



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.

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	25000 cópias/mês	BLOCO	02 VIAS : Impressos do tipo bloco, em papel carbonado, tamanho ofício(21,59cm x 34,29), contendo 100 folhas cada, duas vias(01 via carbona 56g branca e 02 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	60 cópias/mês	BLOCO	Folha Simples, tamanho A4
ANEXO 5	CHECKLIST DIARIO CONDUTOR	31 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.

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 pelo 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;

XI – 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.

XII – 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.

XIII - 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.

XIV – 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.

XV – 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.

XVI - DO CRONOGRAMA

Primeira entrega	até 15 dias após a assinatura do contrato
Demais entregas	até 15 dias após notificação da solicitação

Rio de Janeiro, 26 março de 2021



Documento assinado eletronicamente por **Luis Sergio Nunes dos Santos, Coordenador Farmácia e Logística**, em 15/04/2021, às 17:27, 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 **15148502** e o código CRC **60F7BAA2**.

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

03 - HORARIOS DO ATENDIMENTO							
ACIONAMENTO: _____	SAIDA BASE/ AC DESLOC: _____	CHEGADA LOCAL: _____	SAIDA LOCAL: _____	DESTINO DA VÍTIMA HOSPITAL <input type="checkbox"/> LIBERADO NO LOCAL <input type="checkbox"/>	CHEG. DESTINO: _____	SAIDA 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"/> NÚMERO DE VÍTIMAS _____
ACIONADO EM APOIO AO CBMERJ <input type="checkbox"/> VTR: _____	POLICIAMENTO NO LOCAL <input type="checkbox"/> VTR _____	RESPONSÁVEL _____	RG: _____

06 - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	

07 - ESCALA DE GLASGOW			08 - SINAIS VITAIS / ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR - HORA:	
ABERTURA OCULAR 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	RESP. VERBAL 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	RESP. MOTORA 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	<p>Dor leve = 1 a 3 / 10 Dor moderada = 4 a 7 / 10 Dor intensa = 8 a 10 / 10</p> 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: _____ NEUROLÓGICO: _____ CARDIOVASCULAR: _____ RESPIRATÓRIO: _____ ABDOME: _____ PELVE: _____ MEMBROS SUPERIORES: _____ MEMBROS INFERIORES: _____ INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">LESÕES</th> </tr> <tr> <td>1. ABRASÃO</td> </tr> <tr> <td>2. FERIDA CONTUSA</td> </tr> <tr> <td>3. FERIDA CORTO CONTUSA</td> </tr> <tr> <td>4. FERIDA PENETRANTE</td> </tr> <tr> <td>5. DOR</td> </tr> <tr> <td>6. EDEMA</td> </tr> <tr> <td>7. CONTUSÃO</td> </tr> <tr> <td>8. LACERAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>9. ESCORIAÇÃO</td> </tr> </table>	LESÕES	1. ABRASÃO	2. FERIDA CONTUSA	3. FERIDA CORTO CONTUSA	4. FERIDA PENETRANTE	5. DOR	6. EDEMA	7. CONTUSÃO	8. LACERAÇÃO	9. ESCORIAÇÃO
LESÕES											
1. ABRASÃO											
2. FERIDA CONTUSA											
3. FERIDA CORTO CONTUSA											
4. FERIDA PENETRANTE											
5. DOR											
6. EDEMA											
7. CONTUSÃO											
8. LACERAÇÃO											
9. ESCORIAÇÃO											

11 - HISTÓRIA PATOLÓGICA PROGRESSA:			
<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"/> CONTENÇÃO MECÂNICA
<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"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO
<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO CATETER NASAL	<input type="checkbox"/> CRICOTIREOIDOSTOMIA	<input type="checkbox"/> PUNÇÃO PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO MEMBRO _____
<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"/> MEDICAÇÃO
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO	<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 À 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:	

16 - RECUSA DE ATENDIMENTO / REMOÇÃO

EU, _____, PORTADOR DO CPF: _____, POR MEIO DESTA DOCUMENTO, 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

ATENDIDA NO LOCAL RECUSOU ATENDIMENTO REMOVIDA POR MEIOS PRÓPRIOS
 ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO OUTRO : _____

HORÁRIO DO ÓBITO: _____

AOS CUIDADOS DE: _____ RG _____ CPF _____

 ENTREGUE NO HOSPITAL

UNIDADE RECEPTORA: _____

Nº BAM: _____

MÉDICO RECEPTOR: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____

18 - RECUSA DE RECEBIMENTO DE VÍTIMA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

HORÁRIO: _____

MOTIVO RECUSA: _____

HORÁRIO: _____

MOTIVO RECUSA: _____

HORÁRIO: _____

NOME 1ª UNIDADE: _____

NOME 2ª UNIDADE: _____

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

RAS - Versão 1.0 Revisada em 06/10/2020



PASTA DE REGISTRO - ENFERMEIRO

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	
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																																	
		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																																	
		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

00 00

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:

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 alcoólica 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	30	28	28	30	30	30	30	30	30	26	26	30	30	30	30	30	24	24	30	22

	Título: CHECKLIST DIÁRIO CONDUTOR	CRIADO EM 15/10/2020	
	Setor: GERÊNCIA DE FROTA	Rev.00	
		Pág. 1 de 1	

DATA:	PLACA:	CONDUTOR:
KM (INICIAL):		KM (FINAL):
		BASE:

ATRIBUIR AS SEGUINTE NOTAS NOS CAMPOS ABAIXO: (B) BOM (R) REGULAR (I) INOPERANTE (N) NÃO ENCONTRADO

MECÂNICA		EQUIPAMENTOS		INSPEÇÃO DE LATARIA VEICULAR	
ÓLEO DO MOTOR		CHAVE PARA VÁLVULA		ITENS AVARIADOS: _____	
ÁGUA DO RADIADOR		CINTO DE SEGURANÇA			
FLUÍDO DE FREIO		_____ CONES			
ÓLEO HIDRÁULICO		MACACO			
CORREIAS		CHAVE DE RODA			
ÁGUA DO LIMPADOR		TRIÂNGULO			
INJETOR DE ÁGUA		LANTERNA DE MÃO			
LIMPADOR		CILINDRO O2 SALÃO			
FREIO DE MÃO		CILINDRO O2 PORTÁTIL			
ELÉTRICO		ACESSÓRIOS/ITENS			
1/2 LUZ		DOCUMENTO VTR			
LUZ BAIXA		GPS			
LUZ ALTA		ACENDEDOR DE CIGARRO			
PISCA DIREITO		FITA ZEBRADA			
PISCA ESQUERDO		CELULAR			
PARTIDA		CARREGADOR			
LUZ DE RÉ		RETROVISOR D			
LUZ DE FREIO		RETROVISOR E			
LANTERNA TRASEIRA D		ANTENA DO RÁDIO			
LANTERNA TRASEIRA E		PNEUS			
LUZ DE PLACA		ESTEPE			
CHAVE GERAL		MACA			
GIROFLEX		CADEIRA			
LUZES INTERMITENTES		PORTAS			
LUZ DE BECO LATERAIS		VIDROS			
LUZ DE BECO TRASEIRA					
ESTROBO					
SIRENE					
BUZINA		NÍVEL DE COMBUSTÍVEL		EQUIPE PREFIXO	
AR CONDICIONADO				MÉDICO	
ILUMINAÇÃO DO SALÃO				TÉCNICO/ENFERMEIRO	
TOMADAS					
EXAUSTOR SALÃO					

(R) RISCADO (Q) QUEBRADO (F) FALTANTE
(A) AMASSADO (T) TRINCADO (I) INOPERANTE

	LITROS ABASTECIDOS		KM ABASTECIMENTO		HORA ABASTECIMENTO	
--	--------------------	--	------------------	--	--------------------	--

AMBULÂNCIA LAVADA	SIM ()	NÃO ()	REALIZADO CALIBRAGEM PSI	SIM ()	NÃO ()
-------------------	---------	---------	--------------------------	---------	---------

OBSERVAÇÕES

_____ ASSINATURA CONDUTOR SAÍDA DE PLANTÃO Nome: _____ Horário de saída: _____	_____ ASSINATURA CONDUTOR ENTRADA DE PLANTÃO Nome: _____ Horário de entrada: _____
---	---

Elaborado por: Gerência de Frota	Aprovado por: Coordenação Geral
--	---