

## **ATO CONVOCATÓRIO Nº 145/2019/MA**

O **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, torna público que no período de **22/05/2019 a 28/05/2019**, receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes no **Anexo I** deste Ato Convocatório.

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

2. As propostas de preços deverão ser digitalizadas e enviadas por correio eletrônico para: [compras.ma@invisa.org.br](mailto:compras.ma@invisa.org.br) no período de **22/05/2019 a 28/05/2019**.

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

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

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

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

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

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



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

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

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

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

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

**7.4** A alteração de preço dos produtos, objeto deste Ato Convocatório, só poderá ocorrer mediante aceitação do Contratante, devendo a Contratada, justificá-lo mediante a juntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço

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

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

**10.** A entrega dos produtos será realizada no ;

\***Hospital Geral de Monção**, Localizado na R. Da Jaqueira, 118, Monção – MA / São Luís CEP: 65360-000, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para a entrega através dos telefones: (98)8121-7991

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

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

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

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

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

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

**a)** Advertência;

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

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

15. É de responsabilidade exclusiva da Contratada o descarregamento dos produtos do caminhão de transporte. A Contratante ficará encarregada apenas da conferência e arrumação dos produtos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 25. O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** convocará a Proponente vencedora por e-mail.
- 26.** Apurada a proposta de menor preço, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.
- 27.** Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação para assinar o contrato ou a cumprir o disposto na Ordem de Fornecimento, conforme o caso, sob pena de decair do direito à contratação.
- 28.** Se a Contratada, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.
- 29.** Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da Contratante, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem.
- 30.** No caso do Contrato de Gestão firmado entre a **Contratante** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.
- 31.** A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seus Anexos.

**Santo Antônio de Pádua/RJ, 22 de maio de 2019.**

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

**ANEXO I**

ITEM	CÓDIGO	MATERIAL GRÁFICO	UNIDADE	PREÇO REFERÊNCIA	QUANT MÍN	QUANT MÁX
1	4275	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, RECEITUÁRIO MÉDICO 14,8X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 7,10	1000	2000
2	4276	BLOCO MONOCROMÁTICO A5, REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO, 14,8X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 7,10	815	2001
3	4540	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PLANILHA DE CURATIVO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
4	4417	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO MÉDICA.	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
5	4279	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO MÉDICA 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	1006	1600
6	4280	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
7	4281	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RESUMO DE ALTA, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	500	1487
8	4282	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.	UNIDADE	R\$ 11,70	300	800
9	4492	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REQUISIÇÃO DE MATERIAL	UNIDADE	R\$ 11,70	20	30
10	4493	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FORMULÁRIO PARA SOLITAÇÃO DE ANTIMICOBRIANOS DE USO RESTRITOS.	UNIDADE	R\$ 11,70	500	600
11	4421	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR.	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
12	4541	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK-IN DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
13	4494	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ANESTESIA.	UNIDADE	R\$ 11,70	30	35
14	4495	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ENTREVISTA SOCIAL, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	15	30
15	4542	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LIBERAÇÃO DE REFEIÇÃO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
16	4290	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO NUTRICIONAL, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
17	4543	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DIÁRIO SERVIÇO SOCIAL.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
18	4497	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, REGISTRO DE TEMPERATURA .	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
19	4498	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ENVIO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

20	4499	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA PERMANENTE.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	15
21	4500	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
22	4502	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, MAPA DE PRODUÇÃO FISEOTERÁPICA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
23	4544	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FOLHA DE BALANÇO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
24	4298	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, BALANÇO HÍDRICO, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
25	4300	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
26	4299	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, SOLICITAÇÃO DE SANGUE /HEMOCOMPONENTE, 29,7X21CM (FRENTE E VERSO)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
27	4301	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE TRANSFUÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
28	4302	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TESTE PRÉ-TRANSFUSIONAL, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
29	4303	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
30	4304	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
31	4305	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, GASTO DE MATERIAL E MADICAMENTO, 29,7X21CM (FRENTE)	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
32	4505	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE EXAME ANATOMOPATOLOGICO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
33	4503	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, IDENTIFICAÇÃO DE LEITO.	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
34	4408	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ATESTADO MÉDICO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
35	4545	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE SOLICITAÇÃO DE LEITO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
36	4546	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONTROLE DE DATA ALA B.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
37	4547	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CONTROLE DE DATA ALA A.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
38	4548	BLOCO MONOCROMÁTICA A4, FISIOTERAPIA DIARIA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
39	4413	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM UCI.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
40	4549	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, EVOLUÇÃO DO TECNICO DE ENFERMAGEM.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
41	4504	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE CIRURGIA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
42	4550	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE SUTURA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20



# INVISA

## Instituto Vida e Saúde

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

43	4551	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE CESARIANA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
44	4552	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE LAPAROTOMIA ADAPTADA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
45	4553	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, CAIXA DE HISTERECTOMIA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
46	4554	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE AEROSSOL.	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
47	4555	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA COLANTE GOTÍCULAS,	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
48	4416	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA OBSTETRA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
49	4556	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, ETIQUETA PARA ALMOTOLIA DE ALCOOL.	UNIDADE	R\$ 11,70	80	100
50	4557	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, PEDIATRIA.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
51	4558	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECEITUÁRIO CONTROLADO.	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
52	4559	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
53	4560	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, TERMO DE TROCA.	UNIDADE	R\$ 11,70	20	40
54	4561	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, RECOMENDAÇÕES PRÉ OPERATÓRIO.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
55	4562	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, FICHA DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES.	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20
56	4563	BLOCO MONOCROMÁTICO A4, LAUDO MÉDICO P/ PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)	UNIDADE	R\$ 11,70	10	20







HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: \_\_\_\_\_



HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: \_\_\_\_\_





HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



GOVERNO DO  
MARANHÃO  
Secretaria de Saúde

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: ( ) MAS. ( ) FEM.

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



HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



GOVERNO DO  
MARANHÃO  
Secretaria de Saúde

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: ( ) MAS. ( ) FEM.

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



Nome: \_\_\_\_\_ Reg.: \_\_\_\_\_

DATA	FOLHA DE EVOLUÇÃO
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	

CLIENTE: \_\_\_\_\_

Nº PRONT: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

D/OBS	QUANT.	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	SINAIS VITAIS									
					HORA	T	P	PA	DX	BCF	PESO			
					08:00									
					12:00									
					14:00									
					17:00									
					18:00									
					22:00									
					24:00									
					05:00									
					06:00									
CONTROLE HÍDRICO														
HORAS					ELIMINADOS					INFUNDIDOS				
					DIUR.	SNG	VÔM.	DRE	EVAC	VO	EV	SNG		
				08:00										
				12:00										
				16:00										
				20:00										
				24:00										
				04:00										
				06:00										
				08:00										
				TOTAL										



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

CLIENTE: \_\_\_\_\_

Nº PRONT: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

CÓD/OBS	QUANT.	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	SINAIS VITAIS									
					HORA	T	P	PA	DX	BCF	PESO			
					08:00									
					12:00									
					14:00									
					17:00									
					18:00									
					22:00									
					24:00									
					05:00									
					06:00									
					CONTROLE HÍDRICO									
					ELIMINADOS				INFUDIDOS					
					HORAS	DIUR.	SNG	VÔM.	DRE	EVAC	VO	EV	SNG	
					08:00									
					12:00									
					16:00									
					20:00									
					24:00									
					04:00									
					06:00									
					08:00									
					TOTAL									



**HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**  
**RESUMO DE ALTA**



7

Número do Prontuário:		Número do Cartão SUS:	
Nome:			
Sexo:	Cor:	Data de nascimento:	
Clínica:		Médico Assistente:	
<b>DIAGNÓSTICO E RESUMO DA EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR</b>			
Diagnóstico:			
Resumo de internação:			
Terapêutica Básica:			
Procedimentos:			
Orientação na Alta:			
<b>TRATAMENTO</b>			
<b>TIPO</b>		<b>OPERAÇÃO</b>	<b>EFICÁCIA</b>
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Clínico - Cirúrgico		Principal:  Acessório:	<input type="checkbox"/> EFICAZ <input type="checkbox"/> INEFICAZ
<b>TRATAMENTO</b>			
Data da Internação:    /    /		Data da Alta:    /    /	Dias de Hospitalização
<b>ALTA</b>			
<b>CONDIÇÕES</b>	<b>TIPO</b>		<b>ÓBITO</b>
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Estacionário <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Por indisciplina <input type="checkbox"/> Para tratamento ambulatorial <input type="checkbox"/> Transferido para outro hospital <input type="checkbox"/> Veio só para diagnóstico <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sem tratamento <input type="checkbox"/> Decurso Trat. Clínico <input type="checkbox"/> Operatório <input type="checkbox"/> Pós-operatório (12 h) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (24 h) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (1ª semana) <input type="checkbox"/> Pós-operatório (até 40 dias) <input type="checkbox"/> Outros
<b>DATA DO PREENCHIMENTO</b>		<b>ASSINATURA DO MÉDICO COM CARIMBO</b>	
/  /			



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10,1 - ETNIA

Masc.  1

Fem.  3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR  
CNPJ: 07.917.074/0001-36



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITOS**

UNIDADE SOLICITANTE: HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
MÉDICO SOLITANTE:  
DATA DA SOLICITAÇÃO:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME: SEXO: IDADE:  
DATA DA INTERNAÇÃO: ALA/ENFERMARIA:  
PROFISSÃO:  
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO:  
  
**USA DISPOSITIVOS INVASIVOS?**  
( ) Sonda vesical de demora ( ) Cateter venoso profundo ( ) Ventilação mecânica  
( ) Outros. Quais?

**SOLICITAÇÃO DO ANTIMICROBIANO**

**ANTIMICROBIANO SOLICITADO:**  
( ) AMPICILINA ( ) AMPICILINA-SULBACTAN ( ) CEFALOTINA ( ) CEFAZOLINA  
( ) CEFEPIME ( ) CEFTRIAXONA ( ) CIPROFLOXACINA ( ) CLINDAMICINA  
( ) FLUCONAZOL ( ) GENTAMICINA ( ) IMIPENEM ( ) MEROPENEM ( ) METRONIDAZOL  
( ) OXACILINA ( ) PIPERACILINA-TAZOBACTAN ( ) VANCOMICINA ( ) OUTROS  
DOSE: TEMPO DE USO PRETENDIDO:  
**JUSTIFIQUE O MOTIVO DO USO DO ANTIMICROBIANO:**  
  
TEM RESULTADO DE CULTURAS: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) EM ANDAMENTO  
EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MICROORGANISMO ISOLADO:  
USOU ANTIMICROBIANO PREVIAMENTE? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL: \_\_\_\_\_

**COMENTÁRIOS DO INFECTOLOGISTA AVALIADOR:**

NOME: DATA:

FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL: DATA:



# HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



## PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Data da Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Encaminhado da Área: \_\_\_\_\_ G. Alvo: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Mesma Unidade         | 1.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 1.2 <input type="checkbox"/> Outro Clínico do Mesmo Hospital |
| 2. <input type="checkbox"/> Outra unidade         | 2.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 2.2 <input type="checkbox"/> Hospitalar                      |
| 3. <input type="checkbox"/> Entrada de Emergência | 3.1 <input type="checkbox"/> Acidentado  | 3.2 <input type="checkbox"/> Outro                           |

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Peso Kg: \_\_\_\_\_ Altura(M): \_\_\_\_\_ Estado Nutricional: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Instituição Previdenciária:  segurado  dependente  outro

Filiação Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Denominação e Endereço do Trabalho: \_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos Familiares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>HISTORIA CLÍNICA</b>	BANCO DE SANGUE
	TIPO SANGUÍNEO ..... FATOR RH .....

Imediato conciso sobre a doença Atual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

História Clínica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico de Admissão: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_

Assinatura (Carimbo) do Médico que Admitiu o Paciente.



**HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES  
USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE



12

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

ENTREGUE POR: \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

MONÇÃO-MA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES  
USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE



PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

ENTREGUE POR: \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

MONÇÃO-MA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES  
USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE



PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

ENTREGUE POR: \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

MONÇÃO-MA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES  
USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE



PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

ENTREGUE POR: \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

MONÇÃO-MA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES  
USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE



PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

ENTREGUE POR: \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

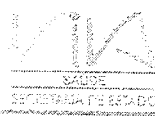
MONÇÃO-MA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Frete



HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

FICHA DE ANESTESIA



NOME \_\_\_\_\_ SOBRENOME \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ RUA \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
 DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_  
 DATA DE OPERAÇÃO \_\_\_\_\_  
 OPER. REALIZADA \_\_\_\_\_  
 TÉCNICO ANESTESIA \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA GERAL \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO \_\_\_\_\_  
 N. DO \_\_\_\_\_ FINAL \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_  
 LEITO \_\_\_\_\_ QUARTO \_\_\_\_\_  
 BLEN  UNO  DOIS  TRÊS  QUATRO  CINCO

MINUTOS	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210	225	240	255	270	285	300
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				

SÍMBOLOS \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
 DURA \_\_\_\_\_  
 EPIDURAL \_\_\_\_\_  
 GERAL \_\_\_\_\_  
 LOCAL \_\_\_\_\_  
 BALANÇO TOTAL \_\_\_\_\_  
 INJEÇÕES \_\_\_\_\_  
 DIFICULDADES TÉCNICAS \_\_\_\_\_  
 OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO ANESTESIOLOGO: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_



## Serviço Social

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) União Estável ( )

Nome do(a) companheiro(a): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde Procedente: \_\_\_\_\_

Contatos familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO SÓCIA ECONÔMICA

<b>Situação Trabalhista:</b> <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Sem Vínculo/Desempregado	<b>Vínculo Previdenciário:</b> <input type="checkbox"/> INSS <input checked="" type="checkbox"/> Regime Próprio <input type="checkbox"/> Sem Vínculo	<b>Status:</b> <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Em benefício Qual? _____
--	---	---

<b>Benefício Assistencial:</b> <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> BPC <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não recebe	<b>Renda Familiar em Salário mínimo (SM):</b> Menos de 01 SM ( ) 01 SM ( ) 1 - 2 SM ( ) Mais de 3 SM ( )	<b>Número de contribuintes para a renda familiar:</b> _____  <b>Número de dependentes:</b> _____
--	--	--

Avaliação Social ou Intervenção Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SAÚDE

ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
CNES:7321252



A series of horizontal lines for data entry, with a horizontal tear across the middle of the page.



**LISTA DE LIBERAÇÃO DA REFEIÇÃO DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

15

ENF.	DIAS	ALMOÇO	JANTA	CAFÉ	ENF.	DIAS	ALMOÇO	JANTA	CAFÉ
1/1					13/29				
1/2					13/30				
2/3					14/31				
2/4					14/32				
3/5					15/35				
3/6					15/36				
4/7					16/33				
4/8					16/34				
5/9					17/39				
5/10					17/40				
6/11					18/37				
06/12					18/38				
7/13					19/43				
7/14					19/44				
8/15					20/41				
8/16					20/42				
9/17					21/47				
9/18					21/48				
10/19					22/45				
10/20					22/46				
11/21					23/51				
11/22					23/52				
12/23					24/49				
12/24					24/50				
01/25					25/53				
02/26					25/54				
					26/27				
<b>PRÉ PARTO</b>					26/28				
<b>PRÉ PARTO</b>									
<b>MED. INFANTIL</b>					<b>MED. ADULTA</b>				
<b>MED. INFANTIL</b>					<b>MED. ADULTA</b>				



RELATÓRIO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL

DATA \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

REFEIÇÃO LIBERADA PARA ACOMPANHANTES

ALMOÇO: \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÃO \_\_\_\_\_

JANTAR: \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÃO \_\_\_\_\_

DEJEJUM: \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÃO \_\_\_\_\_

PACIENTES QUE FORAM TRANSFERIDOS

Nº	PACIENTE	ENF.	LEITO	DATA	LOCAL
01					
02					

PACIENTES QUE REALIZARAM EXAME

Nº	PACIENTE	ENF.	LEITO	DATA	LOCAL
01					
02					
603					

PACIENTES QUE REALIZARAM AVALIAÇÃO

Nº	PACIENTE	ENF.	LEITO	DATA	LOCAL
01					
02					
03					

PACIENTES QUE FORAM ACEITOS DA CIL- CENTRAL INTERNA DE LEITOS

Nº	PACIENTE	CIDADE
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		

PACIENTES QUE FORAM REGULADOS NO HGM

Nº	PACIENTE	CIDADE
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

**SOLICITAÇÕES FEITAS**

Nº	PACIENTE	ALA E LEITO	SOLICITAÇÃO
01			
02			
03			
04			
05			

**OBITO**

Nº	PACIENTE	ENF.	LEITO	DIAGNOSTICO	DATA	LOCAL
01						
02						
03						

EVOLUÇÕES SOCIAIS \_\_\_\_\_

ENTREVISTAS SOCIAIS \_\_\_\_\_

**ANOTAÇÕES**

-

---



---



---



---



---



---



---

<p>Governo do Estado do Maranhão Secretaria de Estado de Saúde</p>  <p>Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão <b>HEMOMAR</b></p> <p>CICLO DO SANGUE PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO</p>	<b>REGISTRO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL (RPO)</b>			
	<b>REGISTRO DE TEMPERATURA ATUAL, MÁXIMA E MÍNIMA DE CÂMARAS DE REFRIGERAÇÃO E DE CONSERVAÇÃO</b>			
	RPO 01.08.01	Revisão: 01	Emissão: 23/10/2012	Página 1 de 2

ANO: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_

HEMOCENTRO OU AT: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

TIPO DE EQUIPAMENTO: \_\_\_\_\_

FAIXA DE TEMPERATURA INDICADA: \_\_\_\_\_ °C a \_\_\_\_\_ °C

Nº/CÓDIGO DO EQUIPAMENTO: \_\_\_\_\_ TOMBO DO EQUIPAMENTO: \_\_\_\_\_

DIA	Horários de Leitura e Registros Realizados por Funcionários que trabalham durante o dia											
	8 h				12 h				16 h			
	TEMP. ATUAL (°C)	TEMP. MAX (°C)	TEMP. MIN (°C)	RUBRICA	TEMP. ATUAL (°C)	TEMP. MAX (°C)	TEMP. MIN (°C)	RUBRICA	TEMP. ATUAL (°C)	TEMP. MAX (°C)	TEMP. MIN (°C)	RUBRICA
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												

Faixa de temperatura indicada de câmaras de refrigeração e de congelamento para conservação de:

Concentrado de hemácies	Plasma fresco congelado e Crioprecipitado para conservação por 12 meses
2 °C a 6 °C (4 ± 2 °C)	-18 a 30 °C negativos









SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
 (Fuerde)  
 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

FICHA PERMANENTE

PACIENTE:	DATA DA ADMISSÃO:												LEITO:	
DATA:														
Dias de UTI:														
Dias de TOT:														
Dias de Traqueostomia:														
Dias de SNE:														
Dias de SNG:														
Dias de Gastrostomia:														
Catéter Profundo Local:														
Dias Catéter Profundo:														
Punção Periférica Local:														
Dias Punção Periférica:														
Punção Arterial Local:														
Dias Punção Arterial:														
Dissecção Venosa Local:														
Dias Dissecção Venosa:														
Dias de SVD:														
Dias de Cistostomia:														
Dias Dreno de Tórax:														
ATB:														
ATB:														





UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
FICHA DE ADMISSÃO FISIOTERAPÊUTICA

Leito: \_\_\_\_\_ Data a Admissão: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ :

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

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Plantonista Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Admissão - HDA: \_\_\_\_\_

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias ( ) a: \_\_\_\_\_

Cirurgias Anteriores: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ irpm PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg Tax: \_\_\_\_\_ °C

Estado Nutricional: \_\_\_\_\_ Abdomen: \_\_\_\_\_

Feridas: \_\_\_\_\_ Drenos: \_\_\_\_\_

Cianose: ( ) SIM ( ) NÃO Edema: ( ) SIM ( ) NÃO Luxações: ( ) SIM ( ) NÃO

Sudorese: ( ) SIM ( ) NÃO Úlceras de Débito: ( ) SIM ( ) NÃO

Fraturas: ( ) SIM ( ) NÃO Deformidades: ( ) SIM ( ) NÃO

### AVALIAÇÃO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Eupnéico

Padrão Ventilatório: \_\_\_\_\_ Ritmo Respiratório: \_\_\_\_\_

Expansibilidade ( ) Simétrica ( ) Assimétrica Dformidade Torácica: ( ) SIM ( ) NÃO

Tiragens: ( ) SIM ( ) NÃO Enfisema Subcutâneo: ( ) SIM ( ) NÃO

Secreção: \_\_\_\_\_ Ausculta Pulmonar: \_\_\_\_\_

Imagem Radiológica: \_\_\_\_\_

( ) AA ( ) Oxigenoterapia: CN \_\_\_\_\_ l/min MNBZ \_\_\_\_\_ l/min Venturi \_\_\_\_\_ %/ \_\_\_\_\_ l/min

( ) VM ( ) VNI TOT ( ) CL: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Dias de TOT: \_\_\_\_\_

Pressão Cuff \_\_\_\_\_ mmHg TQT ( ) Nº \_\_\_\_\_ Dias de TQT: \_\_\_\_\_

### PARÂMETROS VENTILADORIOS DA ADMISSÃO

VC: \_\_\_\_\_ PIP: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FIO2: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ SaTO2: \_\_\_\_\_ TINSP: \_\_\_\_\_

SENS: \_\_\_\_\_ I:E: \_\_\_\_\_

### DADOS GASOMÉTRICOS

pH: \_\_\_\_\_ (7,35 a 7,45) PaO2 \_\_\_\_\_ (80 a 100 mmHg) PaCO2 \_\_\_\_\_ (35 a 45mmHg)

HCO3 \_\_\_\_\_ (22 a 26 molEq) - BE \_\_\_\_\_ (+2 a -2) Resultado: \_\_\_\_\_





Verso

ESCALA DE MORSE FALL		DROGAS E SOROS						AVLIAÇÃO NEUROLÓGICA									
Histórico de Quedas								PUNTO									
Não								HORA									
Sim								12 18 24 6									
Diagnóstico Secundário								ABERTURA DOS OLHOS									
Não								4									
Sim								3									
Auxílio na Deambulação								2									
Nenhum/Acamado/Auxiliado								1									
Muletas/Bengala/Andador								5									
Mobilário/Parede								4									
Terapia Endovenosa/S. End Sinalizado/ Heparinizado								3									
Não								2									
Sim								1									
Marcha								6									
Normal/Sem Deambulação/Acamado/Cadeira de Rodas								5									
Fraca								4									
Comprometida/Cambaleante								3									
Estado Mental								2									
Orientado/Capaz quando a sua Orientação								1									
Superestima capacidade/Esquece Limitações								6									
TOTAL:																	
Sem risco 0-24 Baixo risco 25-50 Alto risco > 51																	
ESCALA DE SEDACÃO DE RASS												3 - Leve limitado					
+4: Combaltivo: Combaltivo / Violento / Representa risco para equipe												2 - Muito limitado					
+3: Muito Agitado: Puxa ou remove tubos, cateteres, agressivo verbalmente												1 - Excessiva					
												2 - Média					
												3 - Acamado					
												1 - Inicial					
												2 - Deficiente					
												1 - problema					
												2 - Problema potencial					
												Risco Brando 15 a 16 ( )					
												Risco Moderado 17 a 18 ( )					
												Risco Severo < 11 ( )					
ESCALA DE SEDACÃO DE RASS												4 - Nenhuma limitação					
												4 - Alta					
												3 - Desamb. Oculto					
												3 - Discreta limitação					
												3 - Adequado					
												4 - Sem limitação					
												4 - Excelente					
												-----					
												3ª Troca					
												2ª Troca					
												1ª Troca					
												3ª Troca					
												4ª Troca					
ATUALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS																	
DATA												PROCEDIMENTOS					
												INTUBAÇÃO - Cábula					
												Punção Venosa Central					
												PAM					
												PIC					
												Sondagem Vesical de Brnoira					
												Punção Venosa Periférica					
												Equipo					
												Torneirinha					
												TOTAL					

- +1: Agitado: Momentos desproporcionados frequentes, briga com o ventilador
- +1: Inquieto: Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
- 0: Alerta e Calmo
- 1: Somnolento: Adormecido, mas acorda ao ser chamado verbalmente e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos.
- 2: Sedação leve: Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
- 3: Sedação moderada: Movimento ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
- 4: Sedação Intensa: Sem resposta ao ser chamado pelo nome, movimentação ou abertura ocular ao toque
- 5: Não desperta: Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

NOME: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**BALANÇO HÍDRICO**

HORA	SINAIS VITAIS			SAT	ENTRADAS				SAÍDAS												
	FC	FR	TAX		PA	PAM	GLIC	VO/SNG	DIETA	MEDIC	HIDRATAÇÃO	SANGUE	DRENOS	DIURESE	SNG	EVACUA.					
08:00																					
10:00																					
12:00																					
14:00																					
16:00																					
18:00																					
<b>TOTAL INTRODUZIDO</b>										<b>ENTRADA</b>						<b>SAÍDA:</b>		<b>TOTAL 12H</b>			
20:00																					
22:00																					
00:00																					
02:00																					
04:00																					
06:00																					
<b>TOTAL INTRODUZIDO</b>										<b>ENTRADA</b>						<b>SAÍDA:</b>		<b>TOTAL 12H</b>		<b>TOTAL 24H</b>	





SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE EM AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

CONCENTRATO DE HEMÁCIAS	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O+		
A+		
B+		
AB+		
O-		
A-		
B-		
AB-		
CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº		
TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)		
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)		
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		

CONCENTRATO DE PLAQUETAS	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O		
A		
B		
AB		
CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº		
TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)		
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)		
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		

PLASMA FRESCO CONGELADO	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O		
A		
B		
AB		
CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº		
TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)		
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)		
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		

CRIOPRECIPITADO	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
O		
A		
B		
AB		
CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA CX Nº		
TEMP. CX (SAÍDA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		
TEMP. CX (CHEGADA HEMOMAR)		
TEMP. CX (SAÍDA HEMOMAR)		
TEMP. CX (CHEGADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)		

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

RESPONSÁVEL SOLICITAÇÃO (MÉDICO/A.T.): \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

ENTREGUE POR: \_\_\_\_\_



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE MONÇÃO  
RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Bolsa: \_\_\_\_\_  
Apto ou Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TESTE DE COMPATIBILIDADE:

Salina: \_\_\_\_\_  
Albumina: \_\_\_\_\_  
Combs: \_\_\_\_\_

TIPAGEM SANGUÍNEA:

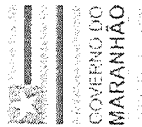
Sistema ABO: \_\_\_\_\_  
Sistema RH: \_\_\_\_\_  
Fenótipo: \_\_\_\_\_

SANGUE E HEMODERIVADOS

Conc. de Hemácias: \_\_\_\_\_ ml Plasma Normal: \_\_\_\_\_ und.  
Conc. de Plaquetas: \_\_\_\_\_ und. Crioprecipitado: \_\_\_\_\_ und.  
Plasma Fresco: \_\_\_\_\_ und. Outros: \_\_\_\_\_

APLICAÇÃO

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE MONÇÃO  
RELATÓRIO DE TRANSFUSÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Bolsa: \_\_\_\_\_  
Apto ou Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TESTE DE COMPATIBILIDADE:

Salina: \_\_\_\_\_  
Albumina: \_\_\_\_\_  
Combs: \_\_\_\_\_

TIPAGEM SANGUÍNEA:

Sistema ABO: \_\_\_\_\_  
Sistema RH: \_\_\_\_\_  
Fenótipo: \_\_\_\_\_

SANGUE E HEMODERIVADOS

Conc. de Hemácias: \_\_\_\_\_ ml Plasma Normal: \_\_\_\_\_ und.  
Conc. de Plaquetas: \_\_\_\_\_ und. Crioprecipitado: \_\_\_\_\_ und.  
Plasma Fresco: \_\_\_\_\_ und. Outros: \_\_\_\_\_

APLICAÇÃO

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável







ESTADO DO MARANHÃO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

ENFERMEIRO(A) _____		DATA: / /		HORÁRIO:		SALA:	
TÉCNICO (A): _____		SRPA:					
EQUIPAMENTO		SIM	NÃO	EQUIPAMENTO		SIM	NÃO
MESA CIRÚRGICA COM ACESSÓRIOS COMPLETA – TRAVADA E TESTADA				AR CONDICIONADO FUNCIONANDO			
BISTURI ELETRICO TESTADO/ ACESSÓRIO COMPLETO				APARELHO DE ANESTESIA – MONTADO E FUNCIONANDO			
FOCOS CIRÚRGICOS DE TETO / TESTADOS FOCO MÓVEL TESTADO				NEGATOSCÓPIO			
CARRO DE PARADA LACRADO				MODULO DE PAM/ BOLSA/ CABO DO MODULO E KIT ESTÉRIL			
MONITOR MULTIPARAMENTRO TESTADO E COMPLETO – SALA OPERATÓRIA + SRPA				MODULO + CABO DE CAPINOGRAFIA			
SISTEMA DE ASPIRAÇÃO/ MONTADO E TESTADO				CILINDROS DE O2 DA SRPA / CILINDROS DE NITROGÊNIO			
ASPIRADOR MOVÉL MONTADO E TESTADO				TESTE FUNCIONAL DO MONITOR DE CARRO DE PARADA			
LARINGOSCÓPIOS COMPLETOS				AMBU DISPONÍVEL			
OBS. E REPOSIÇÃO DE MATERIAL: _____							
CONDIÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO E/OU SRPA:		SIM	NÃO	CONDIÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO E/OU SRPA:		SIM	NÃO
PISO:				BANCADA:			
PAREDE:				MOBILIÁRIO:			
TETO:				EQUIPAMENTOS:			

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

ENFERMEIRO(A) _____		DATA: / /		HORÁRIO:		SALA:	
TÉCNICO (A): _____		SRPA:					
EQUIPAMENTO		SIM	NÃO	EQUIPAMENTO		SIM	NÃO
MESA CIRÚRGICA COM ACESSÓRIOS COMPLETA – TRAVADA E TESTADA				AR CONDICIONADO FUNCIONANDO			
BISTURI ELETRICO TESTADO/ ACESSÓRIO COMPLETO				APARELHO DE ANESTESIA – MONTADO E FUNCIONANDO			
FOCOS CIRÚRGICOS DE TETO / TESTADOS FOCO MÓVEL TESTADO				NEGATOSCÓPIO			
CARRO DE PARADA LACRADO				MODULO DE PAM/ BOLSA/ CABO DO MODULO E KIT ESTÉRIL			
MONITOR MULTIPARAMENTRO TESTADO E COMPLETO – SALA OPERATÓRIA + SRPA				MODULO + CABO DE CAPINOGRAFIA			
SISTEMA DE ASPIRAÇÃO/ MONTADO E TESTADO				CILINDROS DE O2 DA SRPA / CILINDROS DE NITROGÊNIO			
ASPIRADOR MOVÉL MONTADO E TESTADO				TESTE FUNCIONAL DO MONITOR DE CARRO DE PARADA			
LARINGOSCÓPIOS COMPLETOS				AMBU DISPONÍVEL			
OBS. E REPOSIÇÃO DE MATERIAL: _____							
CONDIÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO E/OU SRPA:		SIM	NÃO	CONDIÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO E/OU SRPA:		SIM	NÃO
PISO:				BANCADA:			
PAREDE:				MOBILIÁRIO:			
TETO:				EQUIPAMENTOS:			

Nome do Paciente				
Prontuário N°	Data da Operação	Sala N°	Enfermaria	Leito
Hora de Entrada na S.O	Hora Início da Cirurgia	Hora Término da Cirurgia	Hora da Saída	
Cirurgião				
Auxiliar		Cirurgia		
Anestesiasta				
Tipo de Anestesia		Início da Anestesia	Término da Anestesia	

**RELAÇÕES DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CIRURGIA**

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL
	Agulha 13x4,5		Esponja Gel N°		<b>SOLUÇÕES</b>		<b>ANTIBIÓTICOS</b>
	Agulha 25x7		Cottonoide N°		Álcool 70%		Ampicilina
	Agulha 30x7		Surgicel		Álcool 90%		Cefalotina
	Agulha 30x8		Tela Eprolene		PVPI tópico		Cefazolina
	Agulha 40x12		Faixa Smarch N°		PVPI Degermante		<b>SOROS</b>
	Agulha raqui N°		Compressas de gazes		Vaselina líquida		Fisiológico 250ml
	Agulha peridural		Gaze Vaselineada		Formol		Fisiológico 500ml
	Seringa 1ml		Algodão Ortopédico		Água oxigenada		Fisiológico 5% 250ml
	Seringa 5ml		Atadura Crepom N°		<b>ANESTÉSICOS</b>		Fisiológico 5% 500ml
	Seringa 10ml		Esparadrapo Microp.		Xylocaina Gel		Ringer Lactado 500ml
	Seringa 20ml		Esparadrapo Comum		Xylocaina Spray		<b>PSICOTRÓPICOS</b>
	Seringa 50ml		Touca com elástico		Xylocaina 2% S/V		Midazolam 15mg
	Cateter Jelco N° 14		Sapatilha (prope)		Xylocaina Pomada		Midazolam 50mg
	Cateter Jelco N° 16		Mascara		Neocaina Pesada		Domotidolossal
	Cateter Jelco N° 18		Escova Degernação		Neocaina 0,5 % S/V		Fentanil frasco
	Cateter Jelco N° 22				Neocaina 0,5 % C/V		Fentanil ampola
	Cateter Jelco N° 24				<b>MEDICAMENTOS</b>		Propofol
	Cateter óculos				Adrenalina		Halotano
	Cateter Peridural		<b>FIOS AGULHADOS</b>		Aminofilina		Enflurano
	Scalp N° 19		Mononylon N° 0		Atropina		Isoflurano
	Scalp N° 21		Mononylon N° 1,0		Água destilada		Sevofurano 100mg
	Scalp N° 23		Mononylon N° 2,0		Buscopam		Sevofurano 250mg
	Scalp N° 25		Mononylon N° 3,0		Cedilanide		Thiopental 1g
	Scalp N°27		Mononylon N° 4,0		Cortisol 100mg		Thiopental
	Equipo inj. Lateral		Mononylon N° 5,0		Cortisol 500mg		Narcan
	Equipo Polifix 2vias		Mononylon N° 6,0		Kcl		<b>TAXA DE EQUIPAMEN.</b>
	Equipo Polifix 4vias		Polycot N° 1,0		Nacl 10%		Bisturi Elétrico
	Equipo Macrogotas		Polycot N° 2,0		Nacl 20%		Aspirador
	Equipo de Sangue		Polycot N° 3,0		Decadron		Ar Comprimido
	Dreno Penrose N°		Polycot N° 4,0		Dipirona		Microscópio
	Dreno Sucção N°		Polycot N° 5,0		Debulamina		RX em Sala
	Dreno Tórax Kit N°		Polycot N° 6,0		Efedrina		Monitor Cardíaco
	Urofix Sist. Aberto		Vicryl N° 0		Efortil		Oxímetro de Pulso
	Urofix Sis. Fechado		Vicryl N° 1,0		Furosemida		Carro de Anestesia
	Eletrodos		Vicryl N° 2,0		Fenergran		Oxigênio(h)
	Prestobarba		Vicryl N° 3,0		Glicose 25%		
	Lamina Bisturi N°		Vicryl N° 4,0		Glicose 50%		
	Lamina de Gillete		Vicryl N° 5,0		Gentamicina		
	Luva Estéril N° 7,0		Vicryl N° 6,0		Gliconato de cálcio		
	Luva Estéril N° 7,5		CatGut Simples N°1,0		Heparina		
	Luva Estéril N° 8,0		CatGut Simples N°2,0		Nipride		
	Luva Estéril N° 8,5		CatGut Simples N°3,0		Prostigimine		
	Luva de Procedimento		CatGut Simples N°4,0		Plasil		
	Sonda de Folley		CatGut Simples N°5,0		Queficin		
	Tube Oro traqueal		CatGut Simples N°6,0		Sulfato de magnésio		
	Cânula Traqueostomia		<b>FIOS SUTUPACK</b>		Solumendrol		
	Sonda Aspiração N°		Cera de Osso		Cataflan		
	Sonda Gástrica N°						

INSTRUMENTADOR:	CIRCULANTE:
-----------------	-------------

32



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

CNPJ: 07.917.074/0001-36

RUA DA JAQUEIRA, S/N, CEP: 65360-000, MONÇÃO – MA

TEL: (98)991476411

**FICHA DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

EXAME:

( ) ANATOMOPATOLÓGICO

MATERIAL:

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

CIRURGIA:

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

DADOS CLÍNICOS:

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

\_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO E ASSINATURA)



GOVERNO DO  
MARANHÃO  
Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



TIPO DE LEITO: ( ) CIRÚRGICO ( ) PEDIÁTRICO ( ) ORTOPÉDICO ( ) OBSTÉTRICO ( ) CLÍNICO

DIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

NOME:

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

IDADE: \_\_\_\_\_

CIDADE:

ALERGIA:

( ) SIM, \_\_\_\_\_

( ) NÃO





HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE  
GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

ATESTADO MÉDICO

Atesto (a) para os devidos fins o Sr.(a) \_\_\_\_\_

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, que se encontra sob meus cuidados.

CID: \_\_\_\_\_

Monção/MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura Médico-CRM



HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE  
GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

ATESTADO MÉDICO

Atesto (a) para os devidos fins o Sr.(a) \_\_\_\_\_

necessita afastar-se de suas atividades profissionais no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, que se encontra sob meus cuidados.

CID: \_\_\_\_\_

Monção/MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura Médico-CRM

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE LEITO

Unidade Solicitante			
Data		Hora	
Responsável pela solicitação		Telefone	

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento  / /

Data de Admissão:  / / Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Peso ( se RN ): 5600

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Internação Atual: UTI ( ) Semi-UTI ( ) Sala Vermelha ( ) Sala Amarela ( ) Enfermaria ( ) Sala de Emergência ( )

LEITO SOLICITADO: UTI Adulto ( ) UTI Pediátrica ( ) UTI Neonatal ( ) Enfermaria ( ) Clínica: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRINCIPAIS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA:

Laboratoriais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ex. Imagem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Gravidade: Gravíssimo ( ) Muito Grave ( ) Grave ( ) Grave porém estável ( ) Estável ( )

Sinais Vitais: PA X FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Febril: Sim ( ) Não ( ) GLASGOW \_\_\_\_\_

Suporte de O2: Não ( ) Sim ( ) Tipo: O2 em cateter ( ) O2 em máscara ( ) VNI ( ) V. Mecânica ( )

Suporte Hemodinâmico: Não ( ) Sim ( ) Tipo: NORA ( ) DOBU ( ) DOPA ( ) NIPRIDE ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Indicação Cirúrgica: Não ( ) Sim ( ) Causa: \_\_\_\_\_

Uso de cateter /Dia de implantação: SVD:  / / CVP  / / SNG  / / Outro: \_\_\_\_\_

Medicações em Uso: 1 \_\_\_\_\_ ( dias) 2 \_\_\_\_\_ ( dias)

3 \_\_\_\_\_ ( dias) 4 \_\_\_\_\_ ( dias) 5 \_\_\_\_\_ ( dias)

Resultados de Culturas: \_\_\_\_\_ Em andamento: Sim ( ) Não ( )

Proveniente de Unidade Hospitalar: Não ( ) Sim ( ) Relatório da CCIH: Não ( ) Sim ( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico/Carimbo

ENF.	LEITO	DIAS	PACIENTE	IDADE	ACOMPANHANTE	CIDADE
13 obt	29					
	30					
14 obt	31					
	32					
15 obt	35					
	36					
16 c.med	33					
	34					
17 c.med	39					
	40					
18 c.med	37					
	38					
19 c.cir	43					
	44					
20 c.cir	41					
	42					
21 ort	47					
	48					
22 ort	45					
	46					
23 pediat	51					
	52					
24 pediat	49					
	50					
25 pediat	53					
	54					
26 pediat	27					
	28					

ENF.	LEITO	DIAS	PACIENTE	IDADE	ACOMPANHANTE	CIDADE
1 obs	1					
	2					
2 obs	3					
	4					
3 obs	5					
	6					
4 C. med	7					
	8					
5 c. med	9					
	10					
6 c. med	11					
	12					
7 C cir	13					
	14					
8 C cir	15					
	16					
9 c.cir	17					
	18					
10 ort	19					
	20					
11 ort	21					
	22					
12 ort	23					
	24					
01 isol	25					
02 isol	26					





Frete  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO



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

Leito: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
 Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Data de Internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Precaução:  Não  Sim Alergias conhecidas:  Não  Sim  
 Pulseira de Identificação  Não  Sim

ÁREA DO CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				
	1	2	3	4	
ESTADO MENTAL	Insciente	Período de Inconsciência	Período de desorientação/agitação	Orientado Tempo/espço	
OXIGENAÇÃO	Ventilação Mecânica	Máscara ou cateter contínuo	Máscara ou cateter intermitente	Ventilação espontânea AA	
SSVV	2/2h	4/4h	6/6h	Rotina 8/8h	
MOBILIDADE	Incapaz de movimentar-se. Dependente de enfermagem para movimentação passiva	Dificuldade para movimentar-se Auxiliado pela enfermagem para movimentação passiva.	Movimentos limitados	Movimenta todos os segmentos corporais	
DEAMBULAÇÃO	Restrito ao leito	Cadeira de rodas	Auxílio para deambular	Ambulante	
ALIMENTAÇÃO	Atráves de cateter central	SNG/SNE/GTV	Oral com auxílio	Autossuficiente	
HIGIENE	Banho no leito/higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de aspersão realizado pela enfermagem	Auxílio no Banho da aspersão	Autossuficiente	
ELIMINAÇÃO	Evacuação no leito + controle diurese SVD	Comadre ou evacuação no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-Suficiente	
TERAPÉUTICA	Drogas vasculares	EV contínua ou medicações por sonda / GTM	EV intermitente	IM ou VO	
INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos, e comprometimento de tendões e cápsulas. Eviscerações	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica Drenos, Ostomias.	Presença de alterações da cor da pele (esquimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra	
CURATIVO	Curativo realizado 3x dia	Curativo realizado 2x dia	Curativo realizado 1x dia	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica realizada pelo paciente durante o banho.	
TEMPO PARA REALIZAÇÃO DO CURATIVO	Superior a 30 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho	
CATEGORIA DO CUIDADO	<input type="checkbox"/> INTENSIVO (> 34 PTS)	<input type="checkbox"/> SEMI INTENSIVO (29 - 34 PTS)	<input type="checkbox"/> ALTA DEPENDÊNCIA (23 - 28 PTS)	<input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO (16 - 22 PTS)	<input type="checkbox"/> MÍNIMO (12 - 17 PTS)
<b>SINAIS VITAIS</b>					
Peso diário:	Diurese 24h	Pulso:	Tax:	PA:	Respiração:
Ectoscopia: EG _____	<input type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Sem edema	<input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Edema	<b>Nível de Consciência</b> <input type="checkbox"/> consciente <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/> acordado <input type="checkbox"/> sonolento <input type="checkbox"/> lúcido <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> orientado <input type="checkbox"/> desorientado		
Estado Emocional:	<input type="checkbox"/> tranquilo <input type="checkbox"/> comunicativo <input type="checkbox"/> colaborativo	<input type="checkbox"/> apático <input type="checkbox"/> agressivo <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> deprimido	Estado Nutricional: <input type="checkbox"/> eutrófico <input type="checkbox"/> desnutrido <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> sobrepeso <input type="checkbox"/> ↑ ponderal _____	Aceitação Dieta: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> insatisfatória <input type="checkbox"/> GTM/SNE	Suplemento nutricional <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Eliminações:	Diurese <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVD	Evacuação <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Obs.:		
Acesso Venoso:	Periférico: ___/___ <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE	Central: ___/___ <input type="checkbox"/> _____	Cateter Peridural: <input type="checkbox"/> _____	Flebite: _____	

Verso

Pendências:	
Curativos:	

INTERCORRÊNCIAS






DATA \_/~/

TURNO SD SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA		
01	AFASTADOR FARABEU INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

41F TURNO SD SN

DATA \_/~/

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA		
01	AFASTADOR FARABEU INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/~/

TURNO SD SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA		
01	AFASTADOR FARABEU INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/~/

TURNO SD SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

CAIXA DE PEQUENA CIRÚGIA		
01	AFASTADOR FARABEU INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BABCOCK 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 02
08	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 03
13	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 16 cm	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA METZEMBAUM CURVA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01
15	TESOURA METZEMBAUM RETA 15 cm	<input type="checkbox"/> 01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA / /

TURNO SD SN

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	04
02	CABO DE BISTURI N°4	01
03	PINÇA ALLIS	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA / /

TURNO SD SN

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	04
02	CABO DE BISTURI N°4	01
03	PINÇA ALLIS	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA / /

TURNO SD SN

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	04
02	CABO DE BISTURI N°4	01
03	PINÇA ALLIS	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA / /

TURNO SD SN

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE MÉDIA CIRÚGIA

01	AFASTADOR FARABEUPE PEQUENO 12 e 14 cm	04
02	CABO DE BISTURI N°4	01
03	PINÇA ALLIS	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 30 cm	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 30 cm	01
06	PINÇA BABCOCK 20 cm	01
07	PINÇA BACKHAUS 10 cm	04
08	PINÇA COLLIN ANEL 16 cm	01
09	PINÇA FAURE 22 cm	01
10	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	05
11	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	04
12	PINÇA KELLY RETA 16 cm	04
13	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	03
12	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	02
13	PINÇA MIXTER 24 cm	02
14	PINÇA MUSEUX RETA 24 cm	01
15	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	01
17	TESOURA METZEMBAUM CURVA 18 cm	01
18	TESOURA METZEMBAUM RETA 18 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

41V

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SNSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

## CAIXA DE SUTURA

01	PINÇA DISSECÇÃO ADSON DENTE 12 cm	01
02	PINÇA DISSECÇÃO ADSON SERRILHA 12 cm	01
03	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	02
04	PINÇA KELLY RETA 16 cm	02
05	PORTA AGULHA MAYO HEGAR 18 cm	01
06	TESOURA MAYO STILLE CURVA 17 cm	01

ASSINATURA E CARIMBO

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

TURNO  SD  SN

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO



CAIXA DE CESARIANA		
01	AFASTADOR FARABEUZ INFANTIL 10X120mm	<input type="checkbox"/> 01
02	CABO DE BISTURI Nº4	<input type="checkbox"/> 01
03	PINÇA ALLIS 15 cm	<input type="checkbox"/> 04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO SERRILHA	<input type="checkbox"/> 01
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO DENTE DE RATO 20 cm	<input type="checkbox"/> 01
06	PINÇA BACKHAUS 10 cm	<input type="checkbox"/> 04
07	PINÇA HALSTEAD MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/> 04
08	PINÇA KELLY CURVA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
09	PINÇA KELLY RETA 16 cm	<input type="checkbox"/> 04
10	PINÇA KOCHER CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/> 02
11	PINÇA KOCHER RETA 20 cm	<input type="checkbox"/> 02
12	PORTA AGULHA MAYO HEGAR	<input type="checkbox"/> 02
13	TESOURA DE MAYO CURVA	<input type="checkbox"/> 01
14	TESOURA DE MAYO RETA	<input type="checkbox"/> 01
15	PINÇA FAURE	<input type="checkbox"/> 02
16	PINÇA CHERON	<input type="checkbox"/> 01

---

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/ \_/ \_

TURNO  SD  SN

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO



### CAIXA DE LAPAROTOMIA

01	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/>	01
02	AFASTADOR FARABEUZ MÉDIO 15 cm	<input type="checkbox"/>	02
03	AFASTADOR FARABEUZ GRANDE 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
04	PINÇA ALLIS 23 cm	<input type="checkbox"/>	05
05	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 25cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 25 cm	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BABCOCKK 23 cm	<input type="checkbox"/>	01
08	PINÇA COLLIN CORAÇÃO 16 cm	<input type="checkbox"/>	01
09	PINÇA BACKHAUS 13 cm	<input type="checkbox"/>	04
10	PINÇA FAURE CURVA 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
11	PINÇA HALSTED MOSQUITO RETA LONGUETE 21 cm	<input type="checkbox"/>	01
12	PINÇA HALSTED MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	06
13	PINÇA HALSTED MOSQUITO RETA 12 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA KELLY CURVA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
15	PINÇA KELLY RETA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
16	PINÇA KOCHER RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	05
17	PINÇA KOCHER CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
18	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 20 cm	<input type="checkbox"/>	01
19	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	01
20	TESOURA METZEMBAUM CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
21	TESOURA METZEMBAUM RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
22	PINÇA CHERON	<input type="checkbox"/>	01
23	PINÇA POZZI	<input type="checkbox"/>	01
24	PINÇA MUSEUX RETA	<input type="checkbox"/>	01
25	PINÇA MIXTER	<input type="checkbox"/>	02

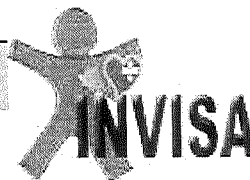
---

ASSINATURA E CARIMBO

DATA \_/~/

TURNO  SD  SN

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO CIRURGICO

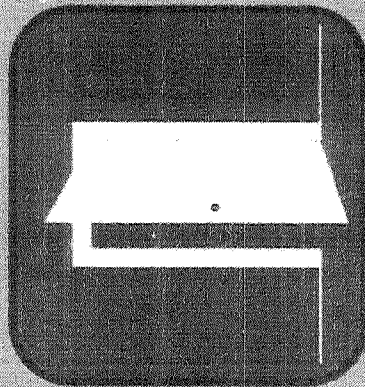
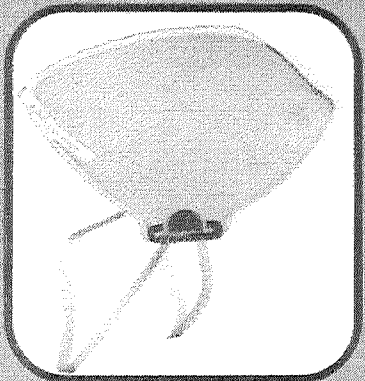
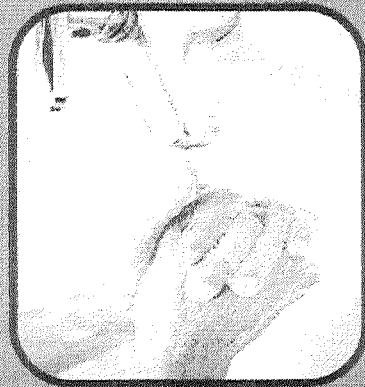


### CAIXA DE HISTERECTOMIA

01	CABO DE BISTURI N°4	<input type="checkbox"/>	01
02	AFASTADOR FARABEUFG GRANDE 20 cm	<input type="checkbox"/>	02
03	PINÇA ALLIS	<input type="checkbox"/>	04
04	PINÇA ANATOMICA DISSECÇÃO 25cm	<input type="checkbox"/>	01
05	PINÇA ANATOMICA DENTE DE RATO 25 cm	<input type="checkbox"/>	01
06	PINÇA ROCHESTER	<input type="checkbox"/>	01
07	PINÇA BACKHAUS 13 cm	<input type="checkbox"/>	04
08	PINÇA FAURE 22CM	<input type="checkbox"/>	02
09	PINÇA HALSTED MOSQUITO CURVA 12 cm	<input type="checkbox"/>	03
10	PINÇA KELLY CURVA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
11	PINÇA KELLY RETA 14 cm	<input type="checkbox"/>	04
12	PINÇA KOCHER RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	03
13	PINÇA KOCHER CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	02
14	PINÇA POZZI	<input type="checkbox"/>	01
15	PINÇA CHERON	<input type="checkbox"/>	01
16	PORTA AGULHA MAYO HEGAR SERRILHA 30 cm	<input type="checkbox"/>	02
17	PINÇA MIXTER	<input type="checkbox"/>	01
18	TESOURA METZEMBAUM CURVA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01
19	TESOURA METZEMBAUM RETA 24 cm	<input type="checkbox"/>	01

---

ASSINATURA E CARIMBO



# AEROSSOL

VISITANTE:

ANTES DE ENTRAR NO QUARTO, FALE COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM





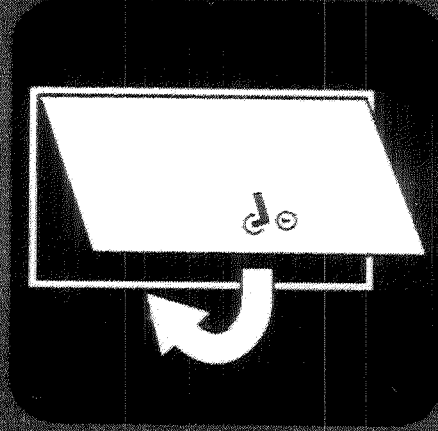
GOVERNO DO  
**MARANHÃO**  
GOVERNO DE TODOS NÓS



**INVISA**

**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

# HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO GOTÍCULAS



MASCARA CIRÚRGICA  
(PROFISSIONAL)



MASCARA CIRÚRGICA  
(TRANSPORTE DO PACIENTE)

**VISITANTE:**

**ANTES DE ENTRAR NO QUARTO, FALE COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM**



CHECK-LIST  
PRONTUÁRIO DA CLÍNICA OBSTÉTRICA

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) – 2 VIAS	
BOLITIM DE ATENDIMENTO	
FICHA DE INTERNAÇÃO	
ADMISSÃO HOSPITALAR	
FICHA DE ANESTESIA	
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO	
FICHA OBESTÉTRICA	
GASTO DE MATERIAL	
FOLHA DE EVOLUÇÃO	
CONTROLE DE ANTIMICROBIANO	
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
EVOLUÇÃO DE NUTRICIONISTA	
SERVIÇO SOCIAL	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
FICHA DE RECÉM-NASCIDO	
PRESCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	
PLANILHA DE CURATIVOS	
EXAMES	
RESUMO DE ALTA	

ASSINATURA \_\_/\_\_/2019


**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_




**HGM**  
HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO

ALCÓOL

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

Prox. Troca: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resp: \_\_\_\_\_





# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 14.042.783/0001-91

Rua Afonso Pena, S/N - Centro / Monção-MA

PACIENTE \_\_\_\_\_

END. \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_

IDENT. DO COMPRADOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

IDENT. \_\_\_\_\_

ORG. EMISSOR \_\_\_\_\_

END. \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

IDENT. DO FORNECEDOR \_\_\_\_\_

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

ASS. FARMACÊUTICO DATA \_\_\_\_\_

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 14.042.783/0001-91

Rua Afonso Pena, S/N - Centro / Monção-MA

PACIENTE \_\_\_\_\_

END. \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_

IDENT. DO COMPRADOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

IDENT. \_\_\_\_\_

ORG. EMISSOR \_\_\_\_\_

END. \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

IDENT. DO FORNECEDOR \_\_\_\_\_

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

ASS. FARMACÊUTICO DATA \_\_\_\_\_



REGULAÇÃO DE CIRURGIAS

RECOMENDAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

XEROX:

02 DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG);

02 CARTÃO DO SUS;

01 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

01 CPF;

02 COMPROVANTE DE DOAÇÃO DE SANGUE  
(ORIGINAL);

01 TODOS OS EXAMES (SOLICITADOS PELO  
MÉDICO).

OBS. Trazer as xerox e as originais dos documentos e  
exames.



REGULAÇÃO DE CIRURGIAS

RECOMENDAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

XEROX:

02 DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG);

02 CARTÃO DO SUS;

01 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

01 CPF;

02 COMPROVANTE DE DOAÇÃO DE SANGUE  
(ORIGINAL);

01 TODOS OS EXAMES (SOLICITADOS PELO  
MÉDICO).

OBS. Trazer as xerox e as originais dos documentos e  
exames.



Instituto Vida e Saúde  
Rua Hermete Silva, 49-Centro.  
Santo Antônio de Pádua – RJ  
CNPJ: 05.997.585/0001-80  
OSCIP – MJ Nº08026. 000791/2003-42

### TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
Solicito autorização para tocar o plantão \_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ com o (a) colega  
\_\_\_\_\_ Comprometo-me a fazer o  
seu plantão \_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Monção, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

\_\_\_\_\_  
Colaborador Solicitante

\_\_\_\_\_  
Chefe de Setor

\_\_\_\_\_  
Colaborador Substituto

\_\_\_\_\_  
Administrativo Local

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



Instituto Vida e Saúde  
Rua Hermete Silva, 49-Centro.  
Santo Antônio de Pádua – RJ  
CNPJ: 05.997.585/0001-80  
OSCIP – MJ Nº08026. 000791/2003-42

Eu, \_\_\_\_\_  
Solicito autorização para tocar o plantão \_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ com o (a) colega  
\_\_\_\_\_ Comprometo-me a fazer o  
seu plantão \_\_\_ do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Monção, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

\_\_\_\_\_  
Colaborador Solicitante

\_\_\_\_\_  
Chefe de Setor

\_\_\_\_\_  
Colaborador Substituto

\_\_\_\_\_  
Administrativo Local

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

## RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIO CIRURGIA ELETIVA

- Comunicar-se conosco até dois dias antes da operação, em caso de gripe ou indisposição;
- Internar-se no hospital indicado, obedecendo ao horário previamente marcado;
- Evitar bebidas alcoólicas ou refeições muito exageradas na véspera da cirurgia;
- Evitar fumar por, ao menos, 15 (quinze) dias antes da cirurgia;
- Manter jejum de 8 (oito) horas antes da hora marcada da cirurgia;
- No caso do uso de anti-hipertensivo e hipoglicemiantes (diabético), eles podem ser tomados no dia da cirurgia, apenas com um pequeno gole de água;
- Todos os exames solicitados devem ser mostrados com antecedência ao cirurgião, para que em casos de alterações, essas possam ser resolvidas a tempo de se realizar o procedimento na data desejada;
- O acompanhante deve ser maior de idade, levando consigo seus documentos pessoais (RG e CPF);
- Não é permitido o uso de short, saia curta, roupas transparentes, bermuda, camiseta e boné;
- Recomenda-se a higiene corporal, capilar e oral (além da remoção de próteses) e a depilação da região íntima e axila pois ocasionam a diminuição da quantidade de microrganismos na superfície da pele, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica;
- Em casos de cirurgia de Histerectomia, Miomectomia e Ooforectomia é necessário um frasco de vidro grande com tampa para coleta de material;
- Proibido acompanhante do sexo masculino em ala feminina;
- Proibido o uso de adornos (brincos, pulseiras, cordão, anéis, relógios, etc.) para pacientes e acompanhantes.

## RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIO CIRURGIA ELETIVA

- Comunicar-se conosco até dois dias antes da operação, em caso de gripe ou indisposição;
- Internar-se no hospital indicado, obedecendo ao horário previamente marcado;
- Evitar bebidas alcoólicas ou refeições muito exageradas na véspera da cirurgia;
- Evitar fumar por, ao menos, 15 (quinze) dias antes da cirurgia;
- Manter jejum de 8 (oito) horas antes da hora marcada da cirurgia;
- No caso do uso de anti-hipertensivo e hipoglicemiantes (diabético), eles podem ser tomados no dia da cirurgia, apenas com um pequeno gole de água;
- Todos os exames solicitados devem ser mostrados com antecedência ao cirurgião, para que em casos de alterações, essas possam ser resolvidas a tempo de se realizar o procedimento na data desejada;
- O acompanhante deve ser maior de idade, levando consigo seus documentos pessoais (RG e CPF);
- Não é permitido o uso de short, saia curta, roupas transparentes, bermuda, camiseta e boné;
- Recomenda-se a higiene corporal, capilar e oral (além da remoção de próteses) e a depilação da região íntima e axila pois ocasionam a diminuição da quantidade de microrganismos na superfície da pele, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica;
- Em casos de cirurgia de Histerectomia, Miomectomia e Ooforectomia é necessário um frasco de vidro grande com tampa para coleta de material;
- Proibido acompanhante do sexo masculino em ala feminina;
- Proibido o uso de adornos (brincos, pulseiras, cordão, anéis, relógios, etc.) para pacientes e acompanhantes.

PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES	DISPENSACÃO		DATA:		SN		DATA:		QUEB.	SALDO	ENT.	SAIDA	DEVOL.	QUEB.	TOTAL
	SALDO	ENT.	SALDO	SAIDA	SD	SAIDA	DEVOL.	SAIDA							
<b>SUBSTÂNCIA</b>															
Bromazepam 3mg comp.															
Carbamazepina 200mg comp.															
Carbamazepina 200mg/ml sol. Oral															
Citrato de Fentanila 0,0785mg/ml inj. (10ml)															
Citrato de Fentanila 78,5mcg/ml inj. (2ml)															
Citrato de Sufentanila 0,5ug/ml inj.															
Clonazepam 0,5 mg comp.															
Cloridrato de Amitriptilina 25mg comp.															
Cloridrato de Clorpromazina 5mg/ml inj.															
Cloridrato de Clorpromazina 40% (40mg/ml) gotas															
Cloridrato de Dextroacetamina 50mg/ml inj.															
Cloridrato de Naloxona 0,4mg/ml inj															
Cloridrato de Petidina 50mg/ml inj															
Cloridrato de Remifentanila 2mg/ml inj															
Cloridrato de Tramadol 100mg comp															
Cloridrato de Tramadol 100mg/ml inj															
Cloridrato de Tramadol 50mg/ml inj															
Diazepam 10mg comp.															
Diazepam 5mg/ml inj.															
Etomidato 2mg/ml (10 ml) inj.															
Fenitoína 100mg comp.															
Fenitoína 50mg/ml inj.															
Fenobarbital 100mg comp.															
Fenobarbital 100mg/ml inj.															
Flumazenil 0,5mg/5ml inj.															
Haloperizol 2mg/ml sol. oral															
Haloperidol 5mg comp.															
Haloperidol 5mg/ml inj.															
Isoflurano 1% (100ml)															
Isoflurano 1% (240ml)															
Midazolam 5mg/ml (3ml) inj.															
Midazolam 5mg/ml (10ml) inj.															
Misoprostol 25mg comp.															
Misoprostol 200mg comp.															
Paracetamol + Fosfato de Codeína 500mg+30mg comp.															
Propofol 1% (10ml) inj.															
Sevoflurano 1mg/ml (100ml) inj.															
Sevoflurano 1mg/ml (240ml) inj.															
Sulfato de Morfina 0,2mg/ml inj.															
Sulfato de Morfina 10mg/ml inj.															
Tropental Sódico 1g inj.															



LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE 4 - Nº DO PRONTUÁRIO 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 6 - DATA DE NASCIMENTO 7 - SEXO 8 - RAÇA/COR 9 - NOME DA MÃE 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 11 - NOME DO RESPONSÁVEL 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 15 - CÓDIGO - IBGE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO NOME DO PROCEDIMENTO QTDE

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO CID10 PRINCIPAL CID10 SECUNDÁRIO CID10 CAUSAS ASSOCIADAS RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DATA DA SOLICITAÇÃO ASSINATURA E CARIMBO DOCUMENTO NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR COD. ÓRGÃO EMISSOR NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) DOCUMENTO NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DATA DA AUTORIZAÇÃO ASSINATURA E CARIMBO PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE CNES