruturada ou da Enfermaria de Curta Permanência (ECP), sendo casos graves e de interesse acadêmico da Residência Médica em Psiquiatria, proporcionando **avaliação clínica psiquiátrica**. Quando houver necessidade, e se houver vaga, será realizada avaliação com a Psicologia e a Terapia Ocupacional, à critério da equipe médica assistente.

Os atendimentos neste Ambulatório ocorrem nos dias de funcionamento do Hospital Nina Rodrigues. O paciente deve comparecer, de preferência, com 15 (quinze) minutos de antecedência, portando o cartão do prontuário do hospital. O tempo estimado de cada atendimento pode variar conforme o caso. A tolerância para atrasos é de 15 minutos. Se o período de tolerância for excedido, o atendimento podera não ser realizado, se não houver possibilidade de encaixe na agenda do dia. Além disso, a ocorrência de 2 (duas) faltas consecutivas ou 3 (três) faltas aleatórias poderá ocasionar o desligamento do paciente deste Ambulatório. A responsabilidade de reagendamento da consulta é do paciente e de sua família. A consulta devera ser remarcada pessoalmente, junto ao médico responsável ou às atendentes e recepções do Ambulatório, durante o seu período de funcionamento. A marcação nunca podera ser feita por telefone.

Declaro-me ciente e concordo com as condições de funcionamento do ambulatório.

Nome do Paciente

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Residente responsável

Assinatura do Preceptor responsável

São Luís, / /

Bloco monoelementar AH, 21x297cm
frente.



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

3 Blocos

SETOR SOLICITANTE _____

DATA ____/____/2023

Nº	DESCRIÇÃO	LOTE	QUANTIDADE	ENTREGUE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

REQUISITANTE

FARMÁCIA CENTRAL

Bloco monoesaomãnties A4, d.1 x 29,7 em. fonte 3 Bolo3

GOVERNO DO
MARANHÃO



GOVERNO COM O
POVO.
O PROGRESSO
É NOVO!

HOSPITAL NINA RODRIGUES



TERMO DE GTT

São Luís (MA) ____ de ____ de ____ .

Eu _____ responsável pelo
paciente _____ internado no
leito ____ Enfermaria _____, nesta unidade, autorizo a realização do procedimento
solicitado pelo médico.

RG/CPF (RESPONSÁVEL)

Assinatura do Responsável

5 Blocos

Bloco monossomático A4, de 29.7.2000

HOSPITAL NINA RODRIGUES



MAPA DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Enfermeiro(a) SO
Enfermeiro(a) SN

UNIDADE:		SETOR:		DATA:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA	
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:	
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:	SNG/SNE:	
ADM	IDADE:		CURATIVO:	SVD:	
	ALERGIAS:			TOT:	
	LPP: ()SIM ()NÃO			OUTROS:	
	CULTURAS/DATA:				
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA	
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:	
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:	CVC:	
ADM	IDADE:		CURATIVO:	SNG/SNE:	
	ALERGIAS:			SVD:	
	LPP: ()SIM ()NÃO			TOT:	
	CULTURAS/DATA:			OUTROS:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA	
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:	
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:	CVC:	
ADM	IDADE:		CURATIVO:	SNG/SNE:	
	ALERGIAS:			SVD:	
	LPP: ()SIM ()NÃO			TOT:	
	CULTURAS/DATA:			OUTROS:	
LEITO	DADOS PRINCIPAIS	EXAMES/PENDÊNCIAS/OCORRÊNCIAS	MEDICAÇÕES/DIETA	DISPOSITIVOS/LOCAL/DATA	
	NOME:		ATB/DIA:	AVP:	
	DIAGNÓSTICO:		DIETA:	CVC:	
ADM	IDADE:		CURATIVO:	SNG/SNE:	
	ALERGIAS:			SVD:	
	LPP: ()SIM ()NÃO			TOT:	
	CULTURAS/DATA:			OUTROS:	

3 Bloos

Bloco managemntes A.H. 01 X 09.17 em

DATA:

CENSO DIARIO

Nº	AIH PREENCHIDA?	HORA	PACIENTE ADMITIDO	LEITO	ORIGEM	MÉDICO	ENFERMEIRO (A)
01							
02							
03							
04							
05							
Nº	AIH PREENCHIDA?	HORA	PACIENTE DE ALTA	LEITO	DESTINO	ALTA / EVASÃO	ENFERMEIRO (A)
01							
02							
03							
04							
05							
Nº	AIH PREENCHIDA?	HORA	PACIENTE TRANSFERIDO	LEITO	ORIGEM	MÉDICO	ENFERMEIRO (A)
01							
02							
03							
04							
05							
Nº	AIH PREENCHIDA?	HORA	PACIENTE TRANSFERÊNCIA	LEITO	DESTINO	MÉDICO	ENFERMEIRO (A)
01							
02							
03							
04							
05							
Nº	AIH PREENCHIDA?	HORA	PACIENTE Á ÓBITO	LEITO	MÉDICO	D.O Nº	ENFERMEIRO (A)
01							
02							
03							
04							
05							

QUADRO DE MOVIMENTO NOTURNO				
ENTRADAS EXISTENTES INTERNAÇÕES TRANSFERIDOS (ENTRADA)	QUANTIDADE	SAÍDAS		QUANTIDADE
		ALTAS	ÓBITOS	
TOTAL:		TRANSFERÊNCIAS (SAÍDA)	TOTAL:	

ENFERMEIRO (A) NOTURNO RESPONSÁVEL:



Check-List Coleta da Amostra

FM.AGT.007-00

O checklist deverá ser preenchido no momento da coleta. As informações devem ser obtidas diretamente do paciente. Quando não for possível (paciente sedado, entubado ou desorientado) deverão ser obtidas do acompanhante e/ou da enfermeira do setor e da pulseira de identificação do paciente.

Paciente: _____

(sem abreviação)

Data de Nascimento: _____

Localização do Paciente: Setor _____ Enfermaria/leito: _____

Número do Prontuário: _____

Data da coleta: _____ Hora da Coleta: _____

Responsável pela coleta: _____

CHECKLIST - LIBERAÇÃO DA BOLSA

Hemocomponente solicitado: _____

Hemocomponente liberado: _____

Número da Bolsa: _____

Tipagem ABO e Rh - Bolsa: _____

Tipagem ABO e Rh - Paciente: _____

Provas pré-Transfusionais:

Coombs Direto (TAD): () Positivo () Negativo

PAI: () Positivo () Negativo

Prova Cruzada: () Positivo () Negativo

Modalidade da Transusão:

() Urgente () Rotina () Reserva Cirúrgica () Emergência () Módulo UTI

Responsável pelos Testes Pré-Transfusionais:

Hora de liberação do hemocomponente:

Bioquímico ou Técnico de Laboratório: _____

Bioquímico ou Técnico de Laboratório: _____

Responsável pela liberação da Bolsa:

Bioquímico, Técnica de Laboratório, Enfermeira ou Técnico de Enfermagem:

Bloco monoeconômico A4, 21x29,7cm.

RELATÓRIO TRANSFERÊNCIA**INFECÇÕES RELACIONADAS A SERVIÇOS DE SAÚDE - IRAS**

NOME COMPLETO: _____		DATA: _____	
ACOMODAÇÃO: _____		LEITO: _____	SEXO: () MASCULINO
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		IDADE: _____	() FEMININO
DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: _____			
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () TRATAMENTO INEXISTENTE NO HOSPITAL () OUTROS			
DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____			
PRESENÇA DE INFECÇÃO NA ADMISSÃO: () SIM () NÃO () QUAL: _____			
PROCEDÊNCIA: () DOMICÍLIO () HOME CARE () HOSPITAL () OUTROS _____			
MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____			
FAZ USO DE ALGUM DISPOSITIVO INVASIVO? () SIM () NÃO			
AVP () SIM () NÃO	DATA INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
CVC () SIM () NÃO	DATA INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
SVD () SIM () NÃO	DATA INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
VM () SIM () NÃO	DATA INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
OUTROS: _____	DATA INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
REALIZOU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? () SIM () NÃO			
ESPECIFICAR: _____			
UTILIZOU PROTESE? () SIM () NÃO			DATA: ____/____/____
REALIZOU CULTURAS: () SIM () NÃO			
DATA DA COLETA	MATERIAL	MICROORGANISMO ISOLADO	PERFIL DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS
ANTIMICROBIANO UTILIZADO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS: () SIM () NÃO			
NOME: _____	INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
NOME: _____	INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
NOME: _____	INICIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____			
<i>Carimbo e Assinatura</i>			
RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO:			
TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS EM LETRA LEGÍVEL; SEM ABREVIACOES, SEM RASURAS.			

Bloco monoesomático #4, 21x29,7 cm.

2 Blocos



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL NINA RODRIGUES - UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA



RETAGUARDA CLÍNICA

PACIENTE:	
LEITO:	DATA:
DESTINO:	

CHECK LIST PARA TRANSFERÊNCIA	
RELATÓRIO DE CCIH	
SAE	
AIH	
DOCUMENTOS PESSOAIS (RG, SUS)	
COMPROVANTE DE ENDEREÇO (caso não tenha, anotar endereço)	
TERMO DE RESPONSABILIDADE ASSINADO	
EXAMES LABORATORIAIS	
PARECERES (qualquer especialidade)	
EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM	
LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
COMPROVANTE DE SANGUE	
EXAMES DA UPA	

ASSINATURA

Bloco monoesomático A4 20x15,7cm, fonte.

Escala diária
Tec. Enfermagem

DATA: / /	
ENF:	TOTAL DE LEITO:

DATA: / /	
ENF:	TOTAL DE LEITO:

DATA: / /	
ENF:	TOTAL DE LEITO:

DATA: / /	
ENF:	TOTAL DE LEITO:

HOSPITAL NINA RODRIGUES – MARCAÇÕES DE ATESTADO - SANIDADE MENTAL

DATA:		PSIQUIATRA: LUIZ HENRIQUE			HORARIO:		
ORD.	NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO DO SUS	RG	TELEFONE		
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							



Bloco monoceas mantido A4
21 X 29,7 cm, frente e verso.

UNIDADE:				
ADMISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL			Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME COMPLETO				
FILIAÇÃO				
NOME SOCIAL (SE APLICÁVEL)			NATURALIDADE	
RAÇA/COR (AUTODECLARADA)		SEXO	RELIGIÃO	
DATA DE NASCIMENTO		IDADE	TELEFONES	
ENDEREÇO				
PROFISSÃO/ATIVIDADE LABORAL			RENDA	
Nº DO RG		Nº DO CARTÃO DO SUS		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____				
SITUAÇÃO CONJUGAL				
<input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL DECLARA <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL NÃO DECLARADA NOME DO(A) COMPANHEIRO(A) _____				
ESCOLARIDADE				
<input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL I (1ª A 4ª SÉRIE) <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL II (5ª a 8ª SÉRIE) <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> IGNORADO				
DADOS DO RESPONSÁVEL				
NOME				
ENDEREÇO				
TELEFONE		PARENTESCO		
PERFIL DO USUÁRIO				
<input type="checkbox"/> POPULAÇÃO DE RUA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> RECLUSO/DETENTO <input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> LGBTQTT <input type="checkbox"/> POPULAÇÃO URBANA <input type="checkbox"/> POPULAÇÃO RURAL				
COMPOSIÇÃO FAMILIAR				
NOME	IDADE	IDADE DE PARENTESCO	PROFISSÃO/ATIVIDADE LABORAL	RENDA



BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS

BPC BOLSA FAMÍLIA AUXÍLIO-DOENÇA APOSENTADORIA PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE
 AUXÍLIO-RECLUSÃO SALÁRIO MATERNIDADE OUTROS

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA ATUAL

VÍNCULO	NATUREZA DO VÍNCULO	SITUAÇÃO ATUAL
<input type="checkbox"/> INSS	<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> ATIVO
<input type="checkbox"/> ESTADUAL	<input type="checkbox"/> EMPREGADO DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO
<input type="checkbox"/> FEDERAL	<input type="checkbox"/> TRABALHADOR AVULSO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
<input type="checkbox"/> MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> CONTRIBUINTE INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA
<input type="checkbox"/> PREVIDÊNCIA PRIVADA	<input type="checkbox"/> SEGURADO ESPECIAL	<input type="checkbox"/> DEPENDENTE
<input type="checkbox"/> SEM VÍNCULO	<input type="checkbox"/> SEGURADO FACULTATIVO	

REDE DE REFERÊNCIA

UBS UM DE SAÚDE HOSPITAL UPA CAPS HOSPITAL DIA CRAS CREAS APS
 FÓRUM SAD/MELHOR EM CASA CONSELHO TUTELAR
 OUTROS _____

DADOS DA INTERNAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/DIAGNÓSTICO _____

DATA DA ADMISSÃO ____/____/____

SETOR _____

LEITO _____

EVOLUÇÃO SOCIAL

DATA ____/____/____

ASSISTENTE SOCIAL _____

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros	
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	10 Nome do paciente		9 Data da ocorrência da violência	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	16 Escolaridade		14 Gestante	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
	33 Nome Social		34 Ocupação	
Dados da Pessoa Atendida	35 Situação conjugal / Estado civil		36 Orientação Sexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	
	40 UF		41 Município de ocorrência	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados da Ocorrência	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
	62 Local de ocorrência		51 Hora da ocorrência	
	63 Ocorreu outras vezes?		64 A lesão foi autoprovocada?	

65 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

66 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos Intervenção legal

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Negligência/Abandono Outros

Tortura Trabalho infantil

Sexual

67 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/espáncamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro

68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros

69 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

60 Número de envolvidos 1- Um 2 - Dois ou mais 9- Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a) Própria pessoa

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Outros

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Pessoa com relação institucional

Cônjuge Irmão(ã)

62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

66 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 **TELEFONES ÚTEIS** **Disque Direitos Humanos** 100

Central de Atendimento à Mulher 180

Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

Bloco anamnesticos A4, 21x29,7cm família/leaso.

3 Bloco



CLINICA MEDICA HOSPITAL NINA RODRIGUES

CHECK LIST de Transferência

DATA:

Entrevista Data:

Nome: Data de nascimento:
Idade: Sexo: () M () F Estado civil:
Prática religiosa: Escolaridade/profissão:
Tipo de entrevista: () coleta com familiares (NOME): () relato do paciente
Data da admissão:
Diagnostico de Internação:

Antecedentes pessoais e clínicos

Hipertensão arterial: Sim () Não () - Diabetes: Sim () Não () - Tabagismo: Sim () Não ()
Etilismo: Sim () Não () - Alergia: Sim () Não () - Neoplasia: Sim () Não ()
Acidente vascular encefálico: Sim () Não ()
Medicamentos em uso: Sim () Não () Quais?
Cirurgias anteriores: Sim () Não () Quais?
Tipagem sanguínea:
Já utilizou hemocomponentes? () Sim () Não Apresentou reação transfusional? Sim () Não ()

Dispositivos invasivos
CVC () sim () não Local: Data de inserção:
AVP () sim () não Local: Data de inserção:
PAM () sim () não Local: Data de inserção:
Cateter de Shilley () sim () não Local: Data de inserção:
Dreno () sim () não Local: Aspecto da secreção:
Dreno () sim () não Local: Aspecto da secreção:
Outros: Local: Data de inserção:

ESTADO GERAL: () ESTADO GERAL BOM () ESTADO GERAL REGULAR () ESTADO GERAL RUIM
COLORAÇÃO: () NORMOCORADO () HIPOCORADO () ICTÉRICO () CIANÓTICO () ERITEMATOSO
TEMPERATURA CORPORAL: TEMPERATURA ___ °C () AFEBRIL () FEBRE
DISTRIBUIÇÃO DE LÍQUIDOS: () SEM EDEMA () EDEMACIADO () ANASARCA
INTENSIDADE EM CRUZES: ___/4+
PADRÃO DE SONO E REPOUSO: () PRESERVADO () DIMINUÍDO () AUMENTADO
PELE: () ÍNTEGRA () HIDRATADA () RESSECADA () ESCORIAÇÕES () HEMATOMA () MANCHAS
() LESÃO POR PRESSÃO BRADEN: ___ LOCAL: ___ ESTÁGIO: ___
ASPECTO: ___ COBERTURA: ___
NEUROLÓGICO: () ALERTA () VIGIL () LETÁRGICO () TORPOROSO () COMATOSO () SEDADO
GLASGOW: ___ + ___ + ___ = ___ OU RASS: ___ DELIRIUM: () + () -
COURO CABELUTO: () ÍNTEGRO () HIGIENIZADO () SEBORREIA () PEDICULOSE () LESÕES
() FO () PIC () DRENO () DVE () DVP QUANTIDADE DRENADA NAS 24H: ___ ML ASPECTO: ___
OLHOS (ACUIDADE VISUAL): () PRESERVADA () DIMINUÍDA () ÓCULOS
CONJUNTIVA: () NORMOCORADA () HIPOCORADA () HIPEREMIA DA () ICTÉRICA
PUPILAS: () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () FOTORREAGENTES () FIXAS () MIÓTICAS () MIDRÍATICAS

CHECK LIST de Transferência

DATA:

BOCA: () MUCOSA ÍNTEGRA () HIGIENIZADA () LESÕES () SANGRAMENTO GENGIVAL () INFECÇÃO

OUVIDO (ACUIDADE AUDITIVA): () PRESERVADA () DIMINUÍDA () PRÓTESE () SURDEZ

TÓRAX: () FO () DRENO ___ LOCAL: () D () E QUANTIDADE DRENADA NAS 24H: ___ ml ASPECTO: ___

RESPIRATÓRIO: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: ___ ipm SpO2 ___% () EUPNÉICO () BRADIPNÉICO

() TAQUIPNÉICO () DISPNEÍCO () ORTOPNÉICO

VENTILAÇÃO: () AR AMBIENTE () CATETER 02 ___ litros () MÁSCARA DE VENTURI ___ litros

() MACRONEBULIZAÇÃO ___ litros () VENTILAÇÃO MECÂNICA: modo _____

CARDIOVASCULAR: FREQUÊNCIA CARDÍACA: ___ bpm PRESSÃO ARTERIAL: ___x___ mmhg

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

OUTROS:

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

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

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

ACEITAÇÃO: () PLENA () PARCIAL () RG VALOR: ___ 24H () NÁUSEAS () VÔMITOS

VIA DE MEDICAÇÃO: () ORAL () SNE () AVP () CVC LOCAL: _____ ASPECTO: _____ COBERTURA: _____

DROGAS VASOATIVAS/SEDATIVAS:

___ VAZÃO: ___ VAZÃO: ___

___ VAZÃO: ___ VAZÃO: ___

___ VAZÃO: ___ VAZÃO: ___

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

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

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

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () PRESENTE ___x DIA () AUSENTE ___/DIAS () MELENA () FECALOMA

GENITURINÁRIA: () PRESERVADA () EDEMA INTENSIDADE EM CRUZES: ___/4+

() LESÕES () SECREÇÕES () MENSTRUACÃO

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

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

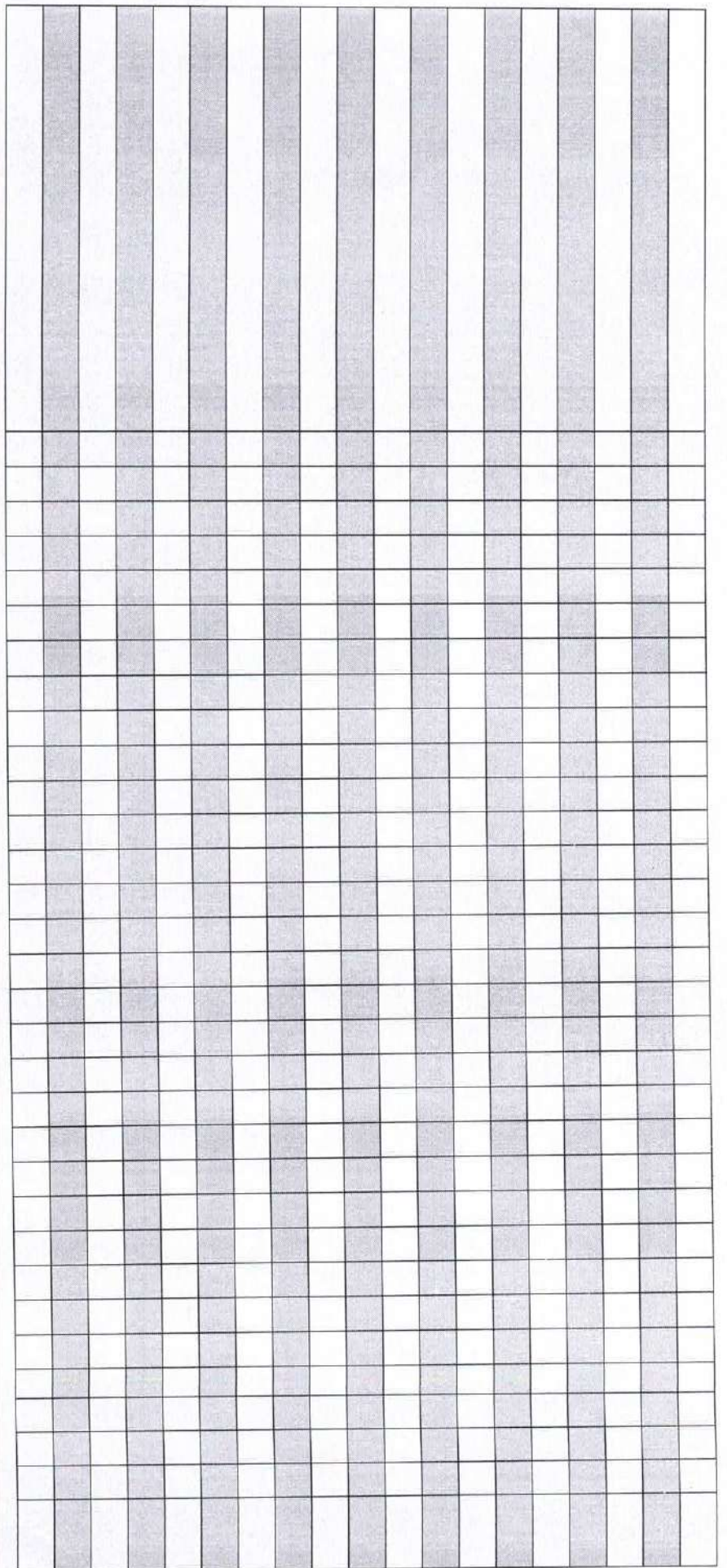
HEMODÍALISE: () SHILLEY LOCAL: ___ ASPECTO DO ÓSTIO: ___ () SE DIALISOU UF: ___

MEMBROS: () FORÇA PRESERVADA () FORÇA DIMINUÍDA () PARESIA () PARESTESIA () PARALISIA

() AMPUTAÇÃO _____ () IMOBILIZAÇÃO _____ LESÕES _____

ORIENTAÇÕES: () PACIENTE () FAMILIA

INTERCORRÊNCIAS:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL NINA RODRIGUES – UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

PACIENTE: _____ LEITO: _____

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

a. O responsável pelo paciente, tendo aceitado o encargo, torna-se responsável pela tomada de decisões em caso de impossibilidade do paciente com a assinatura do presente termo pelo responsável ou pelo paciente indica a aceitação do tratamento clínico inicialmente proposto, autorizando a realização de todos os exames e procedimentos necessários ao cumprimento da proposta.

b. O paciente ou seu responsável legal deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e apresentar o RG e cartão do SUS do paciente no ato da internação. Todo paciente deverá ter no ato da internação, um responsável para assinar os termos necessários para internar na Clínica Médica – Retaguarda.

c. Clínica Médica (Retaguarda) do Hospital Nina Rodrigues (HNR) prestará atendimento médico hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos psiquiátricos e clínicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao perfeito atendimento.

d. A internação do paciente na Clínica Médica (Retaguarda) HNR, só poderá ser efetuada sob a responsabilidade da equipe de profissionais que compõem esta enfermaria.

e. A Clínica Médica (Retaguarda) Hospital Nina Rodrigues – HNR reconhece que o médico plantonista assistente e os demais integrantes da equipe Multiprofissional Enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem são os responsáveis pela condução do tratamento ministrado ao paciente internado nesta Enfermaria, sendo todos os procedimentos realizados nos pacientes assistidos subordinados às diretrizes traçadas por toda equipe responsável pela enfermaria.

f- A proposta de tratamento especializado, assistência psiquiátrica e clínica, atendimento multiprofissional, medicamentos ou demais procedimentos (exames laboratoriais) pelos quais o paciente será submetido, bem como seus benefícios e riscos, serão explicados durante os cuidados assistenciais pela equipe multiprofissional sendo concedida ao paciente e/ou responsável oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.

g. Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno do hospital e da Enfermaria bem como as referentes ao controle de infecção hospitalar, lavando as mãos com frequência, evitando sentar-se no leito e não ingerindo alimentos

no quarto, com exceção das refeições fornecidas pelo hospital, quando for o caso. Deve-se lembrar que é proibido adentrar na unidade com travesseiros e ventiladores.

A infecção em ambiente hospitalar é decorrente de muitos fatores relacionados aos cuidados prestados pelos profissionais mas também pelos acompanhantes e de fatores de risco do próprio paciente. Os cuidados acima descritos aliados ao controle dos riscos de infecção promovidos por nossa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) são os instrumentos de que dispomos para a redução dos riscos tanto quanto possível.

AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 DEVEM SER RESPEITADAS PARA PROTEÇÃO DE TODOS, PORTANTO:

- a) O acompanhante deverá ter mais que 18 anos e menos que 59 anos E Não pode ser gestante, possuir doença crônica, imunossupressora ou obesidade;
- b) **PACIENTE E ACOMPANHANTE DEVEM MANTER-SE DE MÁSCARA PERMANENTEMENTE** (cobrir nariz e boca). As mesmas serão entregues diariamente;
- c) Todos devem manter distanciamento físico (mínimo 2 metros) evitando aglomerações e compartilhamento de objetos;
- d) **A VISITA E A TROCA DE ACOMPANHANTE ESTÃO CONDICIONADAS AO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 (SUSPENSÃO DA VISITA E DA TROCA DIÁRIA DE ACOMPANHANTE SE AUMENTO DE CASOS COVID)**
- e) Deverá ser solicitada a permuta **IMEDIATA** do acompanhante que apresentar sintomas gripais (calafrios, dor de garganta, tosse, febre, coriza, nariz congestionado, dor de cabeça) – a equipe faz busca ativa de sintomáticos respiratórios e caso seja identificado será solicitada a troca imediata.
- f) Se for identificado paciente com sintomas respiratórios como suspeito de COVID-19 o mesmo será submetido ao teste-rápido. Caso confirmado de COVID-19, o paciente será encaminhado para Hospital Genésio Rego (referência para COVID-19).

Será permitido apenas 01 (um) acompanhante por paciente na Clínica Médica (Retaguarda).

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

Ciente em ____/____/____

**USO OBRIGATÓRIO DE MÁSCARA DENTRO DA UNIDADE DE SAÚDE
(ACOMPANHANTE E PACIENTE)**

ASSINATURA DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA CONTRASTE (TOMOGRAFIA)

PREPARO: JEJUM DE 8H, NO MÍNIMO, EXAMES DE CREATININA E URÉIA, ACESSO PERIFÉRICO (JELCO 18 OU 20)

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

PESO:

ALTURA:

INDICAÇÃO DO EXAME:

01- VOCE JA UTILIZOU CONTRASTE IODADO NA VEIA? (UROGRAFIA EXCRETORA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM CONTRASTE VENOSO, CATETERISMO CARDIACO, ARTERIOGRAFIA, COLANGIOGRAFIA VENOSA).
 Sim Não

02- APRESENTOU ALGUMA REAÇÃO (PROBLEMA)?
 Sim Não

03- COMO FOI ESTA REAÇÃO AO CONTRASTE IODADO?

04- VOCÊ TEM OU JÁ TEVE CHIEIRA NO PEITO (BRONQUITE ASMÁTICA, ASMA)?
 Tenho Já tive Não

05- VOCÊ TEM ALERGIA A ALIMENTO COMO: CAMARÃO, PEIXE OU OUTROS FRUTOS DO MAR?
 Sim Não Qual? _____

06- VOCÊ JÁ APRESENTOU PLACAS VERMELHAS E ELEVADAS NA PELE? ESSAS PLACAS COCAVAM?
 Sim Não

07- VOCÊ JÁ FEZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO QUE "EMPOLOU" O CORPO OU INCHOU OS SEUS OLHOS (REAÇÃO A MEDICAMENTO / EDEMA DE QUINKE)? QUAL?
 Sim Não Qual? _____

08- VOCÊ TEM FERIDAS QUE SÃO DIFÍCEIS DE SAIAR NA PARTE DE TRÁS DOS JOELHOS OU COTOVELOS (ECZEMA)?

() Sim () Não

09- VOCÊ TEM ALGUÉM NA FAMÍLIA COM ALERGIA A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO (HISTÓRIA FAMILIAR)?

() Sim () Não QUAL MEDICAMENTO? _____

10- VOCÊ APRESENTA, COM FREQUÊNCIA, ENTUPIMENTO, COCEIRA NO NARIZ OU CRISES DE ESPIRRÓS (RINITE ALÉRGICA)?

() Sim () Não

11- VOCÊ JÁ COMEU ALGUM TIPO DE ALIMENTO, REPETIDAS VEZES, E EM TODAS ELAS APRESENTOU VÔMITOS, DIARRÉIA OU URTICÁRIAS NO CORPO?

() Sim () Não QUAL FOI ESSE ALIMENTO? _____

12- VOCÊ É DIABÉTICO OU HIPERTENSO?

() Sim () Não Qual? _____

13- VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO COM O NOME DE GLUCOPHAGE, GLUCOFORMIN, GLIFAGE OU METFORMINA?

() Sim () Não Qual? _____

14- VOCÊ É PORTADOR DE MIELOMA MÚLTIPLO OU MIASTENIA GRAVIS?

() Sim () Não Qual? _____

15- VOCÊ TEM ALGUMA DOENÇA NO CORAÇÃO, FÍGADO OU RIMS?

() Sim () Não Qual? _____

16- VOCÊ USA REGULARMENTE ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?

() Sim () Não Qual? _____

17- Você tem algum comentário ou informação que julga importante?

() SIM () NÃO Qual? _____

Paciente: _____

Responsável: _____

Data: _____ / _____ / _____



Bloco monoespecifico A4, 21x29,7cm, 3 paginas.



2 Blocos

HOSPITAL NINA RODRIGUES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO

- () Concentrado de hemácias
- () Crioprecipitado
- () Plasma fresco congelado
- () Concentrado de plaquetas

Identificação do paciente

Nome: _____ Idade _____
Endereço: _____ Telefone _____
CPF: _____ RG _____

Identificação do responsável: (no caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____
Endereço: _____
CPF: _____ RG: _____

1. Declaro que o médico dr. _____ CRM n° _____ informou-me da necessidade de hemotransfusão.
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais, especificamente os seguintes:

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

3. Estou ciente que o banco de sangue adota todos os procedimentos de qualidade dos hemocomponentes disponibilizados, de acordo com as normas legais.
4. Realizei exames prévios no meu sangue, e fui informado que foi feito o mesmo no sangue do doador.

HOSPITAL NINA RODRIGUES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO

5. () Recuso a transfusão de hemocomponentes por motivos religiosos/ideológicos, entretanto estou ciente que em situações emergenciais e sob indicações das práticas médicas vigentes, a equipe poderá prescrever transfusão de hemocomponentes, portanto autorizo este procedimento apenas nessas situações.
6. () Autorizo a transfusão de hemocomponentes não apenas em situações emergenciais, mas sempre que houver indicação médica.
7. Assim, declaro, que agora estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos deste hemotransfusão. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para a hemotransfusão proposta devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.
8. Também entendi que a qualquer e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento.

São Luís/MA, _____ de _____ de _____.

Paciente ou Responsável/Representante legal

Testemunha 1

Testemunha 2

Médico responsável:

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou sem representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Médico/CRM



HOSPITAL NINA RODRIGUES
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora: _____ Data: ____/____/____. Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar a situação clínica do paciente em questão.

Médico/CRM



IDENTIFICAÇÃO

Nome (completo): _____ Atend: _____
 Data de Nascimento: _____ Sexo: () M () F Idade: _____ Enfermaria/Leito: _____
 Data da Admissão: _____ Peso/ altura: _____ Religião: _____ Profissão: _____
 Nacionalidade: _____
 Procedência: Domicílio () Ambulatório () Hemodinâmica () C. Cirúrgico () UPA () Outros _____
 Entrevista: () Relato do paciente () Membro da família () Não há possibilidade de coleta () Outros _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Motivo da hospitalização /Queixa principal: _____
 Diagnóstico: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças/Distúrbios:
 Hipertensão () Diabetes () Obesidade () Hipotireoidismo () Hipertireoidismo () Câncer () Cardiopatia () AVC () Outros _____
 Medicamentos em uso (nome/dose): _____
 Fatores de Risco: Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Dislipidemia () Outros _____
 Cirurgia realizada anteriormente: _____
 Uso de hemoderivados/reação anteriormente: _____
 Antecedentes Familiares:
 Hipertensão () Diabetes () Obesidade () Câncer () Cardiopatia () Outros:

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Cuidado Corporal: Higiene adequada () Higiene deficiente () Higiene precária ()
Sono e Repouso: Preservado () Regular () Sonolência () Inverte o dia e a noite () Insônia ()
Eliminação Urinária: Fluxo urinário - espontâneo () Por Cateterismo intermitente () Por SVD () Por cistostomia () Outros _____
 Distúrbio miccional: Disúria () Polaciúria () Poliúria () Oligúria () Anúria () Nictúria () Pneumatúria () Incontinência () Retenção Urinária () Paraurese () Outros _____
Eliminação Intestinal: Regular () Constipação () Colostomia () Incontinência () Diarréia ()
Nutrição: Oral () SNE () GTT () SNG () Aberta: _____ Fechada: _____ Aspecto de Drenagem _____
 Jejum _____ horas.
Oxigenação:
 Ambiente () Cateter de oxigênio () Máscara de Venturi () Traqueostomia () Ventilação mecânica () Outros _____
Sexualidade:
 Comportamento sexual altera no cuidado/tratamento proposto: Sim () Não ()

EXAME FÍSICO

SISTEMA NEUROLÓGICO

Regulação Neurológica: Orientado () Confuso () Toporoso () Comatos () Sonolento ()
Segurança Emocional: Calmo () Alegre () Triste () Ansioso () Agitado () Agressivo () Depressivo ()
Escala de Coma de Glasgow:
 Abertura Ocular: _____
 4. Espontânea
 3. Acomando verbal
 2. Ador
 1. Ausente
 Sem resposta
Resposta Verbal:
 5. Orientado
 4. Desorientado e conservado
 3. Palavras inapropriadas
 2. Sons incompatíveis
 1. Sem resposta
Resposta Motora:
 6. Obedece a comando
 5. Localiza dor
 4. Flexão inespecífica
 3. Flexão hipertônica
 2. Extensão hipertônica
 Total: _____
Pontuação/Gravidade: Normal: igual a 15 Leve: 13 a 14 Moderado: 9 a 12 Grave: 8 a 3

CABEÇA E PESCOÇO



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

Crânio: Sem anormalidade () Incisão () Deformidade ()
Dispositivos: Drenos () Derivação () Outros _____
Couro Cabeludo: Sem alteração () Fracos e quebradiços () Alopecia () Cicatriz () Lesão ()
Olhos: sem alteração () Hiperemia () Nistagmo () Uso de óculos () Uso de lentes corretivas () Diplopia () Catarata ()
 Diminuição da acuidade visual () Deficiência visual () Outros _____
 Classificação pupilar: Isocórias - normais () Anisocoria () Midriase () Miose () Fotorreagentes ()
Nariz: Sem alteração () Coriza () Epistaxe () Congestão () Obstrução ()
Cavidade Oral:
 Externa: Sem alteração () Seca () Ulcerações () Outros: _____
 Interna: Uso de prótese () Desdentado total () Desdentado parcial () Outros: _____
Ouvido: Sem alteração () Diminuição da acuidade auditiva () Aparelho auditivo ()
Pescoço: Sem alteração () Traqueostomia () Turgência de jugulares () Gânglios palpáveis ()

SISTEMA TEGUMENTAR E MUCOSA

Pele:
 Turgor: Turgor normal - hidratada () Turgor diminuído - desidratado () Outros: _____
 Coloração: sem alteração () Palidez () Vermelhidão ou Eritrose () Icterícia () Cianose () Albinismo () Outros: _____
 Umidade: Sem alteração () Pele seca () Pele sudorente () Outros: _____
 Sensibilidade: sem alteração () Dolorosa () Tátil () Térmica () Outros: _____
 Textura: sem alteração () Pele lisa () Pele fina () Pele áspera () Pele enrugada () Outros: _____
 Integridade: Lesão () Hematoma () Edema () LPP () Cicatriz () Incisão cirúrgica () Local: _____
Lesão por pressão: Sim () Não () **Descrever local/estágio/aspecto/profundidade:** _____
Mucosa: Sem alteração () Avermelhada () Esbranquiçada () Lesões () Desidratada () Outros: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Tórax: Simétrico () Assimétrico () Fratura () Outro: _____
Auscultação Pulmonar: Pulmões livres () Estertores () Sibilos () Creptos () Roncos () Outro: _____
Padrão Respiratório: Eupnéico () Dispnéia () Bradipnéia () Taquipnéia () Apnéia () Outro: _____
Sons de Percussão: Ressonância ou Claro pulmonar () Submaciez () Maciez () Hiper-ressonância () Timpanismo () Outro: _____
Respiração: Tiragem Intercosta () Bat. Asa donariz () Hemoptise () Tosse com Expectoração () Outro: _____
Dispositivos de assistência: TQT () Cateter nasal () Macro nebulização () Máscara Venturi () BIPAP () VM () Outro: _____
Descrição das excreção traqueal: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Frequência Cardíaca: Normocardia () Taquicardia () Bradicardia Outro: _____
Pulso Periférico:
 Tipo: Bradisfígmico () Taquisfígmico () Dicrotíco ()
 Volume: Cheio () Filiforme ()
 Regularidade: Rítmico () Arritmico ()
Ritmo Cardíaco: Regular () Irregular () Sinusal ao monitor ()
Perfusão Periférica: Normal () Lenta () Cianose de extremidade ()
Extremidade: Frias () Aquecidas ()

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdome: Plano () Globoso () Escavado () Distendido () Ascítico () Gravidico () Escafóide () Flácido () Assimétrico ()
Dispositivo de Assistência: Ostomia () Outros: _____
Dor à palpação: Ausente () Presente ()
Gastrointestinal: Sem alteração () Náuseas () Vômito () Epigastralgia () Xerostomia () Anorexia Sialorréia ()
Ruídos hidroaéreos: Presente () Diminuídos () Hiperativos () Ausentes ()
Alimentação: Oral () Gastrostomia () Jejunostomia () Ileostomia () Parenteral () SNE ()
Eliminações Intestinais: Presentes () Ausentes () **Periodicidade/dispositivos:** _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICA

MSD	MSE	MID	MIE
Sem alteração ()	Sem alteração ()	Sem alteração ()	Sem alteração ()
Pulsos palpáveis ()	Pulsos palpáveis ()	Pulsos palpáveis ()	Pulsos palpáveis ()
Força preservada ()	Força preservada ()	Força preservada ()	Força preservada ()
Edema ()	Edema ()	Edema ()	Edema ()
Paresia ()	Paresia ()	Paresia ()	Paresia ()
Parestesi ()	Parestesia ()	Parestesia ()	Parestesia ()
Hemiplegia ()	Hemiplegia ()	Hemiplegia ()	Hemiplegia ()
Lesão ()	Lesão ()	Lesão ()	Lesão ()
Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____

Edema: Ausente () Presente () Local: _____
Locomoção: Deambula () Deambula com ajuda () Acamado () Restrito ao leito/sem movimento ()
Esquelético: Lordose () Cifose () Escoliose () Outros: _____
Uso de: Tração () Placa () Pino () Outros: _____ Local: _____



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Unidades de Internação

SISTEMA GENITOURINÁRIO

Feminino: Sem alteração ()
 Alteração: Sim () - Leucorréia () Amenorréia () Edema () DST () Outros: _____

Masculino: Sem alteração ()
 Alteração: Sim () - Edema () DST () Presença de secreção () Outros: _____

Eliminação Urinária: Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria ()
 Forma de eliminação: Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Outro: _____

Aspecto: Sem alteração () Concentrado () Hematúria () Coliúria () Piúria

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

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

Óstomia: _____ Aspecto: _____ Quantidade: _____

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

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

Controle do Carro de Emergência

FM.ENF.002-00

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

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

Balanco Hídrico e Evoluções / Anotação de Enfermagem



PACIENTE: _____
 DIAGNÓSTICO: _____

LEITO: _____

UCI: _____

S. Blanes

HORA	PA	FC	FR	TEMP	SaO2	INPH	Glicemia	Insulina esquema
07:00								
08:00								
09:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
00:00								
01:00								
02:00								
03:00								
04:00								
05:00								
06:00								

Aq, 2LX29 17cm 14 Pq paper OFF set 75e.

INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS/CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS

O que devo Notificar?

- Incidência/evento adverso nas atividades administrativas (admissão no serviço de saúde, marcação ou exames, transferências para outros serviços de saúde, etc.);
- Infecções relacionadas à assistência à saúde (infecções hospitalares: pneumonia, infecção urinária, infecção no local da cirurgia, infecção causada pelo cateter colocado na veia, etc.);
- Incidência/evento adverso durante o procedimento cirúrgico (cirurgia em local errado, paciente errado, queimadura ou choque por bisturi elétrico);
- Incidência/ evento adverso na administração de ditas (dieta errada, paciente errado, via errada, horário errado);
- Queda ou quase queda do paciente (circunstância relatada ou assistida);
- Incidência/evento adverso na identificação do paciente (troca de nomes dos pacientes, falta de pulseiras de identificação, falta de identificação no leito do paciente);
- Lesões de pele (por adesivos, fixações de dispositivos, extravasamento de medicações);
- Lesão por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado);
- Incidência/ evento adverso ocorrido em laboratórios clínicos ou de patologia (exames, biópsia liberado com nome do paciente errado. etc.);
- Falhas na assistência radiológica (imagens liberadas com nome do paciente errado: exame realizado em paciente errado, local errado, etc.);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de medicamentos (omissão de medicação, medicação errada; horário errado; dose errada, via errada; paciente errado);
- Problema / evento adverso relacionado ao uso de hemocomponentes (reação transfusional; paciente errado; via de administração errada);
- Incidência/evento adverso relacionado a dispositivos invasivos:
 - Tubo de cânula traqueal (extubação/decanulação acidental por tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
 - Acesso venoso (flebite, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);
 - Sondas (lesão por fixação, tração, remoção pelo paciente, obstrução, falha no dispositivo);

Classificação dos Incidentes – OMS

- **Incidente:** eventos ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
- **Dano:** Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico;
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;
- **Near Miss:** Incidente não atinge o paciente;
- **Incidente sem dano:** incidente atinge o paciente, mas não causa dano;
- **Incidente com dano (Eventos adversos):** Incidente atinge o paciente e resultado em lesão ou dano.

Ambulatório-HNR

**ORIENTAÇÕES PARA COLETA
DE SANGUE EM EXAMES DE DOSAGEM
DE MEDICAMENTOS**

LITIO SÉRICO(carbolitium)

Colher a amostra 12 horas após a ingestão do medicamento ou por indicação médica.

**ÁCIDO VALPROICO (depakene)
DEPAKOTE**

Deve ser realizada antes da próxima dose do medicamento. A dose de medicamento deve ser estável por pelo menos dois dias e não deve ter havido falha na tomada do mesmo. Em suspeita de intoxicação, pelo menos seis horas após a última dose.

FENOBARBITAL

Colher antes de uma das tomadas do medicamento (2 horas antes) ou Conforme orientação médica.