



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Fundação Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TERMO DE REFERÊNCIA

I - DO OBJETO:

1.1 É objeto deste termo de referência a contratação de empresa especializada em serviços gráficos para diagramação, formatação e confecção/execução de impressos padronizados, a serem fornecidos sob demanda, para atender às necessidades do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, pelo prazo de 12 meses, conforme condições, especificações, quantidades, exigências e estimativas, bem como nas demais cláusulas deste instrumento.

1.2 Com a presente aquisição almeja-se abastecer as bases do SAMU-192 com a quantidade de formulários de expediente necessária ao desenvolvimento das atividades operacionais de cada unidade especializada.

ITEM	CÓDIGO SIGA	DESCRIÇÃO DO OBJETO	UNIDADE MEDIDA	TOTAL ANUAL
1	0451.035.0005 ID - 77282	SERVICOS GRAFICOS EM GERAL,DESCRIÇÃO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GRAFICOS EM GERAL, Unidade: N/D	SERVIÇO	1

II – DA JUSTIFICATIVA:

2.3 A Fundação Saúde assumiu a execução e operacionalização do SAMU-192 em setembro de 2020, após publicação de Resolução específica da SES, motivo pelo qual tornou-se salutar a adoção de todas as medidas necessárias para o adequado funcionamento dos serviços, incluindo a disponibilização de materiais impressos específicos, padronizados e destinados ao registro e otimização das atividades operacionais de suas equipes de saúde.

2.4 O SAMU 192 é o Componente Pré-Hospitalar Móvel de Urgência e Emergência do SUS, se caracteriza pelo atendimento dos usuários por demanda espontânea, nas emergências clínicas, cirúrgicas, traumáticas, gineco-obstétricas, psiquiátricas e pediátricas, por meio das ligações recebidas pelo número único nacional para urgências médicas – 192. Os atendimentos são realizados em vias públicas, locais de trabalho e residência, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas.

2.5 O SAMU disponibiliza atendimento pré-hospitalar Móvel de Urgência e Emergência, chegando precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, prestando-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde, devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde, com funcionamento

ininterrupto nas 24 horas.

2.6 O SAMU 192 Capital opera com a seguinte estrutura, calculados com base em critérios populacionais preconizados em Portaria do MS:

- 15 (quinze) Unidades de Suporte Avançada (USA), tripuladas por condutor socorrista, médico e enfermeiro.
- 45 (quarenta e cinco) Unidades de Suporte Básico (USB), tripuladas por condutor socorrista e técnico de enfermagem
- 30 (trinta) motolâncias tripuladas, metade por técnicos de enfermagem e outra metade por enfermeiros habilitados.
- 12 (doze) ambulâncias como reserva técnica

2.7 Todas as unidades móveis contam com equipamentos e recursos humanos específicos, cujo controle se faz necessário por meio de registros próprios. De mesmo modo, todas as ocorrências devem ser documentadas, em material a ser recolhido e arquivado de forma padronizada.

2.8 Diante do exposto, e tendo em vista a situação de extrema gravidade e excepcionalidade, a Fundação Saúde planeja oferecer às equipes operacionais do SAMU 192 os materiais impressos padronizados necessários à operação por meio da presente licitação.

III – OBJETO DA CONTRATAÇÃO:

3.1 A tabela a seguir descreve detalhadamente o objeto deste Termo de Referência:

IMPRESSO	NOME	QUANTIDADE ESTIMADA	UNIDADE	DESCRIÇÃO DO OBJETO
ANEXO 1	Anexo RAS	25.000 cópias/mês (original, numerada) 25.000 cópias/mês (2ª via das originais numeradas)	500 BLOCOS/mês	Impressos do tipo bloco, em papel carbonado, tamanho ofício(21,59cm x 34,29), contendo 50 "RAS" cada, em duas vias (1ª via carbonada 56g branca; e 2ª via 56 g azul ou verde), numerados.
ANEXO 2	CHECKLIST MOTOLÂNCIA	20 cópias/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4, frente e verso
ANEXO 3	CHECKLIST USA	30 cópias/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 4	CHECKLIST USB	90 cópias/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4

3.2 Os objetos devem ser impressos e diagramados de acordo com os modelos anexos ao presente Termo de Referência.

3.3 O objeto desta licitação são bens de natureza comum uma vez que seus padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos por meio de especificações usuais praticadas no mercado, conforme estabelecido no art 3º do Decreto nº 3555, de 08 de agosto de 2000;

3.4 A definição dos objetos não restringe o universo de competidores.

3.5 Para fins de dimensionamento do objeto foram feitas as seguintes considerações:

3.5.1 Atualmente, o SAMU-192 da Capital realiza uma média de 20.000 (vinte mil) atendimentos por mês, cada um destes demanda o uso de 1 (uma) cópia de RAS (Anexo 1), considerado o conjunto original+cópia carbonada. O risco de erros durante o preenchimento, assim como a possibilidade de aumento da demanda, ensejam a aplicação de um percentual de 20% de margem

de segurança ao quantitativo estimado, o que resulta no total estimado de 25.000 (vinte e cinco mil) unidades do impresso (conjunto original+cópia carbonada);

3.5.2 A unidade conta com 30 (trinta) motolâncias tripuladas, metade por técnicos de enfermagem e outra metade por enfermeiros habilitados. Estes recursos operam em duplas. Cada dupla de motolância faz uso de 1 (uma) cópia de CHECKLIST MOTOLÂNCIA (Anexo 2) por mês. Considerando o baixo quantitativo, a aplicação do mesmo percentual de margem de segurança das RASs não seria suficiente. Por isso, acrescenta-se ao estimado 5 (cinco) unidades, o que resulta no total de 20 (vinte) cópias mensais;

3.5.3 Para impressos tipo CHECKLIST USA e CHECKLIST USB é considerado o número de viaturas avançadas e básicas, conforme item 2.4 deste Termo de Referência, aplicada a margem de segurança de 1 (uma) cópia reserva por viatura.

IV – DA AMOSTRA:

4.1 A CONTRATANTE poderá solicitar ao licitante classificado em primeiro lugar, amostra dos produtos ofertados, que deverá ser entregue à Coordenação SAMU 192, no no Almoxarifado Central do SAMU, localizado na Av. Padre Leonel Franca, 248, salão nobre, Gávea - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22451-000, no horário das 9 às 17 horas, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir da notificação da solicitação.

4.2 A amostra deverá estar em conformidade com as especificações técnicas, constantes do Termo de Referência, e devidamente identificada com o nome do licitante, conter, se for o caso, os respectivos prospectos, documentação técnica e manual e dispor na embalagem de informações quanto às suas características, tais como data de impressão, quantidade do produto, marca, número de referência, código do produto e modelo.

4.3 Os servidores do Setor Técnico\Requisitante do produto procederão à análise das amostras em conformidade com as especificações constantes do Termo de Referência, adotando os seguintes critérios:

- a. Análise visual do material;
- b. Adequação aos requisitos técnicos;

4.4 Os produtos apresentados como amostra poderão ser abertos, desmontados, testados, conectados a equipamentos e submetidos aos testes necessários, sendo devolvidos ao licitante no estado em que se encontrarem ao final da avaliação.

4.5 Será rejeitada a amostra que:

- a. Apresentar problemas de funcionamento durante a análise técnica.
- b. Apresentar divergência ou qualidade inferior em relação às especificações técnicas.
- c. For de qualidade superior em relação às especificações constantes da proposta e estiver desacompanhada de declaração do licitante de que entregará os produtos de acordo com a amostra apresentada.
- d. Apresentar, para os produtos cuja validade seja determinada, validade inferior ao previsto.

4.6 Enquanto não expirado o prazo para entrega da amostra, o licitante poderá substituir ou efetuar ajustes e modificações no produto apresentado.

4.7 Não será aceita a proposta do licitante que tiver amostra rejeitada ou não disponibilizá-la no prazo estabelecido.

4.8 Após a homologação do certame, o licitante terá 30 (trinta) dias para retirar a amostra no endereço em que a entregou.

4.9 Após esse prazo, não havendo a retirada da amostra, será presumida como renúncia do licitante ao objeto, que poderá ser doado ou descartado pela CONTRATANTE, sem gerar ao

licitante direito à indenização.

4.10 As despesas com envio das amostras à CONTRATANTE, bem como a retirada das mesmas, serão por conta do licitante.

4.11 As amostras aprovadas ficarão retidas para confronto com os materiais, quando do seu recebimento pela CONTRATANTE.

4.12 A amostra que permanecer em posse da CONTRATANTE definitivamente deverá ser considerada quando do primeiro lote a ser entregue pelo fornecedor.

V – DOS PRAZOS E LOCAL DE ENTREGA:

5.1 Os itens deverão ser fornecidos de acordo com a demanda da Coordenação SAMU, observadas as estimativas deste Termo de Referência, até 15 dias após a solicitação, de acordo com cronograma anexo;

5.2 Os itens deverão ser entregues no Almoxarifado Central do SAMU, localizado na Av. Padre Leonel Franca, 248, salão nobre, Gávea - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22451-000.

5.2.1 O local de entrega está sujeito à alteração, comunicada previamente, sendo possível a transferência para base própria do SAMU-192.

VI – DAS CONDIÇÕES PARA RECEBIMENTO:

6.1 Os itens serão recebidos provisoriamente, no ato da entrega, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta.

5.2 E definitivamente, no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante recibo.

6.3 Os itens serão recebidos por um servidor responsável pelo Almoxarifado, ou pela Coordenação SAMU, visando, em ambos os casos, a verificação da conformidade daqueles com as especificações e quantidades estipuladas no Edital de Licitação e seus anexos.

6.4 Caso a qualidade dos itens seja considerada insatisfatória ou não atenda as especificações deste Termo de Referência, lavrar-se-á um Termo de Recusa e Devolução, no qual se consignarão as desconformidades com as especificações. Nesta hipótese, todo o item do objeto do Edital em questão será rejeitado, devendo ser substituído no prazo de até 15 (quinze) dias, quando se realizarão novamente as verificações de adequação e conformidade do material.

6.5 À CONTRATADA caberá sanar as irregularidades apontadas no recebimento, submetendo a etapa impugnada a nova verificação, ficando sobrestado o pagamento até a execução das correções necessárias, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis.

6.6 Caso a substituição não ocorra no prazo estabelecido anteriormente, ou caso o novo lote também seja rejeitado, estará a Contratada incorrendo em atraso na entrega, sujeita à aplicação das sanções previstas.

6.7 Os custos da substituição de lote rejeitado correrão exclusivamente às expensas da CONTRATADA.

6.8 O recebimento não exclui a responsabilidade da Contratada pela perfeita regularidade do objeto fornecido, cabendo-lhe sanar quaisquer irregularidades detectadas quando da utilização dos mesmos.

VII – DO PAGAMENTO:

7.1 O pagamento à CONTRATADA será realizado em parcelas periódicas, conforme o

cronograma de execução do contrato, sendo o pagamento efetuado na conta corrente de titularidade da CONTRATADA, junto à instituição financeira contratada pelo Estado (Bradesco).

7.2 No caso de a CONTRATADA estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo CONTRATANTE a impossibilidade de a CONTRATADA, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, o pagamento poderá ser feito mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela CONTRATADA.

7.3 A CONTRATADA deverá encaminhar a nota fiscal para pagamento à Diretoria Administrativa Financeira, sito à Avenida Padre Leonel Franca, nº 248, 1º andar, Gávea, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 22451-000, até 48 (quarenta e oito) horas após a entrega de cada parcela.

7.4 O pagamento será realizado no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data final do período de adimplemento de cada parcela. PARÁGRAFO QUARTO – Considera-se adimplemento o cumprimento da prestação com a entrega do objeto, devidamente atestado pelo (s) agente (s) competente (s).

7.5 Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer nota fiscal por culpa da CONTRATADA, o prazo de 30 (trinta) dias ficará suspenso, prosseguindo a sua contagem a partir da data da respectiva representação.

7.6 Pagamentos eventualmente realizados com atraso, desde que não decorram de ato ou fato atribuível à CONTRATADA, sofrerão a incidência de atualização financeira pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), calculado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, e juros moratórios de 0,5% ao mês, calculado pro rata die, e aqueles pagos em prazo inferior ao estabelecido neste Termo de Referência serão feitos mediante desconto de 0,5% ao mês pro rata die.

7.7 A CONTRATADA deverá emitir a Nota Fiscal Eletrônica – NF-e, consoante o Protocolo ICMS nº 42/2009, com a redação conferida pelo Protocolo ICMS nº 85/2010, e caso seu estabelecimento esteja localizado no Estado do Rio de Janeiro, deverá observar a forma prescrita nas alíneas a, b, c, d e e, do §1º, do art. 2º, da Resolução SEFAZ nº 971/2016.

VIII – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

8.1 A contratada deverá atender a todas as ordens de fornecimento expedidas pela Coordenação SAMU-192;

8.2 Quanto ao fornecimento dos itens especificados, a CONTRATADA se obriga a:

8.2.1 Entregar os itens nos prazos acima mencionados, tão logo seja cientificada para a retirada dos empenhos;

8.2.2 Responsabilizar-se pela qualidade e procedência dos itens do TR, bem como pela inviolabilidade de suas embalagens até a entrega dos mesmos no local designado para entrega, garantindo que o seu transporte, mesmo quando realizado por terceiros, se faça segundo as condições estabelecidas pelo fabricante;

8.2.3 Apresentar, quando da entrega dos itens, toda a documentação relativa às condições de armazenamento e transporte desde sua saída do estabelecimento do fabricante;

8.2.4 Atender com presteza às solicitações, bem como tomar as providências necessárias ao pronto atendimento das reclamações levadas a seu conhecimento pela CONTRATANTE;

8.2.5 Comprometer-se a trocar o produto em caso de defeito de fabricação, mediante a apresentação do produto defeituoso;

8.2.6 Ter capacidade de atendimento da demanda com eficiência, presteza e zelo;

8.2.7 Efetuar a entrega dos bens em perfeita condições de uso e armazenamento, no prazo e local indicados pela Contratante, em estrita observância das especificações do Termo de referência e da proposta, acompanhado da respectiva NOTA Fiscal Eletrônica COMPLETA constando detalhadamente as indicações da marca, fabricante, modelo, tipo.

8.2.8 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do produto, de acordo com os artigos 12, 13, 18 e 26, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);

8.2.9 O dever previsto no subitem anterior implica na obrigação de, a critério da Contratante, substituir, reparar, corrigir, remover, ou reconstituir, às suas expensas, no prazo máximo de 03 dias, o produto com avarias, defeitos ou em desacordo com o Termo de Referência;

8.2.10 Atender prontamente a quaisquer exigências da Contratante, inerentes ao Objeto da presente contratação;

8.2.11 Não transferir para terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar qualquer das prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas no Termo de referência ou na minuta de contrato;

8.2.12 Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato.

IX – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

9.1 Caberá à Contratante:

9.1.1 Notificar por escrito a CONTRATADA de quaisquer irregularidades constatadas, solicitando providência para a sua regularização; e

9.1.2 Fornecer à CONTRATADA todas as informações necessárias à fiel execução da contratação;

9.1.3 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

9.1.4 Receber provisoriamente o material, disponibilizando local, data e horário;

9.1.5 Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Termo de Referência e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivos;

X – DAS MEDIDAS ACAUTELADORAS:

11.1 Consoante o artigo 45 da Lei nº 9.784, de 1999, a Administração Pública poderá, sem a prévia manifestação do interessado, motivadamente, adotar providências acauteladoras, inclusive retendo o pagamento, em caso de risco iminente, com forma de prevenir a ocorrência de dano de difícil ou impossível reparação.

XI – DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL:

12.1 A contratada deverá atender, no que couber, o critério de sustentabilidade ambiental previstos na Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 01, de 19/01/2010.

XII - ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO:

13.1 A Fundação de Saúde indicará comissão para fiscalização do Contrato, conforme regramento definido no Decreto Estadual nº. 45.600/2016.

XIII – DA GARANTIA:

14.1 A CONTRATADA deverá apresentar à CONTRATANTE, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contado da data da assinatura do contrato, comprovante de prestação de garantia da ordem de 5 % (cinco por cento) do valor do contrato, a ser prestada em qualquer modalidade prevista pelo § 1º, art. 56 da Lei n.º 8.666/93, a ser restituída após sua execução satisfatória. A garantia deverá contemplar a cobertura para os seguintes eventos:

- a) prejuízos advindos do não cumprimento do contrato;
- b) multas punitivas aplicadas pela fiscalização à contratada;
- c) prejuízos diretos causados à CONTRATANTE decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato;
- d) obrigações previdenciárias e trabalhistas não honradas pela CONTRATADA.

A garantia prestada não poderá se vincular a outras contratações, salvo após sua liberação.

14.2 Caso o valor do contrato seja alterado, de acordo com o art. 65 da Lei Federal n.º 8.666/93, a garantia deverá ser complementada, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, para que seja mantido o percentual de 5% (cinco por cento) do valor do Contrato.

14.3 Nos casos em que valores de multa venham a ser descontados da garantia, seu valor original será recomposto no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, sob pena de rescisão administrativa do contrato.

14.4 O levantamento da garantia contratual por parte da contratada, respeitadas as disposições legais, dependerá de requerimento da interessada, acompanhado do documento de recibo correspondente.

14.5 A CONTRATANTE poderá reter a garantia prestada, pelo prazo de até 03 (três) meses após o encerramento da vigência do contrato, liberando-a mediante a comprovação, pela CONTRATADA, do pagamento das verbas rescisórias devidas aos empregados vinculados ao contrato ou do reaproveitamento dos empregados em outra atividade da CONTRATADA.

XIV – DA HABILITAÇÃO:

15.1 Relativamente à qualificação técnica, sem prejuízo das demais regras previstas no artigo 30 da Lei n.º 8.666/93, deverá ser exigida a comprovação de aptidão de desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação;

15.2 A comprovação de execução dos serviços mencionados poderá ser feita mediante apresentação de 01 (um) ou mais atestados de capacidade técnica ou certidões, expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprovem a prestação dos serviços semelhantes ao objeto desta contratação, sendo obrigatório experiência executada por no mínimo 12 (doze) meses;

15.3 Declaração da empresa, que não emprega menores nos termos do Art. 7, inciso XXXIII da CF, bem como está regular com as obrigações da Seguridade Social.

XV - DO CRONOGRAMA

Primeira entrega	até 15 dias após o empenho
Demais entregas	até 15 dias após o empenho

ANEXO I - PLANILHA DE CUSTOS

Item	Especificação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Mensal	Total
Anexo 1	Anexo RAS - 02 VIAS : Impressos do tipo bloco, em papel carbonado, tamanho ofício(21,59cm x 34,29), contendo 50 "RAS" cada, em duas vias (1ª via carbonada 56g branca; e 2ª via 56 g azul ou verde), numerados.	25.000 cópias/mês (original, numerada) 25.000 cópias/mês (2ª via das originais numeradas)			
Anexo 2	CHECKLIST MOTOLÂNCIA - Folha Simples, tamanho A4, frente e verso	20 cópias/mês			
Anexo 3	CHECKLIST USA - Folha Simples, tamanho A4	30 cópias/mês			
Anexo 4	CHECKLIST USB - Folha Simples, tamanho A4	90 cópias/mês			

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2022



Documento assinado eletronicamente por **Victor Cezar Santos Teixeira, Coordenador Administrativo**, em 30/12/2022, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **44231501** e o código CRC **CBF6A743**.

Referência: Processo nº SEI-080007/018713/2022

SEI nº 44231501

AV PE LEONEL FRANCA, Nº 248 - 2º andar - Bairro Gávea, Rio de Janeiro/RJ, CEP 22451-000
Telefone: 23345010 - fs.rj.gov.br

01 - DADOS DO ATENDIMENTO		02 - VÍTIMA E LOCAL DE OCORRÊNCIA			
USA ___ USB ___ M ___ / ___	DATA: ___/___/___	NOME DA VÍTIMA: _____		IDADE: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nº OCORRÊNCIA: _____		ENDEREÇO: _____			DATA NASCIMENTO: _____
MÉDICO REGULADOR: _____	BASE: _____	BAIRRO: _____	CIDADE: _____		

03 - HORÁRIOS DO ATENDIMENTO							
ACIONAMENTO: _____	SAÍDA BASE/ AC DESLOC: _____	CHEGADA LOCAL: _____	SAÍDA LOCAL: _____	DESTINO DA VÍTIMA: <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> LIBERADO NO LOCAL	CHEG. DESTINO: _____	SAÍDA DO DESTINO: _____	CHEGADA BASE: _____
INTERCORRÊNCIAS: _____							

04.A - TIPO DE OCORRÊNCIAS CLÍNICAS		04.B - TIPO DE OCORRÊNCIAS TRAUMÁTICAS:	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/>	RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/>	COLISÃO <input type="checkbox"/>	QUEIMADURA <input type="checkbox"/>
NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/>	ENDÓCRINO / METABÓLICO <input type="checkbox"/>	PAF / PAB <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____
CARDIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/>	AGRESSÃO FÍSICA <input type="checkbox"/>	_____
GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____	AUTO AGRESSÃO / TENT. SUICÍDIO <input type="checkbox"/>	_____

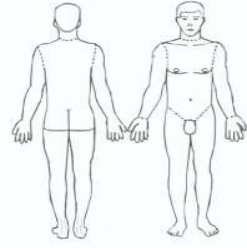
05 - INFORMAÇÃO DO ACIDENTE OU DA CENA			
TIPO DE VEÍCULO	TIPO DE ACIDENTE	POSIÇÃO DA VÍTIMA	POSIÇÃO NO VEÍCULO
1 AUTO <input type="checkbox"/> 2 MOTO <input type="checkbox"/> 3 BICICLETA <input type="checkbox"/> 4 ÔNIBUS <input type="checkbox"/> 5 CAMINHÃO <input type="checkbox"/> 6 OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> AUTO X AUTO <input type="checkbox"/> MOTO X ANTEPARO <input type="checkbox"/> AUTO X ANTEPARO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> AUTO X MOTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EM PÉ <input type="checkbox"/> DECÚBITO _____ <input type="checkbox"/> ENCARCERADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> BANCO DIANT <input type="checkbox"/> BANCO TRAS <input type="checkbox"/> GARUPA <input type="checkbox"/> OUTROS _____ AIR BAG <input type="checkbox"/> CINTO <input type="checkbox"/> CAPACETE <input type="checkbox"/>
ACIONADO EM APOIO AO CBMERJ <input type="checkbox"/> VTR: _____	POLICIAMENTO NO LOCAL <input type="checkbox"/> TR _____	RESPONSÁVEL _____	RG: _____
NÚMERO DE VÍTIMAS _____			

06 - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	

07 - ESCALA DE GLASGOW			08 - SINAIS VITAIS / ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR - HORA:	
ABERTURA OCULAR	RESP. VERBAL	RESP. MOTORA		
4 <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA 3 <input type="checkbox"/> AO SOM 2 <input type="checkbox"/> A PRESSÃO 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> NÃO TESTÁVEL - NT	5 <input type="checkbox"/> ORIENTADO 4 <input type="checkbox"/> CONFUSO 3 <input type="checkbox"/> PALAVRAS 2 <input type="checkbox"/> SONS 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> NÃO TESTÁVEL - NT	6 <input type="checkbox"/> OBEDECE COMANDOS 5 <input type="checkbox"/> LOCALIZA 4 <input type="checkbox"/> FLEXÃO NORMAL 3 <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL 2 <input type="checkbox"/> EXTENSÃO 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE	Dor leve = 1 a 3 / 10 Dor moderada = 4 a 7 / 10 Dor intensa = 8 a 10 / 10 PA: ___ X ___ mmHg / FC: ___ bpm / FR: ___ rpm / SPO2: ___ % / TAX: ___ °C / HGT: ___ mg/dl	
PONTUAÇÃO TOTAL: _____			08A - REAVALIAÇÃO PA: ___ X ___ mmHg / FC: ___ bpm / FR: ___ rpm / SPO2: ___ % / TAX: ___ °C / HGT: ___ mg/dl ESCORE REAVALIAÇÃO DOR: ___ Hora: _____	

09 - PUPILAS	
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> REAGENTE <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE - PTS AVALIAÇÃO PUPILAR _____	

10 - EXAME FÍSICO	
ECTOSCOPIA: _____	LESÕES
NEUROLÓGICO: _____	1. ABRASÃO
CARDIOVASCULAR: _____	2. FERIDA CONTUSA
RESPIRATÓRIO: _____	3. FERIDA CORTO CONTUSA
ABDOMÊ: _____	4. FERIDA PENETRANTE
PELVE: _____	5. DOR
MEMBROS SUPERIORES: _____	6. EDEMA
MEMBROS INFERIORES: _____	7. CONTUSÃO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____	8. LACERAÇÃO
	9. ESCORIAÇÃO



11 - HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:			
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> ALERGIAS: _____
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA	<input type="checkbox"/> DOENÇAS INFETO-CONTAGIOSAS: _____	<input type="checkbox"/> ACIDENTE VASCULAR
<input type="checkbox"/> DPOC / ASMA	<input type="checkbox"/> DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/> SINDROME DEMENCIAL	<input type="checkbox"/> OUTROS _____

12 - PROCEDIMENTO EFETUADO			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO PÉLVICA
<input type="checkbox"/> CÂNULA ORO FARÍNGEA	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO ORO TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> DESCOMPRESSÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> REPOSIÇÃO VOLÊMICA
<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO CATETER NASAL	<input type="checkbox"/> CRICOTIREOIDOSTOMIA	<input type="checkbox"/> PUNÇÃO PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> CURATIVO
<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO MÁSCARA FACIAL	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ASSISTIDA / "AMBU"	<input type="checkbox"/> PUNÇÃO INTRA ÓSSEA	<input type="checkbox"/> RCP
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO
<input type="checkbox"/> CONTENÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO MEMBRO _____	<input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO
<input type="checkbox"/> OUTROS _____			

13 - RESTRIÇÃO SELETIVA DE COLUNA:	
NA CENA / NO LOCAL	NO TRANSPORTE HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> EM LINHA ___°	<input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO <input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA
<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> SCOOP	<input type="checkbox"/> HEAD BLOCK NA MACA <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL
<input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> MACA À VÁCUO	<input type="checkbox"/> LATERALIZADA <input type="checkbox"/> MANUAL
<input type="checkbox"/> AUTO EXTRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> SEM RESTRIÇÃO

14 - REGISTRO / CONDUTA MÉDICA:	

15 - REGISTRO / CONDUTA DE ENFERMAGEM:	

16 - RECUSA DE ATENDIMENTO / REMOÇÃO	
EU, _____, PORTADOR DO CPF: _____, POR MEIO DESTES DOCUMENTOS, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA RECUSA DO ATENDIMENTO PELA UNIDADE DE RESGATE, MESMO QUE ISTO TRAGA DANOS A MINHA SAÚDE, ISENTANDO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE A EQUIPE INTERVENCIÓNISTA DO SAMU.	
	ASSINATURA _____

17 - DESFECHO DA OCORRÊNCIA			
<input type="checkbox"/> ATENDIDA NO LOCAL	<input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> REMOVIDA POR MEIOS PRÓPRIOS	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
<input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO	
HORÁRIO DO ÓBITO: _____	AOS CUIDADOS DE: _____	RG: _____	CPF: _____
<input type="checkbox"/> ENTREGUE NO HOSPITAL	UNIDADE RECEBEDORA: _____	Nº BAM: _____	MÉDICO RECEBEDOR: _____

18 - RECUSA DE RECEBIMENTO DE VÍTIMA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

HORÁRIO: _____ NOME 1ª UNIDADE: _____	MOTIVO RECUSA: _____	HORÁRIO: _____ NOME 2ª UNIDADE: _____	MOTIVO RECUSA: _____	HORÁRIO: _____ NOME 3ª UNIDADE: _____
MÉDICO - CARIMBO E ASSINATURA		MÉDICO - ASSINATURA E CARIMBO		MÉDICO - ASSINATURA E CARIMBO

19 - EQUIPE INTERVENCIÓNISTA

MÉDICO SAMU: _____ ENFERMAGEM SAMU: _____ CONDUTOR: _____
ASSINATURA E CARIMBO ASSINATURA E CARIMBO ASSINATURA E CARIMBO



PASTA DE REGISTRO - ENFERMEIRO

Materiais	Quantidades	Quantidade por 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	24	26	27	28	29	30	31	
Bloco de CEQ Controle de Equipamento	01 unidade																																
Bloco de checklist de motolância	01 unidade																																
Bloco de Reposição de Mat. Med.	01 unidade																																
Livro de Ata de Registros	01 unidade																																
Bloco de RAS Adulto e Pediátrico	01 unidade cada																																
Lacres para mochila de vias aéreas	10 unidades																																
Receituário de med de controle especial (uso exclusivo enfermeiro)	01 bloco																																

KIT EPI

Materiais	Quantidades	Quantidade por 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	24	26	27	28	29	30	31		
Álcool gel 70%	01 unidade																																	
Protetor solar / Repelente	01 de cada																																	
Capas de Chuva	02 unidades																																	

EQUIPAMENTOS PERMANENTES

Materiais	Quantidades	Quantidade por 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	24	26	27	28	29	30	31		
Celular - Nº série:	01 unidade																																	
Cabo/carregador de celular	01 unidade																																	
Tablet - Nº série:	01 unidade																																	

Nº Lacre após encerramento do plantão

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

Profissional responsável pelo preenchimento
(Favor não carimbar, assinatura legível)

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

***** O check list deve ser preenchido de forma quantitativa, ou seja, com quantidade de material disponível no dia.*****

Exemplo:

Kit EPI's	Quantidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31	
Avental descartável	20 unidades																																
Capa de chuva	03 unidades																																
Capacete de Salvamento Veicular	03 unidades																																
Lençol para Maca GR20	20 unidades																																
Máscara descartável	40 unidades																																
Máscara N95	20 unidades																																
Touca descartável	20 unidades																																
Óculos de Proteção Individual	03 unidades																																

BALCÃO - USA																																	
Equipamentos/Materiais	Quantidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31	
Bomba de infusão (com cabo de energia)	01 unidade																																
Gel condutor 300 ml	01 unidade																																
Coletor de Pérfuro cortante 3 litros rígido	02 unidades																																
Ventilador mecânico adulto/pediátrico	01 unidade																																

Monitorização cardíaca	Quantidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31	
Cabo de ECG	01 unidade																																
Cabo de energia	01 unidade																																
Desfibrilador com PA	01 unidade																																
Eletrodo Multifuncional ou Marcapasso Transcutâneo	01 unidade																																
Eletrodo universal adulto e pediátrico (pacote)	01 pacote de cada																																

EQUIPAMENTOS PERMANENTES																																	
Kit de Limpeza	Quantidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31	
Alcool em Gel 70% - 500ml	01 unidade																																
Desinfetante Spray (Quaternário de Amônio)	01 unidade																																
Pano de Limpeza (Tipo Perfex)	20 unidades																																

Profissional responsável pelo preenchimento (Favor não carimbar, assinatura legível)

***** O check list deve ser preenchido de forma quantitativa, ou seja, com quantidade de material disponível no dia. *****

Exemplo:																																
Materiais/Medicamentos	Quantidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31
Ácido acetilsalicílico 100 mg (EXEMPLO)	10 unidades	10	10	5	5	5	5	5	10	10	10	8	8	10	10	10	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	9	9	10	7	10	10
Ácido Tranexâmico 50mg/ml, 5ml (EXEMPLO)	08 unidades	8	8	8	8	4	4	0	0	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	4	4	4	4	8	8	8
Adenosina 3mg/ml, 2ml (EXEMPLO)	06 unidades	6	6	4	4	4	6	6	6	6	6	6	4	2	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
Epinefrina (Adrenalina) 1mg/ml, 1ml (EXEMPLO)	30 unidades	30	22	14	30	30	30	14	14	14	30	30	30	30	28	28	30	30	30	30	30	26	26	30	30	30	30	30	24	24	30	22

ARMÁRIO – USB

Materiais	Quantidades																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31
Água destilada 250 ml	02 unidades																															
Álcool 70% 100 ml	01 unidade																															
Clorexidina alcoolica 0,5% 100 ml	02 unidades																															
Kit cinto aranha	01 unidade																															
Reanimador adulto completo	02 unidades																															
Reanimador infantil completo	01 unidade																															
Reanimador neonatal completo	01 unidade																															
Solução fisiológica 0,9% 10ml	03 unidades																															
Solução fisiológica 0,9% 250 ml	04 unidades																															
Solução fisiológica 0,9% 500 ml	04 unidades																															
Ringer Lactato 500 ml	03 unidades																															

EQUIPAMENTOS PERMANENTES

Materiais	Quantidades																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31
Celular - Nº série:	01 unidade																															
Cabo/carregador de celular	01 unidade																															
Tablet - Nº série:	01 unidade																															

Profissional responsável pelo preenchimento
(Favor não carimbar, assinatura legível)

***** O check list deve ser preenchido de forma quantitativa, ou seja, com quantidade de material disponível no dia.*****

Exemplo:

Materiais/Medicamentos	Quantidades																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31	
Ácido acetilsalicílico 100 mg (EXEMPLO)	10 unidades	10	10	5	5	5	5	5	10	10	10	8	8	10	10	10	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	9	9	10	7	10	10
Ácido Tranexâmico 50mg/ml, 5ml (EXEMPLO)	08 unidades	8	8	8	8	4	4	0	0	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	4	4	4	4	8	8	8	
Adenosina 3mg/ml, 2ml (EXEMPLO)	06 unidades	6	6	4	4	4	6	6	6	6	6	4	2	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
Epinefrina (Adrenalina) 1mg/ml, 1ml (EXEMPLO)	30 unidades	30	22	14	30	30	30	14	14	14	30	30	30	28	28	30	30	30	30	30	30	26	26	30	30	30	30	30	24	24	30	22	