

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES 6º ADITIVO (ABRIL/2024)**  
**SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

**EXECUTOR:** Santa Casa de Misericórdia de Guaíra **CNES:** 2078414

**CNPJ Nº** 48.341.283/0001-61 **Código do IBGE:** 3517406

**Licença de Funcionamento:** 98/2023 (Validade: 27/02/2024)

**Endereço:** Rua 24 Nº 872, Jardim Paranoá

**CEP:** 14.790-000

**Município:** Guaíra/SP

**1.1 RESPONSÁVEL:** Franciene Lucas

**1.2 MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO:** Dr. Rafael Santos Zemi

**1.3 ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICA:** Edmara Cândida Tavares

**1.4 PORCENTAGEM DE ATENDIMENTOS NO MÊS: ABRIL**

SUS	PARTICULAR	CONVÊNIOS
73,64%	0,97%	25,39%

**2. DADOS DA PARCERIA:**

**Objeto:** Serviços ambulatoriais e hospitalares complementares de saúde.

**Vigência:** 23/01/2024 à 22/07/2024.

**Valor:** R\$ 8.453.579,58

**3. EXECUÇÃO**

**3.1 Serviços pactuados:**

- Internações hospitalares;
- Assistência ambulatorial;
- Serviços auxiliares de diagnóstico: exames de análises clínicas, anátomo patologia, radiografia, densitometria, ultrassonografia, tomografia, endoscopia, colonoscopia, teste ergométrico, Eletroencefalograma, teste da orelhinha e espirografia.
- Assistência e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva UTI.

**3.2 OBJETIVOS**

**3.2.1 Objetivo Geral:** Garantir o atendimento para os munícipes na média complexidade da atenção especializada.

**3.2.2 Objetivos Específicos**

- Oferecer atendimento especializado na assistência hospitalar;
- Oferecer assistência ambulatorial especializada;
- Oferecer procedimentos com finalidade diagnóstica.
- Oferecer assistência e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI

**4. METAS E INDICADORES**

**4.1 Metas Quantitativas:**

**4.1.1 Assistência Hospitalar: Grupo I**

Especialidade	Previsto	Executado
---------------	----------	-----------

Internação Clínica	61	70
Internações Obstétricas e Ginecológicas	19	16
Internações Pediátricas	9	12
Internações Cirúrgicas	50	132
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>230</b>

#### 4.1.2 Assistência ambulatorial: Grupo II

Grupo - Subgrupo	Consulta por Especialidade	Previsto	Executado
03.01.01.007-2	Cirurgia Geral	150	184
03.01.01.007-2	Dermatologia	150	162
03.01.01.007-2	Endocrinologia	180	183
03.01.01.007-2	Gastroenterologia	150	163
03.01.01.007-2	Hepatologista	40	25
03.01.01.007-2	Neurocirurgia	160	149
03.01.01.007-2	Neurologia	100	173
03.01.01.007-2	Oftalmologia	150	196
03.01.01.007-2	Ortopedia	550	469
03.01.01.007-2	Otorrinolaringologista	90	119
03.01.01.007-2	Psiquiatria	350	391
03.01.01.007-2	Psiquiatria CAPS	600	596
03.01.01.007-2	Urologista	90	130
03.01.01.007-2	Vascular	190	158
03.01.01.007-2	Infectologia	90	58
03.01.01.007-2	Cardiologia	80	148
030106010-0	Atendimento Ortopédico com Imobilização provisória	2	18
030309003-0	Tratamento de Doença do Sistema Osteomolecular e do Tecido Conjuntivo	24	13
<b>Total</b>		<b>3146</b>	<b>3.335</b>

#### 4.1.3 Procedimento com Finalidade Diagnóstica: Grupo III

Grupo - Subgrupo	Procedimento	Previsto	Executado
<b>0201- Coleta de Material</b>			
02.01.01.056-9	Coleta de Material;	1	0
<b>0203 – Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica</b>			
02.03.02.003-0	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica;	1	0
<b>0204- Diagnóstico em Radiologia</b>			
02.04	Diagnóstico por Radiologia;	1.500	1143
02.04.06002-8	Densitometria Óssea;	25	20
<b>0205- Diagnóstico por Ultrassonografia</b>			
02.05.02	Diagnóstico por Ultrassonografia	850	821
02.05.01	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	50	81
02.05.01.003-2	Ecocardiograma	40	38
<b>0206 – Diagnóstico por Tomografia</b>			
02.06	Diagnóstico por Tomografia	260	288
<b>0209 – Diagnóstico por Endoscopia</b>			
020901003-7	Endoscopia	40	00

020901002-9	Colonoscopia	5	00
<b>0211- Diagnóstico por Especialidade</b>			
021102006-0	Teste Ergométrico	3	3
021105002-4	EEG em Vigília c/ ou s/ fotoestimulo	35	72
021107042-4	Teste da Orelhinha - reteste	8	0
<b>Total</b>		<b>2818</b>	<b>2466</b>

#### 4.1.4 Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: Grupo IV

Procedimento	Descrição	Previsto	Executado
04	Procedimentos Cirúrgicos	22	20
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>20</b>

#### 4.1.5 Assistência em Unidade de Terapia Intensiva: Grupo V

Descrição	Previsto	Executado
Leitos de UTI tipo II	10	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

#### 4.1.6 Resumo dos grupos

Grupos de Procedimento	Previsto	Executado
Grupo 1 – Assistência Hospitalar	139	230
Grupo 2 – Assistência Ambulatorial	3146	3335
Grupo 3 – Procedimentos com Finalidade Diagnostica	2818	2466
Grupo 4 – Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	22	20
Grupo 5 – Leitos de UTI	10	10
<b>Total</b>	<b>6135</b>	<b>6061</b>

### 5. AVALIAÇÃO

#### 5.1 Indicadores para avaliação do serviço:

##### 5.1.2 Indicadores e metas qualitativas referente ao desempenho

Indicador	Meta	Ponto	Execução
<b>COMISSÕES</b>			
Revisão de Prontuário	Apresentar, a ata da reunião, relacionada à organização dos prontuários e a qualidade dos registros (internações gerais e em Unidade de Terapia Intensiva - UTI)	Cumpriu - 10 pontos; Cumprido parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
Atas das últimas reuniões das comissões de: Ética Médica, Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente e Revisão de óbito	Comissões atuantes	Cumpriu - 10 pontos; Cumprido parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO

Comissão de revisão óbitos	Apresentação de relatório de óbitos com análise por faixa etária e medidas adotadas	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
	Notificação dos óbitos maternos e neonatais, identificando: nome da mãe; endereço; idade; UBS que realizou o pré-natal	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
<b>HUMANIZA SUS</b>			
Serviço de ouvidoria para usuários e trabalhadores	Implantar ouvidoria para escuta de usuários e trabalhadores, com sistemática de respostas e apresentação dos relatórios trimestralmente após assinatura do convênio	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
Satisfação dos usuários do serviço	Aplicar, bimestralmente, pesquisa de avaliação do nível de satisfação dos usuários dos serviços pactuados por segmento (Atendimento ambulatorial, Internações gerais)	Acima de 75% de bom e ótimo - 10 pontos; Entre 74% a 50% de bom e ótimo - 5 pontos; Abaixo de 50% de bom e ótimo ou não implantando - 0 ponto.	EXECUTADO
Visitas diárias	Manter implantado o horário de visitas diárias de no mínimo três horas	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
	Manter implantado o horário de visitas noturno na pediatria e maternidade	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
	Manter implantado o horário de visitas diárias de no mínimo	Cumpriu - 10 pontos;	

	trinta minutos em Unidade de Terapia Intensiva – UTI	Cumpru parcialmente – 5 pontos; Não cumpru – 0 ponto.	
Orientação após alta médica	Realizar orientação pela enfermagem após todas as altas médicas	Cumpru - 10 pontos; Cumpru parcialmente – 5 pontos; Não cumpru – 0 ponto.	EXECUTADO
Qualidade da alimentação fornecida ao usuário	Manter a qualidade da alimentação fornecida	Acima de 75% de bom e ótimo – 10 pontos; Entre 74% a 50% de bom e ótimo – 5 pontos; Abaixo de 50% de bom e ótimo ou não implantado – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL</b>			
Políticas do incentivo ao aleitamento materno	Garantir que 100% das parturientes atendidas no hospital recebam orientações referentes ao aleitamento	Cumpru - 10 pontos; Cumpru parcialmente – 5 pontos; Não cumpru – 0 ponto.	EXECUTADO
Avaliação de Anoxia Neonatal (Apgar)	Realizar mensuração de Apgar no 1° e 5° minuto de vida do RN	Cumpru - 10 pontos; Cumpru parcialmente – 5 pontos; Não cumpru – 0 ponto.	EXECUTADO
Testes em RN	Realizar Teste de Reflexo, Teste da Orelhinha e Teste da Linguinha em todos os RN	Cumpru - 10 pontos; Cumpru parcialmente – 5 pontos; Não cumpru – 0 ponto.	EXECUTADO
Vacinação em RN	Realizar a vacina de Hepatite B em todos os RN antes da alta hospitalar.	Cumpru – 10 pontos Cumpru parcialmente – 5 pontos	EXECUTADO

		Não cumpriu – 0 ponto.	
Partos	Apresentar relatório com quantidade de parto cesárea e parto normal realizados.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS</b>			
Farmácia	Funcionamento do Serviço de Farmácia de acordo com as normas da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b>			
Levantamento de Absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do serviço.	Diminuição de absenteísmo e de incidência/prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>SANGUE</b>			
Banco de sangue	Funcionamento do Banco de Sangue de acordo com as normas da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</b>			
Alimentação e Nutrição	Acompanhar o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>SAÚDE DA MULHER</b>			
Participação e atuação no comitê de Mortalidade Materna Infantil	Participar do Comitê de Mortalidade Materno Infantil implantado no Município de Guairá.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>HIV/DST/AIDS</b>			
HIV/IST/AIDS	Realização de teste rápido para HIV, VDRL e TPHA confirmatório (reagentes de VDRL) em 100% de parturientes que ingressarem na maternidade para parto	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Notificação compulsória	Realização de 100% de notificação compulsória de sífilis	Cumpriu - 10 pontos;	EXECUTADO

	congênita e de gestantes HIV+/crianças expostas	Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	
<b>ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS/ELETIVAS</b>			
Cirurgias eletivas	Diminuição de 10% ao ano na taxa de infecção hospitalar após cirurgia.	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>ATENÇÃO À SAÚDE</b>			
Atenção à Saúde	Disponibilizar a agenda de procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas para o gestor municipal/Central de regulação de vagas	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
	Manter o sistema de alta qualificada e contra referência dos clientes SUS estabelecida e registrada, encaminhando o cliente à rede de serviços SUS	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>GESTÃO HOSPITALAR</b>			
Gestão hospitalar	Apresentar e monitorar a taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência mensal e taxa de mortalidade das internações de enfermagem	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Monitoramento interno de acompanhamento de metas	Instituir e manter comissão interna de monitoramento do convênio SUS	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Atualização do CNES	Manter os dados do CNES atualizados, em especial dos serviços/equipamentos/recursos humanos.	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Escala de plantão	Identificar e divulgar escala dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, contendo nome e especialidade do	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente	EXECUTADO

	plantonista. Deve ser fixado, diariamente, em local visível ao público, nas unidades de internação, pronto socorro, ambulatório, UTI e nos demais serviços.	– 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	
Alvarás de funcionamento fornecidos pela VISA das diversas áreas do Hospital	Apresentar anualmente as licenças/alvarás da VISA	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
Disponibilização de agenda de marcação de consultas e exames.	Apresentar agendar de consultas e exames.	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
<b>DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>			
Capacitação permanente dos profissionais que atuam no hospital	Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital visando desenvolvimento profissional e o fortalecimento do trabalho multiprofissional	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO

## 6. MONITORAMENTO

### 6.1 INTERNO

Atividade	Previsto	Executado
Pela equipe que compõe a equipe para elaboração de documentos e avaliação da evolução da proposta de trabalho.	Relatório Técnico de Atividades e físico – financeiro (mensal);	
	Produção dos procedimentos realizados mensalmente;	
	Apresentação de CNDs;	
	Alimentação da transparência	

### 6.2 EXTERNO

Atividade	Previsto	Executado
Por meio de comissão de fiscalização que deverá acompanhar e monitorar o cumprimento de metas pactuadas no plano de trabalho.	Visita in loco	
	Relatório de acompanhamento.	
	Reuniões, análise de documentos, pesquisa de satisfação, tabulação de dados e emissão de gráficos e tabelas.	
	Parecer anual	



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

	Parecer conclusivo	
--	--------------------	--

**6.3 Dificultadores: - Escassez de profissionais para atendimento de consultas**  
**- Dificuldade de novas contratações, devido ao valor de consulta menor que valor executado em região.**

**- Absenteísmo dos pacientes em consultas e exames agendados.**

**6.4 Facilitadores: - Empenho da equipe técnica e operacional.**

Guairá/SP, 01 de julho de 2024.

  
**BEATRIZ IOLANDA MIRA RODRIGUES**  
**CPF: 361.627.628-40**  
**ADMINISTRADORA**

  
**EDMARA CÂNDIDA TAVARES**  
**CPF: 284.588.538-50**  
**ENFERMEIRACOORDENADORA**  
**COREN: 180849**



*Membros*  
**Santa Casa**  
Guairá - São Paulo

ATA

Data:

01/05/2024

*Formação da Comissão de Revisão de  
Prontuários*

Reunião  
01/05/2024

Pág:  
1 de 2

CONVOCADOS	CARGO
Dr.º Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Lamya Tamam Kassem Pinheiro	Enfermeiro

### I - PAUTA

- Definição dos membros atuantes da Comissão de Revisão de Prontuários da Santa Casa de Guairá.

### II - ASSUNTOS DISCUTIDOS

- Definição dos membros citados como integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários
- Explicado as funções das comissões nos termos descritos no regimento interno.
- A comissão se reunirá a cada dois meses, onde serão avaliados prontuários de maneira amostral e realizados ações pertinentes, bem como serão analisadas pautas cabíveis à esta comissão, quando houver.

### III - ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

	<b>ATA</b>	Data: 01/05/2024	
	<i>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</i>	Reunião 01/05/2024	Pág: 2 de 2

Drº Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Lamya Tamam Kassen Pinheiro	Enfermeiro

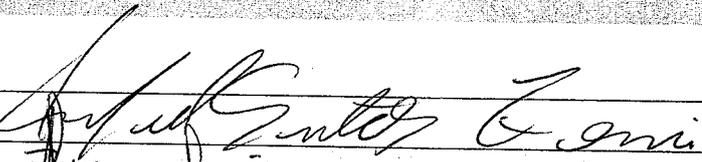
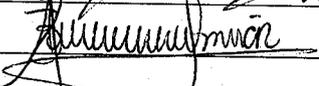
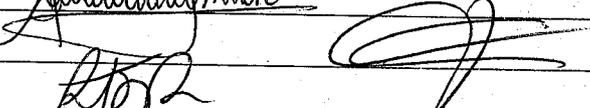
## II – PAUTA

- Análise dos prontuários do no mês de abril de 2024

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

- Promovido a análise dos prontuários, como qualidade das informações contidas nos prontuários dos:
  - Abril :
    - C.S.M.C. prontuário 1216
    - K.R.M.G prontuário 19450
    - M.M.R.S prontuário 70012
    - V.C.C. prontuário 22012
- Evidenciado a necessidades de melhorias: Foi realizado reunião com Dr Rafael Zeme diretor técnico e passado os erros apontados e encontrados em prontuários revisados, onde o mesmo passara para equipe medica, já os erros da enfermagem foi discutido com a gerente de enfermagem que prontifico a passar os erros que estão em anexo para cada responsável de sua equipe. (Reuniões e treinamentos)
- Em anexo checklist de coleta de dados dos prontuários analisados nesta reunião.

## III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

	ATA	Data: 01/05/2024	
	Formação da Comissão de Revisão de Prontuários	Reunião 01/05/2024	Pág: 1 de 2

CONVOCADOS	CARGO
Dr.º Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Lamya Tamam Kassem Pinheiro	Enfermeiro

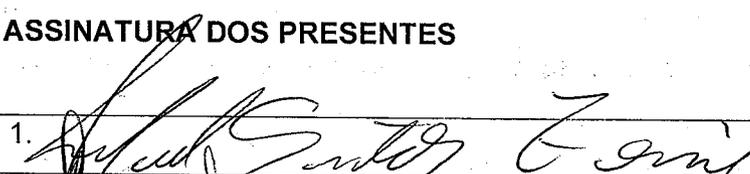
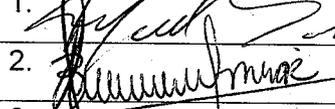
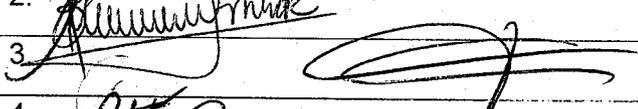
### I – PAUTA

- Definição dos membros atuantes da Comissão de Revisão de Prontuários da Santa Casa de Guará.

### II – ASSUNTOS DISCUTIDOS

1. Definição dos membros citados como integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários
2. Explicado as funções das comissões nos termos descritos no regimento interno.
3. A comissão se reunirá a cada dois meses, onde serão avaliados prontuários de maneira amostral e realizados ações pertinentes, bem como serão analisadas pautas cabíveis à esta comissão, quando houver.
4. Análise da UTI do mês de abril

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

	ATA	Data: 01/05/2024	
	<i>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</i>	Reunião 01/05/2024	Pág: 2 de 2

Drº Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Lamya Tamam Kassen Pinheiro	Enfermeiro

## II – PAUTA

- Análise dos prontuários do no mês de abril de 2024

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

- Promovido a análise dos prontuários, como qualidade das informações contidas nos prontuários dos:

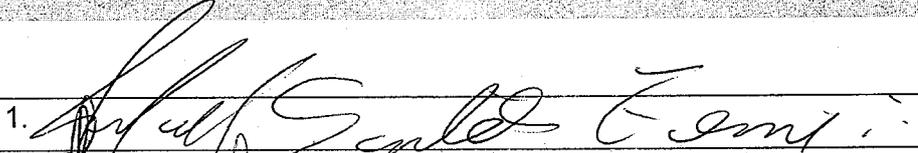
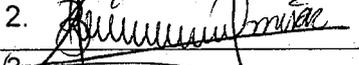
A. Abril :

G.S.S. prontuário 80432

A.S.R prontuário 10402

- Evidenciado a necessidades de melhorias: Foi realizado reunião com Dr Rafael Zeme diretor técnico e passado os erros apontados e encontrados em prontuários revisados, onde o mesmo passara para equipe medica, já os erros da enfermagem foi discutido com a gerente de enfermagem que prontifico a passar os erros que estão em anexo para cada responsável de sua equipe. (Reuniões e treinamentos)
- Em anexo checklist de coleta de dados dos prontuários analisados nesta reunião.

## III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



DOCUMENTO	ATA		ATA.CEM 004 2024 - 02 PÁGINAS.	
TÍTULO	ATA DA DÉCIMA QUINTA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	EMISSÃO: 25/04/2024		LOCAL:
		VERSÃO: 001		SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA  
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA CONSULTORA E AUXILIAR

# ATA

## Ata da décima quinta reunião da Comissão de Ética Médica.



DOCUMENTO	ATA	ATA.CEM 004 2024 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO	ATA DA DÉCIMA QUINTA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	EMIÇÃO: 25/04/2024	LOCAL: SANTA CASA
		VERSÃO: 001	

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA**  
**COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA CONSULTORA E AUXILIAR**

1. Pauta

- Revisão do número de médicos em corpo clínico de acordo com novas determinação do CRM-SP e elaboração de novo pleito eleitoral.

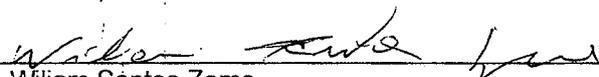
2. Desenvolvimento da reunião

No dia vinte e cinco de abril de 2024 o Dr. Thiago Cesar Pardi inicia a reunião com a informação que a Santa Casa de Misericórdia de Guairá foi visitada por membros do CRM-SP e foi informada pelos mesmos que a forma de contagem de médicos presentes no corpo clínico deve abranger também os plantonistas de Pronto Socorro e Pronto Atendimento e Unidade de Terapia Intensiva. Sendo assim, Dr. Wiliam da continuidade a reunião colocando em pauta o assunto e a necessidade de elaboração de novo pleito eleitoral, baseado na RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das comissões de ética médica dos estabelecimentos de saúde.

Fica definido que será iniciado processo eleitoral conforme orientação do CRM-SP e CFM em julho de 2024, respeitando todos os atos do pleito assim como com a supervisão do diretor clínico conforme manda norma.

Guairá, 25 de abril de 2024.

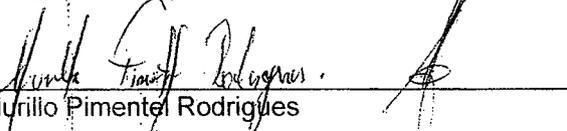
Lista de presença:

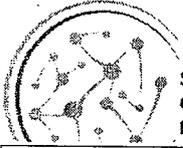
  
Dr. Wiliam Santos Zeme

Dr. Wiliam Zeme  
Médico  
CRM-SP 167709

  
Dr. Thiago Cesar Pardi

Dr. Thiago Cesar Pardi  
Infectologista / RQE 104142  
CRM-SP 226100

  
Dr. Murillo Pimentel Rodrigues



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.SCIH 004 – 02 PAGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA REUNIÃO DO SCIH E PRONTO SOCORRO	EMIÇÃO: 25/04/2024 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

# ATA

## Ata da Reunião do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar com a UTI



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	ATA		ATA.SCIH 004 – 02 PAGINAS.
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA REUNIÃO DO SCIH E PRONTO SOCORRO	EMISSÃO: 25/04/2024	LOCAL: SANTA CASA
		VERSÃO: 001	

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

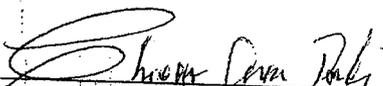
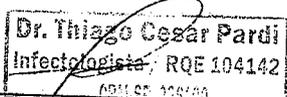
1. Pauta

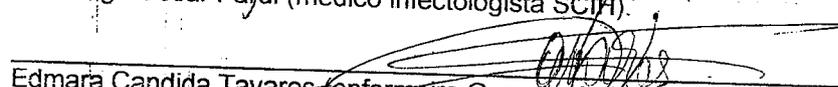
- Discussão dos critérios de isolamento.
- Explicação do papel do SCIH nos processos relacionados ao doente crítico.
- Discussão da necessidade de padronização dos isolamentos e coleta de Swab oral-retal.
- Lista de colaboradores e membros que participaram da reunião.

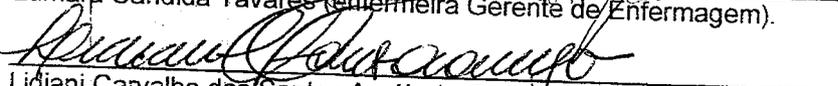
2. Desenvolvimento da reunião

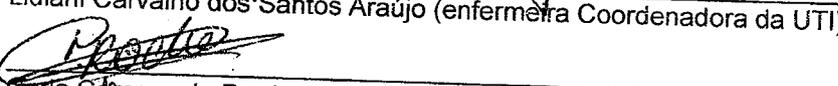
No dia vinte e cinco de abril de dois mil e vinte e quatro, Dr. Thiago inicia a reunião explicando a necessidade da supervisão e controle do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar quanto ao isolamento dos pacientes em situação crítica e internação prolongada na UTI. Sabendo da normatização elaborada pelo SCIH conjunto com o serviço de vigilância epidemiológica do município, ficou estabelecido que o a orientação para o isolamento dos pacientes bem como para a coleta de swabs semanais anais e orais, seguirá protocolo interno. Ficam definidos então para consulta e aprimoramento os seguintes Protocolos Assistenciais: KPC, VRE, **Clostridium difficile**, Normas e técnicas de isolamentos. A enfermeira Lidiani também atuante na UTI expõe a necessidade da padronização das normas técnicas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar com as ações da UTI. Sendo finalizada a reunião com a aprovação de todos os membros descrito abaixo, após a leitura da ata.

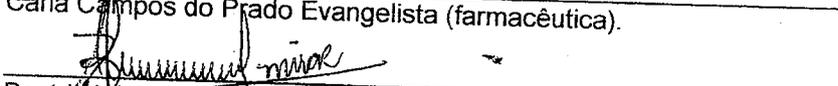
Guairá, 25 de abril de 2024.

  
 Dr. Thiago Cesar Pardi (médico infectologista SCIH). 

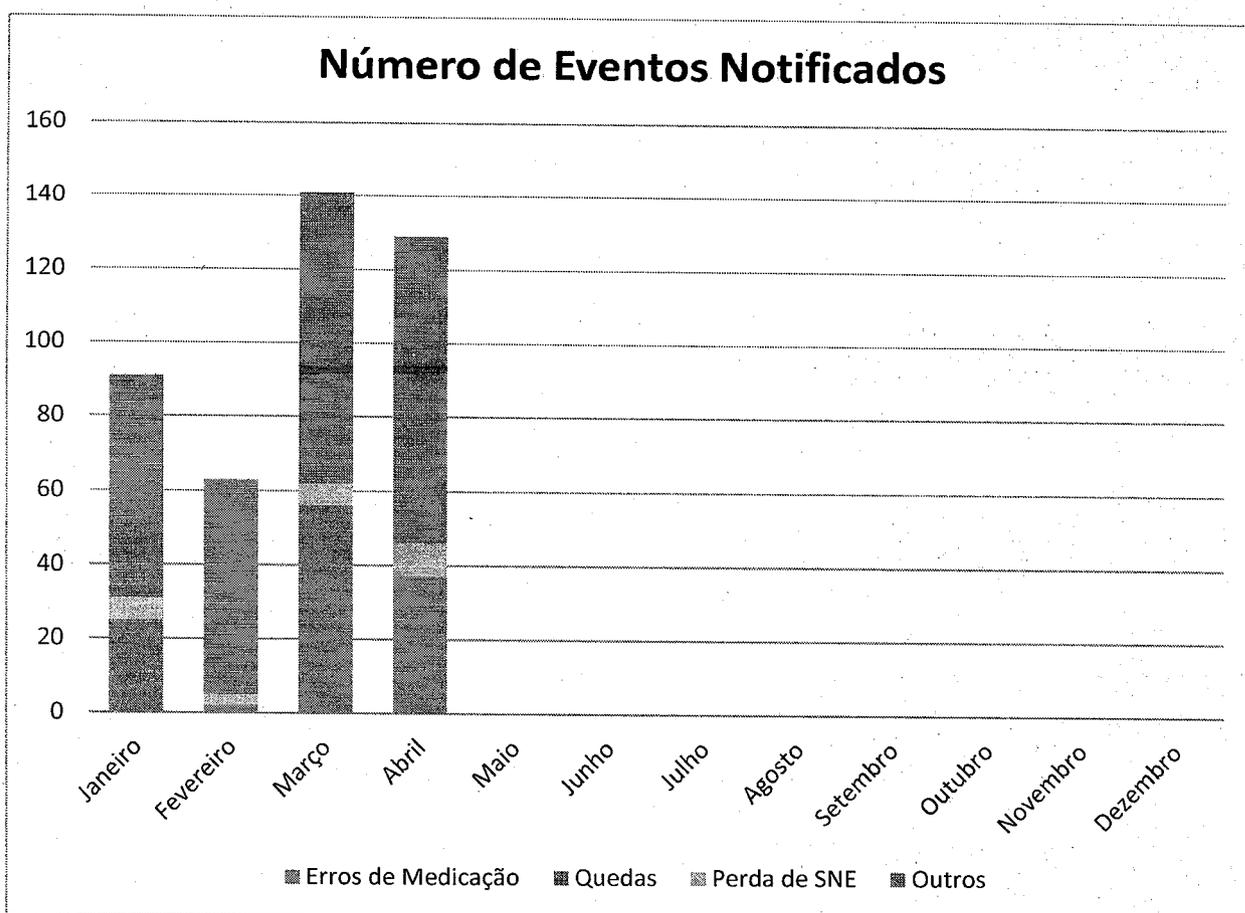
  
 Edmara Candida Tavares (enfermeira Gerente de Enfermagem).

  
 Lidiani Carvalho dos Santos Araujo (enfermeira Coordenadora da UTI).

  
 Carla Campos do Prado Evangelista (farmacêutica).

  
 Beatriz Ialanda Mira Rodrigues (chefe geral administração).

Análise Eventos 31/04/2024  
Núcleo de Segurança do Paciente  
Santa Casa de Guairá-SP



	ATA	Data: 05/24	
	<b>NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	Reunião 09/23	Pág: 1 de 2

CONVOCADOS	CARGO
Alana Garcia Leal Lellis	Enfermeira Comissão/ ENFERMEIRA CCIH
Edmara T. Candida	Coord. Enfermagem
Carla Prado Evangelista	Farmacêutica
Monise Cristina B. Quintanilha	Enfermeira Educação Continuada
Drº Rafael Zemi	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora

## II – PAUTA

- Levantamentos de eventos adversos no primeiro trimestre de 2024.

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

1. Principais eventos adversos notificados no segundo trimestre de 2024.
2. Levantamento de erros de medicações com gráfico comparativo mês a mês.
3. Finalidades desses levantamentos e medidas a serem tomadas.
4. Mudança da Enfermeira responsável da CCIH para Alana Garcia Leal Lellis.
5. Foi observado com a avaliação da escala de maddox os erros de flebite diminuíram, porém não estamos satisfeitos com a qualidade do abocath adquirido, onde será feito levantamento de outra marca.
6. A enfermeira Edmara irá realizar treinamento com os funcionários vários procedimentos. Para isso ela utilizará a técnica de auto treinamento.
7. No final do primeiro trimestre foi observado diminuição significativa de eventos relacionados a velocidade divergente com o fornecimento de bombas de infusão iniciando na enfermaria do Posto 26.
8. Farmácia ficou encarregada de providenciar pesquisa de satisfação com outras marcas de abocath e passar para setor de compras.

## IV – ASSINATURA DOS PRESENTES



ATA

Data: 05/24

NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Reunião  
09/23

Pág:  
2 de 2

1.	<i>Alana Garcia Leal Lelis</i>
2.	<i>Camila C. Moraes</i>
3.	<i>Frauto</i>
4.	<i>Monica C. S. Quintomilha</i>
5.	<i>Lucas Santos Cerri</i>
6.	<i>Luciana Mirce</i>
7.	
8.	

	ATA	Data: 04/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 05/2024	Pág.: 1 de 5

CONVOCADOS	CARGO
Dr. Ricardo Cid Pardi	<b>Diretor Clínico</b>
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	<b>Administradora</b>
Edmara Candida Tavares	<b>Enfermeira</b>
Fernanda Pavani Alves de Sousa	<b>Enfermeira</b>

## **II – PAUTA**

- Análise dos óbitos ocorridos no hospital no mês de abril/2024.

## **III – ASSUNTOS DISCUTIDOS**

1. Promovida análise dos óbitos, bem como qualidade das informações dos atestados emitidos. Óbitos analisados:

### **a. A.M – PRONTUÁRIO: 37278**

Paciente com 67 anos, foi hospitalizado em enfermaria no dia 07/03/2024 com diagnóstico de pneumonia?, em tratamento com antibioticoterapia permaneceu hospitalizado até 11/03/2024, no dia 11/03 teve alta hospitalar, onde retornou para o hospital no mesmo dia, sendo readmitido na internação, porém no setor de UTI em 12/03/2024, com diagnóstico de encefalopatia hepática grau 1, ferimento corte contuso + fratura em 5º dedo do pé direito.

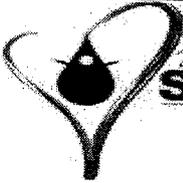
Deu entrada na uti sonolento e pouco responsivo, iniciado dieta aantibioticoterapia.

Durante sua estadia na UTI, o paciente recebeu os devidos tratamento, inclusive uso de Ceftriaxona para tratamento do ferimento do dedo e cuidados para sua estabilização clínica.

Foram realizados exames laboratoriais e exames de imagem específicos para sua condição clínica.

Dentro os dias de internação houve desfecho de piora no quadro hemodinâmico e padrão respiratório, sendo necessários uso de drogas vasoativas, intubação e hemodiálise.

Após um período de instabilidade hemodinâmica e o surgimento de um novo choque séptico de foco a esclarecer, o paciente evolui para uma PCR, apesar das tentativas de ressuscitação cardiopulmonar e administração de medicamentos, o paciente não apresentou resposta e veio a óbito em 03/04/2024 às 22:33hs.

 <b>Santa Casa</b> <small>Misericórdias de São Paulo</small>	<b>ATA</b>	Data: 04/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 05/2024	Pág.: 2 de 5

**b. O.C – PRONTUÁRIO: 40658**

Paciente com 85 anos, hospitalizado em 26/03/2024 em um leito de enfermaria, devido DPOC exacerbado por pneumonia e ITU, em tratamento com antibióticos Ceftriaxona e Claritromicina, apresentou piora em quadro respiratório no dia 27/03/2024, necessitando aumento de aporte de oxigênio.

Admitido em uti no dia 27/03/2024, hemodinamicamente estável, consciente, orientado, ventilando com máscara de venturi, realizando a troca para cateter nasal a 5 l/min.

Houve necessidade de SVD devido presença de bexigoma, e punção cateter central em topografia direita, paciente em uso de drogas vasoativa. Dentro de alguns dias apresentou distensão abdominal e confusão mental.

Paciente evoluiu com piora respiratória, associado a acidose respiratória, havendo necessidade de IOT.

Em 29/03/2024 iniciou-se a primeira sessão de hemodiálise com instabilidade hemodinâmica.

Houve escalonamento de antibiótico para Cefepime e Clindamicina.

Paciente seguiu -se monitorizado estável as custas das DVA.

Em 06/04/2024, paciente em estado grave, após 15 minutos de hemodiálise, teve instabilidade hemodinâmica, cessado a hemodiálise, apresentou PCR, mesmo após elevação crescente de DVA, o paciente apresentou outra PCR e foi iniciado o protocolo de RCP, diante de todos os esforços o paciente não respondeu e teve outra PCR em assistolia. Após tentativas de RCP sem sucesso, o médico declarou o óbito às 08:50 hs do dia 06/04/2024.

**c. R.M.J.M – PRONTUÁRIO-9380**

Paciente, 92 anos, admitida em leito de enfermaria no dia 30/03/2024 com diagnóstico de ITU+Pneumonia Bacteriana. Após tratamento com antibioticoterapia Tazocim e demais cuidados, apresentou melhoras do quadro e recebeu alta em 05/04/2024. No entanto, ao deixar o hospital, a mesma manifestou crise convulsiva, delírios e confusão mental, levando a readmissão, com suspeita de AVC?.

Permaneceu hospitalizada em tratamento, porém em quadro de prostração, confusão mental e espasmos musculares intensos.

No dia 07/04/2024, à 01:00 hs paciente rebaixou em nível de consciência e suspeita de crise convulsiva.

Acionada médica plantonista do Pronto Socorro que se fez presente imediatamente, e paciente encaminhada para sala de emergência do Pronto Socorro, evoluindo para PCR em assistolia, após realizado dois ciclos de RCP, houve retorno de circulação, parando novamente logo após, seguindo mais cinco ciclos, com administração de DVA, seguindo protocolo de ACLS, porém sem retorno da circulação.

Paciente permaneceu sem sinais vitais, reflexos primitivos, batimentos cardíacos ou esforço respiratório.

À 01:42, do dia 07/04/2024 declarado o óbito da paciente.

	ATA	Data: 04/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 05/2024	Pág.: 3 de 5

**d. L.O.S.C – PRONTUÁRIO: 32837**

Paciente, 73 anos institucionalizado, admitido em leito de enfermaria em 02/04/2024, proveniente da Santa Casa de Barretos para continuidade de tratamento clínico neste hospital, em quadro de pneumonia.

Permaneceu na enfermaria até o dia 05/04/2024; houve instabilidade hemodinâmica e o mesmo foi transferido para leito de UTI.

Admitido na UTI em 05/04/2024 em quadro de prostração, não contactuante, instável hemodinamicamente, instalado VNI devido piora em quadro respiratório. Tentado passar SNE sem sucesso, em 06/04 paciente evoluiu para grave estado geral, em ventilação mecânica e DVA. Hemotransfundido com 2 concentrados de hemácias.

À 01:40 hs do dia 07/04/24 paciente ausência de pulsos centrais, identificado PCR em AESP e iniciado pela equipe RCP conforme protocolo ACLS, paciente retornou circulação e após nova PCR, realizado mais três ciclos de RCP, porém sem sucesso e óbito declarado em 07/04/2024 às 02:30 hs.

**e. E.I.Z.F.B- PRONTUÁRIO: 703**

Paciente 65 anos, admitida em leito de enfermaria com diagnóstico, sinais de queda de saturação, dispneia e prostração. Permaneceu longos dias internada e em um acordo com a família assinaram termo de cuidados paliativos. Cuidados paliativos.

No dia 07/04/2024 paciente apresentou sinais de ausência de pulso evoluindo para óbito às 07:00 hs.

**f. M.J.S – PRONTUÁRIO: 40658**

Paciente proveniente do Pronto Socorro, admitida em um leito de enfermaria com diagnóstico de pneumonia, com queixa de taquicardia sinusal (FC 160bmp), associado a pico hipertensivo, paciente acamada, com comorbidade de esquizofrenia+ AVC prévio, e insuficiência venosa, consciente, com momentos de agitação, com aporte de oxigênio a 3 l/min.com SNG e SVD em drenagem.

As 16:50 observou que a paciente apresentava intensa dispneia, não responsiva, com sinais de PCR.

Acionada médica do pronto socorro que se fez presente imediatamente

A médica ao avaliar paciente já irresponsiva, sem pulso, levada para sala de emergência. Realizado pela equipe RCP conforme protocolo ACLS, com massagem cardíaca e ventilação pulmonar, com duração de 2 min cada ciclo. Adrenalina realizada cada 3 min evoluindo para IOT, realizada sem intercorrências.

Paciente em assistolia durante todo o tempo de RCP.

	ATA	Data: 04/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 05/2024	Pág.: 4 de 5

As 17:06 hs, após 25 minutos de ressuscitação cardiopulmonar sem retorno a circulação espontânea declarado óbito da paciente às 17:06 horas do dia 07/04/2024

**g. C.A.R.S- PRONTUÁRIO: 16786**

Paciente 70 anos, deu entrada em sala de emergência em 13/04/2024, com queixa de forte dor abdominal e vômitos desde dia 12/04/2024, além disso foi realizado IGM e IGG para dengue o qual obteve resultado positivo. Paciente possuía histórico de HAS+DM+AVC prévio há +/- 2 anos.

Após internação foi encaminhada para leito de UTI, admitida no setor UTI com rebaixamento do nível de consciência e taquipneia. Realizado IOT sem intercorrências. Após procedimento o quadro de choque evoluiu com piora.

00:00 houve uma PCR, médico tentou otimizar seu tratamento com doses adequadas de drogas vasoativas, mas paciente não respondeu aos esforços de reanimação e seu óbito foi declarado às 00:02 do dia 14/04/2024 pelo Dr. Ricardo Gonçalves da Silva.

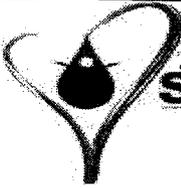
**h. E.M.S.A – PRONTUÁRIO:31575**

Paciente, 47 anos, deu entrada em leito de UTI com HD inicial de pneumonia bacteriana, permaneceu internada desde 07/02/2024 até 21/04/2024, onde passou por tratamento e procedimentos médicos, foi intubada em 09/02/24 após broncoespasmo. Em 21/02/24 laringoespasmo realizada traqueostomia após falha de extubação.

Paciente permaneceu internada, tendo o quadro agravado, em uso geral de drogas vasoativas, em 21/04/24 às 00:35 hs ocorreu uma RCP, tentado manobras de RCP por 10 minutos sem sucesso, e devido ausência de prognóstico clínico e sem condições de mais medidas clínicas a serem realizadas, foi declarado óbito às 00:45 hs do dia 21/04/2024.

**i. L.P.C – PRONTUÁRIO:25672**

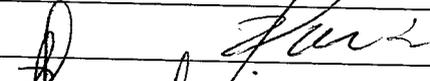
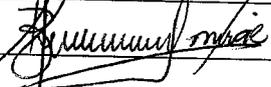
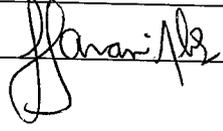
Paciente, 95 anos, deu entrada no Pronto Socorro Municipal em 26/04/2024 com desconforto respiratório, prostração e rebaixamento do nível de consciência, após avaliação e conduta médica para reestabelecer o quadro e proporcionar o devido conforto, foi realizado termo de cuidados paliativos com anuência de familiar. Após estabilizada, foi encaminhada para leito de enfermaria para recebimento de cuidados e conforto paliativos, às 18:05 hs da presente data a técnica de enfermagem a encontra sem sinais vitais, reflexos primitivos, batimentos cardíacos ou esforço respiratório, comunica sua superior, a médica se faz presente e declara o óbito da paciente.

 <p><b>Misericórdia Santa Casa</b> Quarta - São Paulo</p>	ATA	Data: 04/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 05/2024	Pág.: 5 de 5

## 2. EVIDENCIANDO MELHORIAS:

- **EQUIPE MULTIDISCIPLINAR:** clareza e concisão nos relatórios das equipes, destacando os pontos chaves do estado clínico do paciente e plano de cuidado.
- **COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR:** Eficaz e clara entre as equipes, garantindo que todas informações relevantes sejam compartilhadas de maneira oportuna e precisa
- **EQUIPE ENVOLVIDA:** Elaborar relatório detalhado da evolução do óbito, com finalidade de melhoria continuada nos cuidados prestados e potenciais medidas preventivas para casos semelhantes no futuro.
- **EDUCAÇÃO CONTINUADA:** Em situações de emergência para equipe de enfermagem.
- **ABORDAR NOS RELATÓRIO MÉDICO SOBRE FATORES DE RISCO E COMORBIDADE:** como estes influencia em complicações x evolução óbito.

### III - ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua: 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**Notificação de Óbitos- Abril/2.024**

Óbito Materno	Óbito Infantil	Óbito Fetal
0	0	0

Fernanda Pavani Alves de Sousa

COREN-SP-ENF-125950

Edmara Cândida Tavares

COREN-SP-ENF-180849

Guairá, 01 de Maio de 2.024



## Plano de Trabalho – Mês 04/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas

Função: Assistente Social

Sector: Colaboradores – Santa Casa de Guaíra

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO – MÊS 04/2024

OBS: Total de pesquisas com 28 colaboradores de diversos setores no hospital.

1) Você sente orgulhoso em trabalhar na Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM- 28                      NÃO- 00

2) Você recomendaria ser um colaborador da Santa Casa para seus colegas?

Resposta: SIM- 28                      NÃO - 00

3) Você se sente bem quando tem que vir trabalhar na Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM – 28                      NÃO - 00

4) Você sabe a quem pedir ajuda quando tem alguma dúvida?

Resposta: SIM – 23                      NÃO - 05

5) Você sente que dentro da equipe de gestão a comunicação é eficiente?

Resposta: SIM- 17                      NÃO- 11

6) Você se sente valorizada mediante ao seu trabalho na Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM -20                      NÃO - 08

7) Você acha que seu trabalho é distribuído igualmente entre sua equipe?

Resposta: SIM- 18                      NÃO- 10

8) Você acha seu trabalho significativo?

Resposta: SIM- 28                      NÃO- 00

9) Você está feliz sendo um colaborador da Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM - 28                      NÃO -00

*Nadiege S. Santana de Freitas*  
Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410

## Plano de Trabalho - Mês 04/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: Exames Ambulatoriais

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 04/2024  
OBS: Total de pesquisas com 18 pacientes.

1) O agendamento do exame ambulatorial foi demorado?

Resposta: SIM- 00 NÃO- 18

2) Como foi o atendimento na sala de espera?

Resposta: EXCELENTE- 00 BOM- 18 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

3) Como considera o tempo de espera para atendimento?

Resposta: EXCELENTE- 02 BOM- 15 REGULAR- 01 PÉSSIMO 0

4) Como foi a acessibilidade na sala de espera e no consultório?

Resposta: EXCELENTE- 01 BOM- 17 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

5) Como foi o atendimento médico ou técnico durante o exame?

Resposta: EXCELENTE- 04 BOM- 14 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

6) Como estava a limpeza da sala de espera e consultório?

Resposta: EXCELENTE- 00 BOM- 17 REGULAR- 01 PÉSSIMO- 0

**TEVE 2 ELOGIOS DA EQUIPE DE RADIOGRAFIA**



Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410



## Plano de Trabalho - Mês 04/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: Pronto Socorro Municipal

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 04/2024  
OBS: Total de pesquisas com 06 pacientes.

1) Como foi o atendimento na recepção?

Resposta: EXCELENTE- 05    BOM-01    REGULAR- 0    PÉSSIMO- 0

2) Como foi o atendimento na sala de triagem?

Resposta: EXCELENTE-05    BOM-01    REGULAR-0    PÉSSIMO- 0

3) Como foi o atendimento médico?

Resposta: EXCELENTE-06    BOM- 0    REGULAR-0    PÉSSIMO- 0

4) O atendimento da enfermagem atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM-06    NÃO- 0

5) Como estava a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: EXCELENTE-01    BOM-04    REGULAR -01    PÉSSIMO- 0

**TEVE 1 CRITICA E 2 ELOGIOS DA EQUIPE DO PRONTO  
SOCORRO**

*Nadiege da S. Santana de Freitas*

**Nadiege S. Santana de Freitas**  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410



## PLANO DE TRABALHO- MÊS 04/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: UTI

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 04/2024  
OBS: Total de pesquisas com 05 pacientes.

1) Como foi o atendimento da recepção?

Resposta: EXCELENTE-04 BOM-01 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

2) O paciente foi orientado no ato da internação?

Resposta: SIM- 05 NÃO- 0

3) O atendimento da equipe de enfermagem atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM- 05 NÃO- 0

4) Como foi o atendimento médico?

Resposta: EXCELENTE-04 BOM-01 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

5) Como foi o acolhimento do serviço social?

Resposta: EXCELENTE-04 BOM-01 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

6) Como observou a limpeza do setor?

Resposta: EXCELENTE-04 BOM- 01 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

*Nadiege S. Santana de Freitas*  
Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
GRESS-SP 69410



## PLANO DE TRABALHO- MÊS 04/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: Enfermaria SUS

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 04/2024  
OBS: Total de pesquisas com 21 pacientes.

1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?

Resposta: EXCELENTE-01 BOM-18 REGULAR- 01 PÉSSIMO- 01

2) O paciente ou familiar foram orientados no ato da internação?

Resposta: SIM-21 NÃO- 0

3) Como foi a alimentação nos dias de internação?

Resposta: EXCELENTE-07 BOM-13 REGULAR-01 PÉSSIMO- 0

4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: EXCELENTE-08 BOM-13 REGULAR-0 PÉSSIMO- 0

5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM-21 NÃO-0

6) O médico deu atenção necessária? Como estava a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: SIM-21 NÃO- 0

**TEVE 2 ELOGIOS DA EQUIPE DA ENFERMARIA SUS**

*Nadiege da S. Santana de Freitas*

Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410



Nossa  
**Santa Casa**  
Guairá - São Paulo

**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

## PLANO DE TRABALHO- MÊS 04/2024

### OUVIDORIAS

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social

15/04/2024 – M.E.S.

16/04/2024 – S.F.S.Z.

22/04/2024 – J.C.S.G.F.

23/04/2024 – M.S.G.

25/04/2024 – G.B.F.

29/04/2024 – M.B.R.

*Nadiege da Silva Santana de Freitas*  
Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
GRESS-SP 69410

# **HORÁRIO DE VISITAS**

## **SUS**

**DAS 15:00 ÀS 16:30 HORAS**

**DAS 19:00 ÀS 20:30 HORAS**

## **Convênios**

**DAS 15:00 ÀS 16:30 HORAS**

**DAS 19:00 ÀS 20:30 HORAS**

## **UTI**

**DAS 16:00 ÀS 16:30 HORAS**



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Maio de 2024.

## **Relatório Mensal de Orientações após Alta Hospitalar – ABRIL 2024**

À Intervenção da  
Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Informo que TODOS os pacientes são orientados quanto a receita médica, atestado/declaração, retorno e cuidados domiciliares no ato da alta hospitalar. Tais orientações são registradas no prontuário do paciente no Check list – Orientações de Alta Hospitalar com assinatura do cliente/responsável.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP: 0102137 - ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren-SP: 0102137



Hospital de Referência de Guará  
R. 24, 57 - Jardim Paulista - Guará (DF)  
Tel: (61) 3332-7000 CEP: 70711-000  
NPJ: 42.301200/0001-57. Insc. Estadual Isento

### Orientações de Alta - Check List

O médico responsável prescreveu a alta corretamente na prescrição?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Cliente recebeu orientação médica?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O médico responsável forneceu receita, atestado e/ou declaração?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Foi entregue corretamente ao cliente a receita, atestado e/ou declaração?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O cliente recebeu orientações médicas quanto ao retorno ambulatorial?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O cliente foi orientado a respeito dos cuidados, limitações ou restrições que deverá ter no pós alta?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O cliente irá para casa acompanhado por quem? Precisa de transporte (ambulância)?

Cliente necessita de cópias de exames realizados durante sua internação?

Se SIM, pedir para cliente assinar pelo recebimento dessas cópias.

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Cliente/Acompanhante necessita de orientação nutricional, relacionada a administração de dieta enteral?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Se SIM, pedir para cliente assinar após receber devida orientação.

OBS:

Guará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
EQUIPE DE ENFERMAGEM

\_\_\_\_\_  
CLIENTE/RESPONSÁVEL



Santa Casa de Misericórdia de Guaira  
Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guaira (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000, CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

### RELAÇÃO DE NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS NO MÊS DE ABRIL DE 2024

REFEIÇÕES: CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR, CAFÉ DA TARDE E CEIA

PACIENTES	TOTAL REFEIÇÕES
SUS	2.225
CONVÊNIO MÉDICO	1.840
PARTICULAR	4

ACOMPANHANTES	TOTAL REFEIÇÕES
SUS	2.100
CONVÊNIO MÉDICO	1.356
PARTICULAR	4

TOTAL PACIENTES E ACOMPANHANTES	
SUS	4325
CONVÊNIO MÉDICO	3196
PARTICULAR	8
TOTAL	7529

DIETAS (LACTÁRIO)	ENFERMARIA E UTI
ENTERAL - BOLSA	223
SOLFIBER (FIBRA) SACHÊ	73
ARG REPAIR (CICATRIZAÇÃO)	0
PROTEINA LATA - 300G	0
SUPLEMENTO ENERGYZIP	5
TOTAL	301

  
Marcela de Brito  
Nutricionista  
CRN-3 50824

Nutricionista

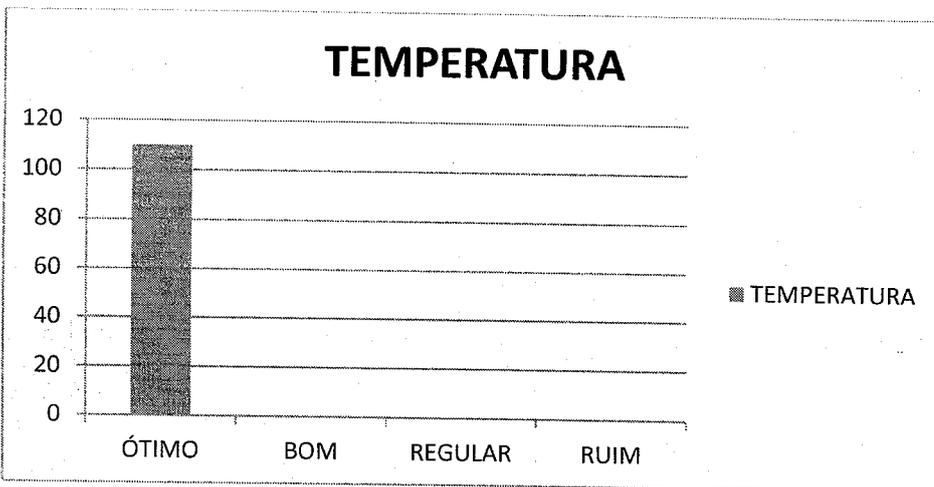
## PESQUISA DE SATISFAÇÃO – ABRIL DE 2024

- Total de pesquisas no mês de ABRIL de 2024: 110 pacientes  
A pesquisa é feita beira leito, com paciente sóbrio e com prescrição de alimentação via oral.

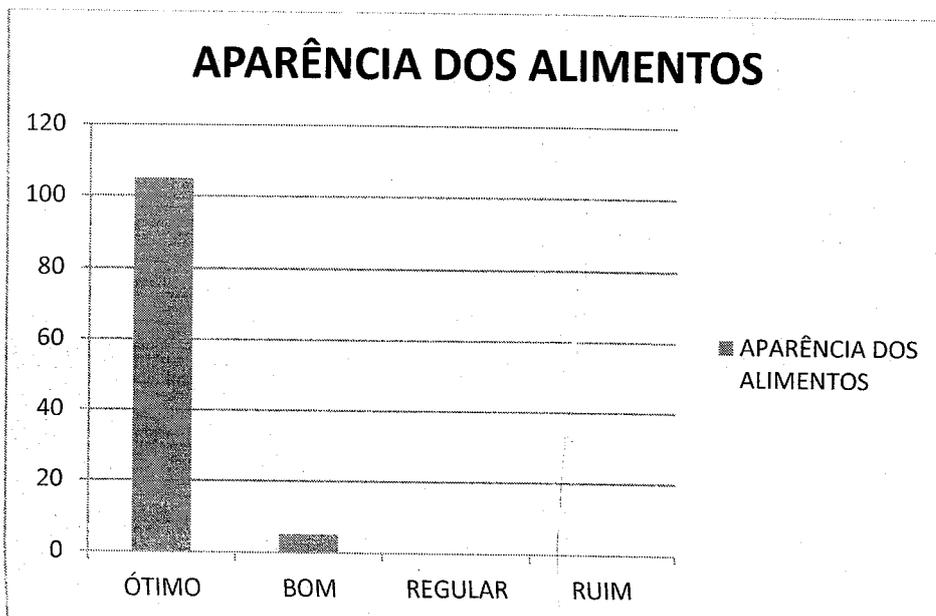
A pesquisa de satisfação contém os seguintes tópicos avaliados: **Temperatura da refeição, aparência dos alimentos, variedade do cardápio, atendimento da equipe de nutrição e sabor da refeição.**

Segue em anexo os seguintes resultados:

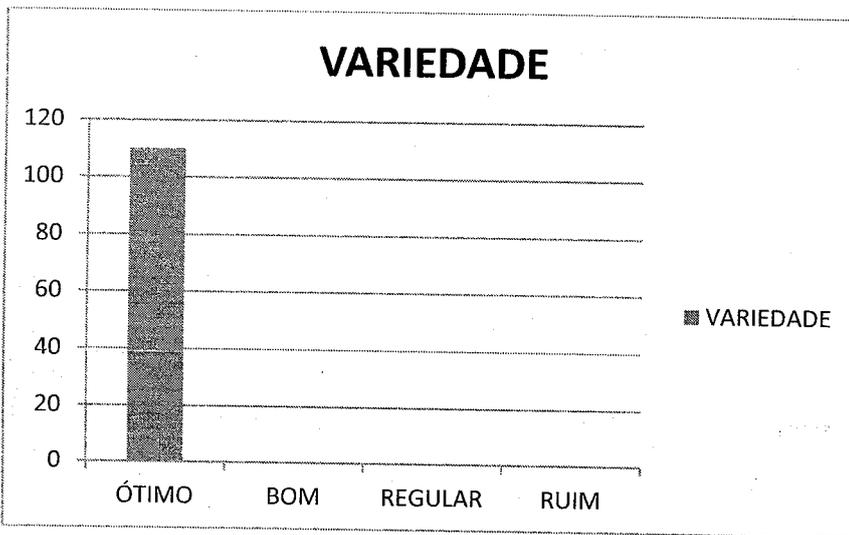
Temperatura da refeição: 110- ótimo.



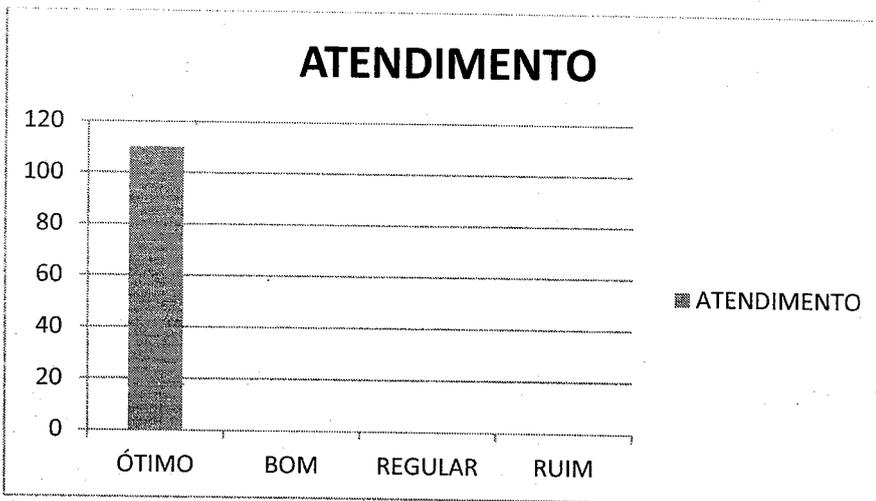
Aparência dos alimentos: 105- ótimo, 5 bom.



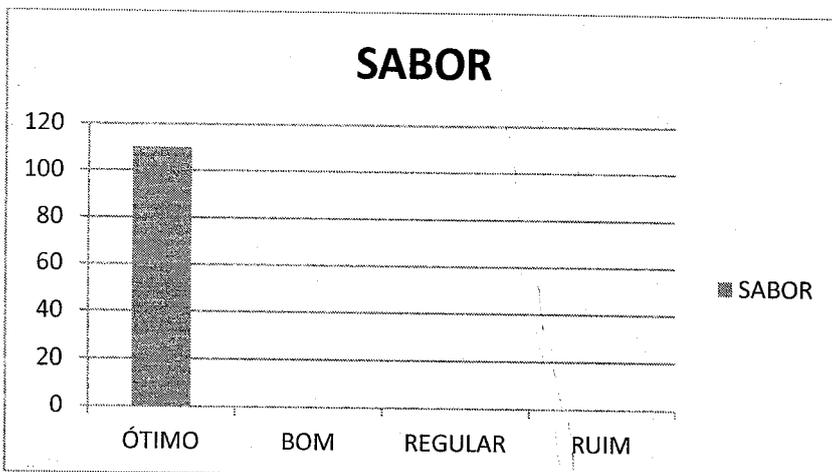
Variedade do cardápio: 110 - Ótimo



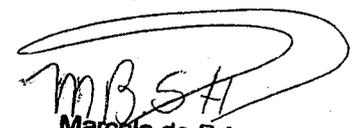
Atendimento na hora de servir: 110- ótimo.



Sabor/tempero da refeição: 110- Ótimo



Marcela de Brito - Nutricionista



Marcela de Brito  
Nutricionista  
CRN-3 50824



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de maio de 2024.

**Relatório Mensal de Parturientes SUS orientadas sobre a forma correta de Aleitamento Materno – Abril/2024**

Internações	Total	Parturientes SUS	Parturientes Conv./Part.
Total Parturientes	26	12	14
Orientações	26	12	14

Informo que as 26 parturientes do mês de abril receberam orientações de incentivo ao aleitamento materno.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP: 0102137 - ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren-SP: 0102137



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**RELATÓRIO MENSAL DE PARTURIENTES ORIENTADAS SOBRE A FORMA CORRETA DE ALEITAMENTO MATERNO**

MÊS: Abril 2014

NOME	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ORIENTAÇÃO	ASSINATURA PACIENTE OU ACOMPANHANTE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO QUE ORIENTOU SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO
Tamara Borges Junqueira Silva	03/04/24	02/04/24	Tamara Borges Junqueira	Almeida
Mariana Carvalho Dias Torres	03/04/24	02/04/24	Mariana Dias Torres	Almeida
Aniamara Oliveira L.	02/04/24	02/04/24	Aniamara Oliveira L.	Almeida
Bianca da J. Melo	02/04/24	02/04/24	Bianca da J. Melo	Almeida
Sandra Martins Cruz	03/04/24	03/04/24	Sandra Martins Cruz	Sandra Cruz
Renata Machado	03/04/24	03/04/24	Renata Machado	Almeida
Tamiris da Silva	04/04/24	04/04/24	Tamiris da Silva	Maria Karoline Toledo
Yannim Garcia Monteiro	04/04/24	04/04/24	Yannim Garcia Monteiro	Maria Karoline Toledo
Tamara Gonçalves Pires Dias	05/04/24	05/04/24	Tamara Gonçalves Pires Dias	Cláudia Maria Melo Souza
Julia Garcia da Silva	05/04/24	05/04/24	Julia Garcia da Silva	Cláudia Maria Melo Souza
Alana Lucia da Silva	08.04.24	08/04/24	Alana Lucia da Silva	Maria Karoline Toledo
Naiana Silva Cerqueira	10.04.24	10/04/24	Naiana Silva Cerqueira	Sandra Cruz



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**RELATÓRIO MENSAL DE PARTURIENTES ORIENTADAS SOBRE A FORMA CORRETA DE ALEITAMENTO MATERNO**

MÊS: Abril

NOME	DATA DA INTERNACÃO	DATA DA ORIENTACÃO	ASSINATURA PACIENTE OU ACOMPANHANTE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO QUE ORIENTOU SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO
Letícia Zander Villela	12/04	13/04/24	x Letícia Zander	Laura
Isabeline Figueiredo da Silva	12/04	12/04	x Thiago F. Faleiros	Maria Karoline de Jesus
Sirlene Oliveira dos Santos	13/04	13/04	x Sirlene dos Santos	Laura
Ana Luiza Novato	15/04	15/04	x Ana Luiza	Aurine
Letícia Cristina Teixeira Costa	15/04	15/04	x Letícia	Aurine
Ana Pauline dos Santos V.	16/04	17/04	x Ana Pauline	Aurine
Isabelle L.F. Silva	18/04	18/04	x Isabelle Louise	Maria Karoline de Jesus
Guatiana Guimarães	18/04	18/04	x Letícia S. Roover	Maria Karoline de Jesus
Simone Silva Silve	23/04	23/04	x Tamara	Aurine
Carla Cristina Figueiredo Santos	23/04	23/04	x Ana Carolina	Aurine
Amanda Caligaris B. Piqueira	26/04/24	26/04/24	x APD	Laura
Zaira Sabina da S. F	26/04/24	26/04/24	Zaira Sabina S. Sabina	Laura
Miriam Laura da Silva	26/04/24	26/04/24	Miriam Laura da Silva	Laura
Karolayne R. Marques Gabriel	30.04.24	30/04/24	Karolayne	Maria



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

## **RELATÓRIO MENSAL DO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DA ANÓXIA NEONATAL**

Mês: ABRIL/2024

Total de Nascidos Vivos SUS: 12

Total Natimorto SUS: 00

Total de Nascidos Vivos Conv/Part: 14

Total Natimorto Conv/Part.: 00

Informamos que os 26 RNs nascidos vivos foram submetidos ao exame de mensuração de Apgar, no 1º e no 5º minuto de vida .

Guairá-SP, 22 de Maio de 2024.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP-ENF-102137

\_\_\_\_\_  
Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

COREN-SP-ENF-102137



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Maio de 2024.

Venho através deste informar que os 26 RNs que nasceram na Santa Casa de Guairá mês de Abril de 2024 foram submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho, Teste do Ouvido (Teste da Orelhinha) e Teste do Coraçõzinho.

Atenciosamente,

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP: 102137-ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira Coren – SP 0102137

À Administração da

Santa Casa de Misericórdia de Guairá - SP

NOME DA INSTITUIÇÃO		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRA					
CNPIS DA INSTITUIÇÃO		2078414					
CODIGO DO IBS DO MUNICIPIO		351740					
MÊS/ANO							
NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA	DNV	NOME DA CRIANÇA	RESULTADO DO PRIMEIRO TESTE		DESTINO	OBSERVAÇÕES
				OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO		
1	TERESINA BORGES J. SILVA	03/04	RAFAEL RUIZ OLIVEIRA	OK	OK		
2	MARICANA CARVALHO D. T.	03/04	GONCALVES CARVALHO F.	OK	OK		
3	ARIANA OLIVEIRA D.	02/04/24	DEBORA DA J. COSTA	OK	OK		
4	ARIANA DA J. MELO	02/04/24	DE EMANUELL V. J.	OK	OK		
5	RAISSA MARTINS OLIVEIRA	03/04	YVES MARINHO	OK	OK		
6	RAISSA MARTINS OLIVEIRA	03/04	BENIGNA MACHADO	OK	OK		
7	RAISSA MARTINS OLIVEIRA	04/04	MARCELO DE SAUSSE	OK	OK		
8	TERESINA OLIVEIRA	04/04	ADRIANA MARIANA DE SAUSSE	OK	OK		
9	TERESINA OLIVEIRA	05/04	MARCELO DE SAUSSE	OK	OK		
10	TERESINA OLIVEIRA	05/04	TERESINA OLIVEIRA	OK	OK		
11	ARIANA OLIVEIRA	05/04/24	JOAO CARLOS DE SAUSSE	OK	OK		
12	RAISSA OLIVEIRA	10/04/24	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
13	RAISSA OLIVEIRA	11/04/24	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
14	RAISSA OLIVEIRA	13/04/24	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
15	RAISSA OLIVEIRA	13/04	MARCELO	OK	OK		
16	RAISSA OLIVEIRA	13/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
17	RAISSA OLIVEIRA	13/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
18	RAISSA OLIVEIRA	16/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
19	RAISSA OLIVEIRA	17/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
20	RAISSA OLIVEIRA	18/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
21	RAISSA OLIVEIRA	23/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
22	RAISSA OLIVEIRA	23/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
23	RAISSA OLIVEIRA	26/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
24	RAISSA OLIVEIRA	26/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
25	RAISSA OLIVEIRA	26/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
26	RAISSA OLIVEIRA	30/04	RAISSA OLIVEIRA	OK	OK		
27							
28							
29							
30							

TOTAL	
NÚMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS	

NÚMERO DE CRIANÇAS COM RESULTADO						



**Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guaíra, 22 de Maio de 2024.

**Relatório Mensal de Vacinas de Vacina contra Hepatite B  
aplicadas X RNs SUS – Abril/2024**

RNs	Total	RNs SUS	RNs Conv./ Part.
Vacina Hep. B Aplicadas	26	12	14

Informo que os 26 RNs nascidos no mês de Abril/24 foram vacinados contra a Hepatite B antes da alta hospitalar.

Ana Carolina Minóda de Oliveira  
COREN-SP: 0102137 - ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren – SP: 0102137

# MAPA DE VACINAÇÃO

Berçário – Santa Casa  
Mês e Ano: 04/24.

## HEPATITE B

DIA	TOTAL										Município de Residência	Nº de crianças
	<del>01</del>	<del>02</del>	03	04	05	06	07	08	09	10		
01	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
02	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
03	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
04	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
05	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
06	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
07	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
08	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
09	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
10	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
11	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
12	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
13	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
14	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
15	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
16	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
17	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
18	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
19	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
20	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
21	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
22	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
23	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
25	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
26	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
27	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
28	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
29	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
30	<del>01</del>	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Guara	1
31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		

Total de Crianças Vacinadas no mês: 26



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Maio de 2024.

### **Relatório Mensal de Parto Cesárea e Parto Vaginal – Abril - 2024**

Internações	Total	Parto Cesárea	Parto Normal
Parturientes	26	26	0
Parturientes SUS	12	12	0

De 26 partos no mês de Abril/24, 0 foi parto normal, o que corresponde a 0,00%.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
Coren SP: 102137 - ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren – SP: 0102137



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária  
Prefeitura Municipal de GUAÍRA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
Nº CEVS: 351740601-861-000002-1-3	DATA DE VALIDADE: 08/02/2025
Nº PROCESSO: 17406/065-1999	DATA DO PROTOCOLO: 02/02/2024
Nº PROTOCOLO: 17406/046-2024	
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8610-1/01 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS	
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO	
DETALHE: 031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS	
RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA	CNPJ ALBERGANTE: 48.341.283/0001-61
NOME FANTASIA: SANTA CASA DE GUAIRA	
CNPJ / CPF: 48.341.283/0001-61	
LOGRADOURO: Rua 24	NÚMERO: 872
COMPLEMENTO:	
BAIRRO: PARANOÁ	
MUNICÍPIO: GUAÍRA	
CEP: 14790-000	UF: SP
PÁGINA DA WEB:	
RESPONSÁVEL LEGAL: FRANCIENE LUCAS	
CPF: 22580666893	CONSELHO REGIONAL: COREN
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 30604	UF: SP
RESPONSÁVEL TÉCNICO: CARLA CAMPOS DO PRADO EVANGELISTA	
CPF: 28422349876	CONSELHO REGIONAL: CRF
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 29843	UF: SP
RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: LIVIA MARQUES DOS SANTOS	
CPF: 37981325854	CONSELHO REGIONAL: CRF
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 85707	UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUAÍRA  
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO  
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRÍ-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS  
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS  
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.  
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS  
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS  
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA  
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

GUAÍRA

LOCAL

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

08/02/2024

DATA DE DEFERIMENTO

AUTORIDADE

Genrado Gomes Ribeiro  
Agente Fiscalização Sanitária - CVSM  
Credencial: 3517406-0045

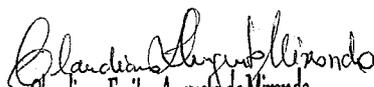
DATA DE CIÊNCIA

DATA DE CIÊNCIA

**RELATÓRIO DE FALTAS, LICENÇAS E DOENÇAS  
RELACIONADAS AO TRABALHO**

Especificação	MAIO 01/05/2024 a 30/05/2024
Faltas	02
Atestados Médicos	52
Licença Maternidade	02
Doenças relacionadas ao Trabalho	00
Licença Médica	11

Guairá-SP, 13 de Junho de 2024.

  
Claudiana Freitas Augusto de Miranda  
Encarregada de Recursos Humanos  
Santa Casa de Misericórdia de Guairá



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

A

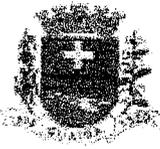
Secretaria de Saúde

Segue abaixo relação dos funcionários admitidos e demitidos para inclusão e exclusão no CNES.

Nome	Setor	Função	Admissão	Demissão
Fernanda Morais Nunes Barros	Enfermagem	Enfermeira	29/05/2024	-
Ana Carla de Andrade Nogueira	Enfermagem	Enfermeira	29/05/2024	-
Alexia Talita Vian Gianoni	Enfermagem	Técnico de Enfermagem	03/06/2024	-
Wagner Tavares da Silva	Enfermagem	Enfermeiro	05/06/2024	-
Antonio Carlos Caetano de Paula	Administrativo	Técnico de Segurança do Trabalho	-	08/05/2024

Guairá, 06 de Junho de 2024

  
Claudiana Freitas Augusto de Miranda  
Encarregada de Recursos Humanos  
Santa Casa de Misericórdia de Guairá



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária  
Prefeitura Municipal de GUAÍRA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 351740601-861-000010-1-5

DATA DE VALIDADE: 20/03/2025

Nº PROCESSO: 17406/065-1999

Nº PROTOCOLO: 17406/064-2024

DATA DO PROTOCOLO: 16/02/2024

SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8610-1/01 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO

DETALHE: 001 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: AGENCIA TRANSFUSIONAL

CNPJ / CPF: 48.341.283/0001-61

LOGRADOURO: Rua 24

NÚMERO: 872

COMPLEMENTO:

BAIRRO: PARANOÁ

MUNICÍPIO: GUAÍRA

CEP: 14790-000

UF: SP

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: FRANCIENE LUCAS

CPF: 22580666893

CONSELHO REGIONAL: COREN

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 30604

UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: WILLIAM SANTOS ZEME

CPF: 30519260864

CONSELHO REGIONAL: CRM

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 167709

UF: SP

# LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 351740601-861-000010-1-5

DATA DE VALIDADE: 20/03/2025

## SERVIÇOS ALBERGADOS

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS DO Nº CEVS DO ESTABELECIMENTO AO QUAL ESTÁ VINCULADO:

ATIVIDADE DE CLÍNICA MÉDICA  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)  
INTERNAÇÃO - ADULTO  
INTERNAÇÃO - OBSTÉTRICA (MATERNIDADE)  
INTERNAÇÃO - PEDIÁTRICA  
LACTÁRIO  
LAVANDERIA - SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPA HOSPITALAR  
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS  
NEONATOLOGIA (BERÇÁRIO) - NORMAL  
REMOÇÃO DE PACIENTES  
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND  
SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA

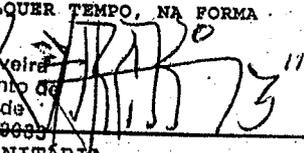
(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUAÍRA  
ONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO  
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRÍ-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS  
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS  
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.  
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS  
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS  
CORRESPONDENTES QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA  
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

GUAÍRA

LOCAL

20/03/2024

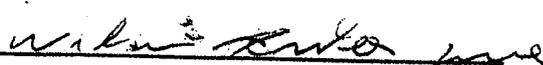
DATA DE DEFERIMENTO

Wilker Gleria de Oliveira  
Chefe do Departamento de  
Vigilância em Saúde  
Credencial 3517406-0003  
  
AUTORIDADE SANITÁRIA

IDENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

DATA DE CIÊNCIA

  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

3/04/2024  
DATA DE CIÊNCIA



## Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

### Procedimento Operacional Padrão- POP Lactário

Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

Nutrição 2023

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO- POP LACTÁRIO	
Atualizado em: 22/02/2023	POP- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	Conferido por: ISABELA GARCIA FALEIROS



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO- POP NUTRIÇÃO	
TÍTULO: Higienização de freezer e geladeira	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 02/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Manter organizado, limpo e sem contaminações.
- 2- **Execução da Tarefa:** Todos manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Material Necessário:**
  - Esponja dupla face;
  - Detergente;
  - Pano descartável tipo Perfex;
  - Álcool a 70°.
- 4- **Procedimentos:**
  - Desligar o equipamento da força;
  - Retirar todos os alimentos e deixa-la descongelar;
  - Colocar os alimentos em outro equipamento de refrigeração/congelamento.
  - Aguardar descongelamento total ;
  - Ensaboar com a dupla face a parte interna e externa, utilizando o lado macio da esponja;
  - Enxaguar com água corrente a parte interna e a parte externa passar o pano úmido descartável;
  - Secar com o papel descartável inter folha;
  - Borrifar o álcool 70° ppm
  - Ligar o equipamento na energia e aguardar 10min;
  - Recolocar os alimentos.
- 5- **Frequencia:** Geladeira- Quinzenal e Freezer- Quinzenal , ou de acordo com a necessidade.
- 6- **Epis necessários:** Botas de borracha, avental, luvas de látex.
- 7- **Observações:** Ficar atento com a água no motor.



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

TÍTULO: Higienização janelas, paredes, portas, telas, forros, maçanetas, Luminárias, interruptores e tomadas.	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 03/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Retirar sujidades do local, remover gordura acumulada, poeira e higienizar.
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição.
- 3- **Material necessário:**
  - Esponja dupla face;
  - Detergente;
  - Pano descartável;
  - Balde;
  - Álcool 70°ppm ;
  - Água corrente;
  - Escada.
- 4- **Procedimentos:**
  - Água e sabão em um balde;
  - Esfregar com a bucha dupla face do lado verde;
  - Enxaguar com água corrente;
  - Esperar 30 minutos para secagem natural;
  - Retirar o excesso de água com pano descartável;
  - Borrifar álcool 70° nas superfícies;
  - Utilizar a escada para alcançar lugares mais altos.
- 5- **Frequência:** Mensal.
- 6- **Epis Necessário:** Bota de borracha, luva de látex e avental impermeável.
- 7- **Observações:** Limpar cuidadosamente equipamentos ligados a energia e ter cuidado com a escada.



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

TÍTULO: Higienização pias e bancadas.	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 04/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Higienizar para controle microbiológico e evitar a contaminação cruzada dos alimentos.
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Lactarista).
- 3- **Material necessário:**
  - Bucha dupla face;
  - Álcool 70°;
  - Detergente;
  - Papel Toalha Inter Folha;
  - Pano Descartável.
- 4- **Procedimentos:**
  - Ensaboar a bancada e pias;
  - Retirar a espuma com o pano descartável;
  - Borrifar o álcool 70° sobre as bancadas;
  - Espalhar com o papel toalha interfolha.
- 5- **Frequência:** Diário.
- 6- **Epis necessário:** Luva de vinil.

**Observações:** Necessária para livrar da contaminação microbiológica.



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

TÍTULO: Conferência e Distribuição dieta enteral	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 05/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Orientar funcionários do Setor Enteral e Lactário quanto à verificação visual de dieta enteral.
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Definição:** Nutrição Enteral industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração juntamente com a bomba de infusão para dieta.
- 4- **Procedimentos:**
  - Higienizar e sanitizar as mãos e antebraços ;
  - Paramentar-se com Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado para a atividade a ser exercida (capote, máscara e touca);
  - Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e armazenamento;
  - Integridade da embalagem e rótulo: no recebimento, as dietas devem estar com embalagem lacrada e rótulo com identificação do paciente, não poderá estar riscado ou alterado a caneta;
  - Validade do produto: não pode estar vencido;
  - Odor Característico;
  - Coloração adequada: característica do produto;
  - Densidade (textura): a depender do produto;
  - Aspecto uniforme (homogêneo, não ocorrendo separação de fases);
  - Fazer a entrega da dieta ao andar e setores responsáveis pela administração do produto.

**Frequência:** Diária ou de acordo com o uso.
- 5- **Epis necessário:** Luva de látex para limpeza
- 6- **Observações:** -



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

<b>TÍTULO: Preparo de Suplemento de proteína</b>	<b>CÓDIGO: POP</b>
<b>EDIÇÃO: 01</b>	<b>PAGINA: 06/10</b>
<b>ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES</b>	<b>DATA: 22/02/2024</b>

- 1- **Objetivo:** Realizar a suplementação de proteína de acordo com avaliação antropométrica do paciente.
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição em específico a lactarista do dia.
- 3- **Material necessário:**
  - Água quente fervida;
  - Suplemento Fresubin Protein;
  - Copo de medida;
  - Colher em Inox;
  - Frascos de Sonda;
  - Luvas de Látex;
  - Máscara Nasobucal;
- 4- **Procedimentos:**
  - Higienizar as mãos e todas as bancadas com detergente neutro, bucha dupla face e álcool 70°ppm;
  - Antes de abrir o higienizar com papel toalha e álcool 70°ppm;
  - Inserir as luvas e a máscara e começar a produção;
  - **Inserir 150 ml de água e as medidas específica do suplemento no copo de medida;**
  - **Agitar com a colher dissolvendo o suplemento;**
  - Esperar a espuma abaixar;
  - Colocar o suplemento no frasco;
  - Levar ao leito do paciente;
  - Colocar todos os utensílios usados em solução clorada por 20min, após higienizar com bucha dupla face e detergente neutro e deixar a secar naturalmente.
- 5- **Frequência:** Sempre que for solicitado de acordo com a necessidade do paciente.
- 6- **Epis necessários:** Luva de látex, máscaras nasobucal descartável e avental.
- 7- **Observações:**
  - Não conversar na hora da manipulação;
  - Tomar cuidado com o risco microbiológico;
  - Manter o ambiente higienizado e limpo.



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

TÍTULO: Higienização das Mamadeiras	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 07/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Fazer higienização de mamadeiras, preparo de ingredientes para levar até o berçário.
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Materiais necessário:**
  - Mamadeiras;
  - Água quente fervida;
  - Saco plásticos tipo BD;
  - Seladora;
  - Garrafas de água térmica;
  - Esponja dupla face;
  - Detergente
- 4- **Procedimentos:**
  - Recolher as chuquinhas do berçário pela manhã;
  - Lavar todas as mamadeiras e chuquinhas com lavador de mamadeiras, a esponja e detergente;
  - Coloca-las em solução clorada por 20 min e enxagua-las em água corrente;
  - Colocar a água no caldeirão para ferver;
  - Quando começar a ferver colocar as mamadeiras e chuquinhas;
  - Aguardar por 15 minutos;
  - Desligar o fogão;
  - Esperar a água mornar;
  - Coloca-las sobre o escorredor e deixa-las secar naturalmente;
  - Borrifar álcool 70°ppm
  - Pegar o sacos BD e embalar cada mamadeira;
  - Entregar no berçário as mamadeiras embaladas, garrafa térmica com água quente e quando estiver acabando levar um Nan Comfort para preparar o leite.
- 5- **Epis necessários:** Pegador, luva térmica, avental, luva de latex e bota de borracha.
- 6- **Frequência:** Diariamente;
- 7- **Observações:** Cuidado no controle biológico de microrganismo no preparo.



## Santa Casa de Misericórdia de Guaira

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

TÍTULO: Higiene e Saúde dos Manipuladores.	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 08/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Manter organizado o ambiente de trabalho e se não riscos microbiológicos que podem passar no contato com o alimento.
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Material Necessário:**
  - Água Corrente;
  - Sabonete;
  - Sabonete Líquido Anti - Septico;
  - Esponja para banho;
  - Álcool em Gel;
  - Toalha de banho;
  - Papel Toalha;
  - Shampoo e Condicionador;
- 4- **Procedimentos:**
  - Exames periódicos (fezes – coprocultura para pesquisa de portadores de Salmonella e Shigella; coproparasitológico para pesquisa de protozoários e helmintos; sangue – hemograma para avaliação de anemia, infecção aguda ou crônica; VRDL para pesquisa de sífilis; urina – para pesquisa de infecção urinária sub-clínica).
  - Higiene das mãos:**
    - Umedecer as mãos e antebraços com água corrente até a altura do cotovelo;
    - Esfregar a palma e o dorso das mãos com o sabonete, inclusive as unhas e os espaços entre os dedos por aproximadamente 15 segundos;
    - Enxaguar bem em água corrente retirando todo o sabonete;
    - Secar com papel toalha. 5. Friccionar com anti-séptico;
  - Higiene Pessoal**
    - Sempre tomar banho;
    - Uniformes só dentro da cozinha;
    - Uso de toucas;
    - Sem adornos;
    - Sem barbas e odores fortes;
    - Sem unhas com esmaltes e grandes.
- 5- **Frequência:** Quando chegar ao trabalho;  
**DEPOIS DE:**
  - Utilizar o sanitário
  - Tossir, espirrar ou assoar o nariz.



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

- Usar esfregões, panos e materiais de limpeza.
- Fumar.
- Recolher lixo ou outros resíduos.
- Tocar em sacarias, caixas, garrafas e sapatos, tocar em dinheiro.
- Qualquer interrupção do serviço, especialmente entre alimentos cozidos e crus.

ANTES DE: - Iniciar um novo serviço.

- Tocar em utensílios higienizados. - Colocar luvas.

### SEMPRE QUE:

- Manipular alimentos ou as mãos estiverem sujas.

6- **Epis necessário:** -

7- **Observações:** Tomar cuidado na preparações de alimentos para controle biológico.



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

TÍTULO: Higiene Abastecimento D'Água	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 10/10
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 22/02/2024

- 1- **Objetivo:** Higienizar caixa d'água, para abastecimentos de diversas áreas do hospital;
- 2- **Execução da tarefa:** Auxiliar de Manutenção.
- 3- **Materiais necessário:**
  - Máquina de pressão de água,
  - Balde para retirada de água;
  - Água clorada;
  - Água corrente.
- 4- **Procedimentos:**
  - Esvasiar todas as caixas d'água;
  - Ensaboar com detergente e esfregão;
  - Enxaguar com a máquina de pressão;
  - Jogar a água clorada;
  - Enxague novamente com a máquina de pressão;
  - Tampa-la e guardar para enche-la.
- 5- **Epis necessário:** Bota de borracha e avental.
- 6- **Frequência:** Semestral.
- 7- **Observações:** A limpeza das caixas d'água auxilia contra a infecção de doenças parasitárias e microbiológicas.



**Santa Casa de Misericórdia de Guará**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guará (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guará, 22 de Maio de 2.024.

À Administração da  
Santa Casa de Misericórdia de Guará

Informo para devidos fins que a Reunião do Comitê Regional de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal no DRS 5- Barretos, referente ao mês de abril/2024, a ser realizada em 11/04/2024 foi cancelada.

Atenciosamente,

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP-ENF-102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

COREN-SP-ENF-102137



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Maio de 2024.

**Relatório Mensal de Parturientes SUS X Teste Rápido HIV,  
VDRL e TPHA – ABRIL 2.024**

Internações	Total	HIV realizados	VDRL realizados	TPHA realizados
Parturientes	26	26	26	0
Parturientes SUS	12	12	12	0

**Relatório Mensal de Notificação Compulsória de sífilis  
congênita e de gestantes HIV+ /crianças expostas-  
ABRIL 2.024**

Situação	Sífilis Congênita	Gestantes HIV+	Crianças expostas HIV
Total	0	0	0
Nº Notificação Compulsória	0	0	0

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP: 102137 - ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren – SP: 0102137

CENTRO CIRÚRGICO  
INDICADORES CIRURGIA LIMPA  
ABRIL 2024

**TOTAL ENTREVISTAS  
REALIZADAS: 84**

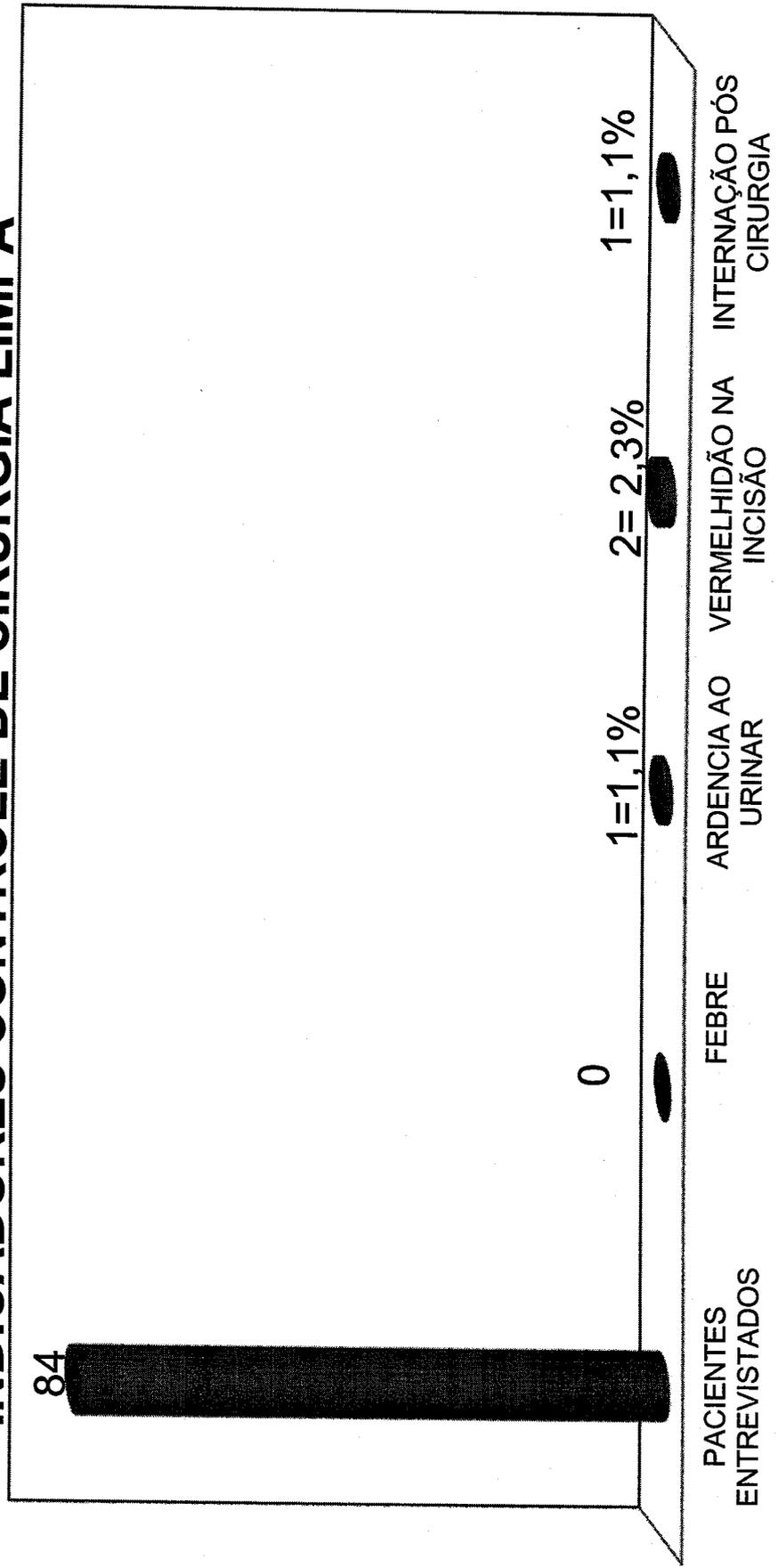
**FEBRE: 0**

**ARDÊNCIA AO URINAR: 1**

**VERMELHIDÃO NA INCISÃO:2**

**• INTERNAÇÃO PÓS CIRURGIA: 1**

# INDICADORES CONTROLE DE CIRURGIA LIMPA





GÓVERNO DO ESTADO DE  
SÃO PAULO

# RELATÓRIO OFERTADO / AGENDADO / REALIZADO - CONSULTA SIRESP

UNIDADE EXECUTANTE: SANTA CASA GUAIRA

10-06-2024 14:19

PERÍODO: 01-04-2024 à 30-04-2024

Especialidade	Ofertado	Agendado	Realizado		
			Presencial	Teleconsulta	Total
Anestesiologia	132	34	34	0	34
Cirurgia Eletiva - Avaliação Cirurgia Vascular Varizes	96	28	24	0	24
Cirurgia Eletiva - Avaliação Colectomia	87	32	31	0	31
Cirurgia Eletiva - Avaliação Ginecologia	47	20	17	0	17
Cirurgia Eletiva - Avaliação Hérnia	87	18	15	0	15
Cirurgia Eletiva - Avaliação Ortopedia	140	2	2	0	2
Cirurgia Eletiva - Avaliação Ortopedia Joelho	110	4	4	0	4
Cirurgia Eletiva - Avaliação Urologia Vasectomia	60	20	17	0	17
<b>Total</b>	<b>759</b>	<b>158</b>	<b>144</b>	<b>0</b>	<b>144</b>

UNIDADE EXECUTANTE: SANTA CASA GUAIRA

10-06-2024 14:19

PERÍODO: 01-04-2024 à 30-04-2024

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
CATARATA	10	10	8
CATARATA	16	15	13
CE040602 - CIRURGIA ELETIVA VARIZES - MUTIRAO DA SAUDE	16	11	11
CE040703 - CIRURGIA ELETIVA COLECISTECTOMIA - MULTIRAO DE SAUDE	44	13	13
CE040704 - CIRURGIA ELETIVA HERNIA - MUTIRAO DA SAUDE	21	6	6
CE040801 - CIRURGIA ELETIVA CINTURA ESCAPULAR - MUTIRAO DA SAUDE	44	1	1
CE040805 - CIRURGIA ELETIVA ORTOPEDIA JOELHO 2- MUTIRAO DA SAUDE	22	3	3
CE040906 - CIRURGIA ELETIVA GINECOLOGIA - MUTIRAO DA SAUDE	25	9	9
CIRURGIA ELETIVA - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	4	1	1
DENSITOMETRIA OSSEA - EXTERNO	60	26	22
ECOCARDIOGRAMA - EXTERNO	40	40	39
TESTE ERGOMETRICO - EXTERNO	3	3	3
TOMOGRAFIA - EXTERNO	370	370	333
US DOPPLER - EXTERNO	34	34	24
US GERAL - EXTERNO	1.192	1.059	877
<b>Total</b>	<b>1.901</b>	<b>1.601</b>	<b>1.363</b>

CNES.....:207841-4  
ESFERA ADM.....:PRIVADO  
CPF DIR. CLÍNICO:619.649.566-68  
TELEFONE.....:1733327000

<u>Nº LOTE</u>	<u>QUANTIDADE</u>	<u>ESPECIALIDADE</u>
00000001	132	01-CIRURGICO
00000002	16	02-OBSTETRICOS
00000003	70	03-CLINICOS
00000004	12	07-PEDIATRICOS
<b>Total QTD:</b>	<b>230</b>	

Assinatura:

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

Hora: \_\_\_:\_\_\_

Reservado à Secretaria

Motivo:

- ( ) Fora do Prazo
- ( ) Falta de Etiqueta
- ( ) Defeito Físico
- ( ) Bloqueado
- ( ) Cancelado / Não Cadastrado
- ( ) Inconsistência
- ( ) Divergência Conteúdo
- ( ) Processo OK

Integrado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura:

Matrícula:

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

Hora: \_\_\_:\_\_\_



Guaíra/SP, 21 de Maio de 2024.

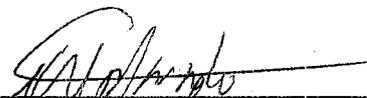
**UAC - Unidade de Avaliação e Controle**  
**Pagamento do Faturamento do SIA e SIHD**

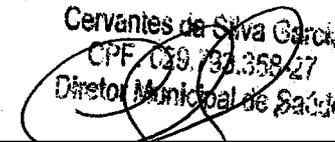
**COMPETÊNCIA: 04/2024**  
**APRESENTAÇÃO: 05/2024**

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA		Físico	Valor Faturado
Procedimento	Descrição		
<b>Pagamento do SIH2 CNES DO HOSPITAL - Serviços Hospitalares.</b>		<b>230</b>	<b>R\$ 324.892,92</b>
	Internações hospitalares (MAC) - Total	186	R\$ 288.331,36
	Cirurgias Eletivas Resolução SS-12	44	R\$ 36.561,56
<b>02.01</b>	<b>Coleta de material</b>		<b>R\$ 0,00</b>
02.01.01.056-9	Biopsia/Exeresse de nódulo de mama	0	R\$ 0,00
<b>02.03</b>	<b>Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica</b>		<b>R\$ 0,00</b>
02.03.02.003-0	Exame Anatomo-Patológico	0	R\$ 0,00
<b>02.04</b>	<b>Diagnóstico por radiologia</b>	<b>1.163</b>	<b>R\$ 10.486,02</b>
02.04	Diagnóstico por radiologia	1.143	R\$ 9.384,02
02.04.06.002-8	Densitometria óssea	20	R\$ 1.102,00
<b>02.05</b>	<b>Diagnóstico por Ultrassonografia</b>	<b>941</b>	<b>R\$ 28.742,73</b>
02.05.02	Ultrassonografia dos demais sistemas	822	R\$ 22.956,45
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	81	R\$ 3.207,60
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de fluxo obstétrico	0	R\$ 0,00
02.05.01.003-2	Ecocardiograma	38	R\$ 2.578,68
<b>02.06</b>	<b>Diagnóstico por Tomografia</b>	<b>288</b>	<b>R\$ 31.067,39</b>
02.06.01.001-0	TC Coluna Cervical c/ ou s/ contraste	23	R\$ 1.995,48
02.06.01.002-8	TC Coluna Lombo-sacra c/ ou s/ contraste	54	R\$ 5.459,40
02.06.01.003-6	TC Coluna Torácica c/ ou s/ contraste	16	R\$ 1.388,16
02.06.01.004-4	TC Face/seios da face/articulações temporo-mandibulares	5	R\$ 433,75
02.06.01.005-2	TC Pescoço	5	R\$ 433,75
02.06.01.006-0	TC Sela Túrsica	0	R\$ 0,00
02.06.01.007-9	TC Crânio	92	R\$ 8.964,48
02.06.02.001-5	TC Articulações de membro superior	2	R\$ 173,50
02.06.02.002-3	TC Segmentos apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	2	R\$ 173,50
02.06.02.003-1	TC Tórax	15	R\$ 2.046,15
02.06.03.001-0	TC Abdomen superior	35	R\$ 4.852,05
02.06.03.002-9	TC Articulações de membro inferior	5	R\$ 433,75
02.06.03.003-7	TC Pelve/bacia/abdomen inferior	34	R\$ 4.713,42
<b>02.09</b>	<b>Diagnóstico por Endoscopia</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	0	R\$ 0,00
02.09.01.002-9	Colonoscopia	0	R\$ 0,00



<b>02.11</b>	<b>Métodos diagnósticos em especialidades</b>	<b>90</b>	<b>R\$ 931,83</b>
02.11.02.006-0	Teste de esforço/teste ergométrico	3	R\$ 90,00
02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em virgília c/ com s/ foto-estímulo ( EEG)	72	R\$ 816,48
02.11.07.014-9	Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)	0	R\$ 0,00
02.11.07.042-4	Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (reteste da orelhinha)	0	R\$ 0,00
02.11.08.005-5	Espirografia ou prova de função pulmonar completa com bronco	0	R\$ 0,00
02.11.04.006-1	Tacocardiografia ante-parto	15	R\$ 25,35
<b>03.01.01</b>	<b>Consultas médicas/ outros profissionais de nível superior</b>	<b>3.304</b>	<b>R\$ 33.040,00</b>
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	3.304	R\$ 33.040,00
03.01.06.010-0	Atend. ortopédico com imobilização provisória	18	R\$ 234,00
<b>03.03.09</b>	<b>Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>	<b>13</b>	<b>R\$ 73,19</b>
03.03.09.003-0	Infiltração de substâncias em cavidade sinovial	13	R\$ 73,19
03.03.09.007-3	Revisão com troca de aparelho gessado em membro inferior	0	R\$ 0,00
03.03.09.009-0	Revisão com troca de aparelho gessado em membro superior	0	R\$ 0,00
03.03.09.020-0	Tratamento conservador de fratura em membro inferior c/ imobilização	0	R\$ 0,00
03.03.09.022-7	Tratamento conservador de fratura em membro superior c/ imobilização	0	R\$ 0,00
<b>03.09</b>	<b>Procedimento FAEC</b>	<b>10</b>	<b>R\$ 3.007,80</b>
03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos M. Inferiores (Unilateral)	10	R\$ 3.007,80
03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos M. Inferiores (Bilateral)	0	R\$ 0,00
<b>04.01</b>	<b>Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa</b>	<b>25</b>	<b>R\$ 332,14</b>
04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	0	R\$ 0,00
04.01.01.007-4	Exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceo/lipoma	7	R\$ 87,22
04.01.01.008-0	Frenectomia/Frenotomia	0	R\$ 0,00
04.01.01.009-0	Fulguração/Cauterização Química de lesões Cutâneas	14	R\$ 165,76
04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	4	R\$ 79,16
<b>04.03</b>	<b>Cirurgia do sistema nervoso central e periférico</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.04</b>	<b>Cirurgia das vias aéreas superiores da face ,da cabeça e do pescoço</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.05</b>	<b>Cirurgia do aparelho da visão</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.06</b>	<b>Cirurgia do aparelho circulatório</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.07</b>	<b>Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.08</b>	<b>Cirurgia do sistema osteomuscular</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.09</b>	<b>Cirurgia do aparelho geniturinário</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
04.09.04.024-0	Vasectomia	0	R\$ 0,00
04.09.05.006-7	Plástica de Freio Balano-Prepucial	0	R\$ 0,00
04.09.05.008-3	Postectomia	0	R\$ 0,00
04.09.04.006-1	Exerese de Cisto Bolsa Escrotal	0	R\$ 0,00
04.09.06.009-7	Exerese de Polipo de utero	0	R\$ 0,00
<b>04.10</b>	<b>Cirurgia de mama</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.11</b>	<b>Cirurgia obstétrica</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.13</b>	<b>Cirurgia reparadora</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS SIA/SUS ...</b>			<b>R\$ 107.915,10</b>
<b>TOTAL SIA E SIHD ...</b>			<b>R\$ 432.808,02</b>

  
EDUARDO GUASTI MATSUMOTO  
UAC-FATURAMENTO

  
Cervantes da Silva Garcia  
CPF 039.730.358/27  
Diretor Municipal de Saúde  
CERVANTES DA SILVA GARCIA  
DIRETOR MUNICIPAL DE SAÚDE



### Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

## Indicadores Hospitalares de Internação

### Indicadores por Centro de Custo - Pac-Dia considerando Transferências e nº Internações

Altas Reais	-24H Reais	Óbito Reais	+24H Reais	Trans Reais	Total Reais	Total		Média		Mort Inst	% Inf Hosp	% Pac Dia	Total Pac.					
						Inter	Trans	Leito Dia	Parto Hosp.					% Ocup. Perm.	Media Giro	Rotat Geral		
5	0	0	0	5	5	0	5	0	0.17	0	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.48	5	
42	0	0	1	43	46	0	45	0	58	1.93	0	0.00	1.35	0.00	0.00	5.54	45	
158	0	0	4	162	170	11	183	20	369	12.30	17	0	61.50	2.28	8.10	35.24	181	
70	2	3	0	75	93	15	89	16	309	10.30	0	0	64.38	4.12	4.69	29.51	88	
8	0	0	0	8	13	2	13	2	26	0.87	0	0	43.33	3.25	4.00	2.48	11	
34	0	0	0	34	41	5	43	0	58	1.93	1	0	0.00	1.71	0.00	5.54	43	
13	1	3	1	18	31	8	28	10	222	7.40	0	0	74.00	12.33	1.80	21.20	29	
<b>330</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>345</b>	<b>399</b>	<b>41</b>	<b>406</b>	<b>48</b>	<b>1047</b>	<b>34.90</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>72.71</b>	<b>3.03</b>	<b>7.19</b>	<b>2.61</b>	<b>100.0</b>	<b>402</b>

### FILTROS SELECIONADOS

Período Seleccionado: de 01/04/2024 até 30/04/2024

Censo: SIM  
 Categoria: TODAS  
 Unidade: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA  
 Sexo: TODOS  
 Caráter: ELETIVO e URGÊNCIA  
 Centro de Custo: TODOS  
 Convênios: TODOS  
 Tipos de Serviço: TODOS  
 Especialidades: TODOS  
 Total de Leitos: Desconsidera leitos marcados com LEITODIA='N' (não afeta cálculo do Leito-Dia)

### LEGENDA DOS INDICADORES

LEITO DIA: Número total de diárias disponíveis no período.  
 PACIENTE DIA: Número total de dias de internação de todos pacientes por período.  
 MÉDIA DE PACIENTE DIA: Número médio de pacientes internados no hospital por dia.

75



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

### Indicadores Hospitalares de Internação

#### Indicadores por Centro de Custo - Pac-Dia considerando Transferências e nº Internações

Altas Reais	Óbito	Trans	Total	TOTAL	Trans	TOTAL	Total	Leito	Pac.	Dia	Total	Infec	%	Media	Giro	Morta	Mort	%Inf Hosp	%Pac Dia	Total	
																					Reais
MÉDIA DE PERMANÊNCIA: Número médio de dias que um paciente fica internado.																					
GIRO DE ROTATIVIDADE: Número médio de paciente que passaram por um leito no período.																					

CONVOCADOS	CARGO
Alana Garcia Leal Lellis	Enfermeira Segurança do Paciente
Edmara Cândida Tavares	Coord. Enfermagem
Dinamar Tuissi	Escriturária
Claudiana Freitas Augusto	Recursos Humanos
Gabrieli Bento da Silva	Banco de Sangue
Janaína Beraldo	Enfermeira SCIH
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Ana Carolina M. Minoda	Enfermeira vigilância epidemiológica
Thiago Cesar Pardi	Médico infectologista SCIH
Carla Campos do Prado Evangelista	Farmacêutica
Marcela de Brito e Silva Hamamoto	Nutricionista
Monise Cristina Bento Quintanilha	Enfermeira Educação permanente
Fernanda Pavani Alves de Sousa	Enfermeira comissão óbito
Lidiani Carvalho dos Santos Araújo	Enfermeira UTI
Regina das Graças Leoncini da Silva	Escriturária
Lamy Tamam Akssen Pinheiro	Enfermeira comissão Prontuário
Nadiego da Silva Santana de Freitas	Ouvidoria

## II – PAUTA

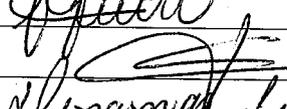
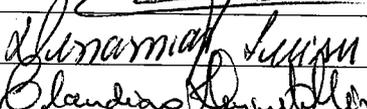
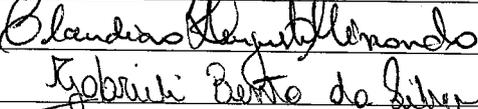
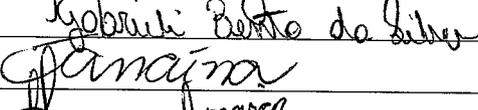
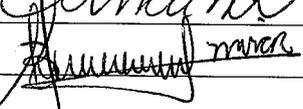
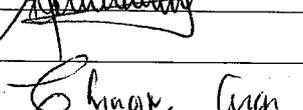
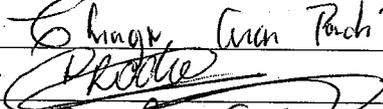
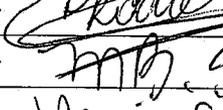
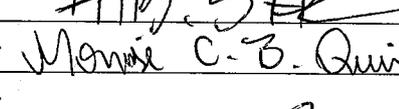
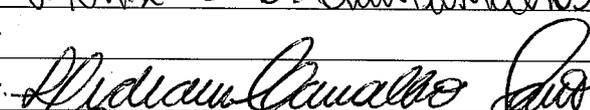
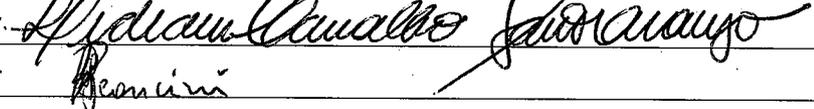
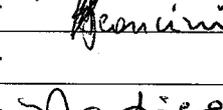
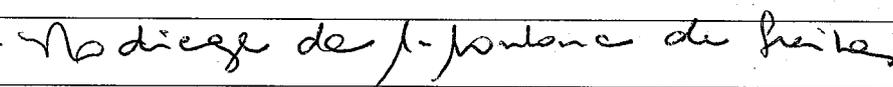
- Reforçar a importância da comissão para cada membro.
- Apresentação de Metas

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

- 1 Reunião para entrega de documentos da contratualização referente ao mês de Março.
- 2 Reforçando a responsabilidade de cada membro
- 3 Apresentação de Metas

	REUNIÃO	Data: 14/04/24	
	COMISSÃO INTERNA DE CONTRATUALIZAÇÃO	Reunião 2024	Pág: 2 de 2

**IV – ASSINATURA DOS PRESENTES**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	

## Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 28/05/2024

CNES: 2078414 Nome Fantasia: SANTA CASA DE GUAIRA CNPJ: 48.341.283/0001-61  
 Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA Natureza Jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
 Logradouro: RUA 24 Número: 872 Complemento: --  
 Bairro: PARANOA Município: 351740 - GUAIRA UF: SP  
 CEP: 14790-000 Telefone: (17)3332-7000 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0205  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Última atualização Nacional: 27/05/2024  
 Última atualização na base local: 25/04/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

## Equipamentos/Rejeitos

## Equipamentos

Equipamento:	Existente	Em uso	SUS
<b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>			
Mamografato com Comando Simples	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	1	1	SIM
Raio X com Fluoroscopia	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM

Raio X mais de 500mA	1	1	1	SIM
Raio X para Densitometria Ossea	1	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</b>				
Grupo Gerador	1	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA</b>				
Berço Aquecido	3	3	3	SIM
Bomba de Infusao	53	53	53	SIM
Desfibrilador	5	5	5	SIM
Equipamento de Fototerapia	2	2	2	SIM
Incubadora	4	4	4	SIM
MONITOR MULTIPARAMETRO	10	10	10	SIM
Marcapasso Temporario	1	1	1	SIM
Monitor de ECG	8	8	8	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	10	10	10	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	13	13	13	SIM
Respirador/Ventilador	16	16	16	SIM
<b>EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS</b>				
Eletrocardiografo	3	3	3	SIM

Eletroencefalografo	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS</b>			
Endoscopia Digestivo	1	1	SIM
Laparoscopia/Video	1	1	SIM
Microscopia Cirurgico	1	1	SIM
<b>OUTROS EQUIPAMENTOS</b>			
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	1	1	SIM
Aparelho de Eletroestimulacao	1	1	SIM
Bomba de Infusao de Hemoderivados	1	1	SIM
Equipamento para Hemodialise	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos	Coleta Seletiva de Rejeito		
RESIDUOS BIOLOGICOS			
RESIDUOS QUIMICOS			
RESIDUOS COMUNS			

<b>Hospitalar - Leitos</b>	Leitos Existentes	Leitos SUS
<b>COMPLEMENTAR</b>		
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
<b>ESPEC - CIRURGICO</b>		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	4	3
GASTROENTEROLOGIA	1	1
GINECOLOGIA	3	2
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	3	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
PLASTICA	1	0
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	3	2
CLINICA GERAL	20	16
HANSENOLOGIA	1	1
OBSTETRICO		
OBSTETRICA CIRURGICA	5	3
OBSTETRICA CLINICA	2	1
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	6	5

#### Profissionais

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ADRIANA APARECIDA DA SILVA	980016296664244		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ADRIANA CRISTINA BORGES LEITE	704805016791147		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ADRIANE CRISTINA VICENTINE RAFACHINE	700503192628650		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ADRIANO MOYSES CRISTINO	708603044928987		225112	MEDICO NEUROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	0	6
ADRIELE MENDES FERREIRA	701004866090491		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ADRIELI DE ALMEIDA GOMES	700502917377259		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
ALANA GARCIA LEAL LELIS	980016281877719		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ALIER CARLOS DE FREITAS	980016297563581		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	18	24
ALINE CRISTINA LOPES PEREIRA DA SILVA	700903909167191		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ALINE LUIZA DA SILVEIRA COSTA	980016288736207		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ALINE MACIEL DOS SANTOS LOPES	706008382547544		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ALINE MELO CALIGARIS	980016285724135		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
AMANDA BALDUINO GONCALVES	706807773282427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
AMANDA PAULINO GONCALVES	704008834555462		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA BEATRIZ FERNANDES	707402033084572		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
ANA CARLA D ALESSANDRA AUGUSTO	700803439384788		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANA CAROLINA DE MATOS MAGALHAES	700506653354758		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
ANA CAROLINA MIZUMOTO MINODA	207274643740009		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA LAURA BATTISTA OLIVEIRA	707403084567873		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA PAULA DA SILVA FERREIRA MENDES	980016005010102		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ANA PAULA DE SOUZA	980016276861079		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
ANDREA APARECIDA BORGES	980016297567684		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ANTONIO CARLOS CAETANO DE PAULA	700100974622714		214995	TECNOLOGO EM SEGURANCA DO TRABALHO	NAO	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
ANTONIO NOGUEIRA LELIS FILHO	700707971157779		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	48	48
ANTONIO SERAFIM GIANANTE	207274653380005		221205	BIOMEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
ARIANE MENDES DO CARMO	700009265371107		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ARTHUR EUGENIO DE CARVALHO BISINOTTO	704608686847228		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	4	6
ARTHUR EUGENIO DE CARVALHO BISINOTTO	704608686847228		225285	MEDICO UROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	4	6
BARBARA KOL DE LIMA	702008847082286		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
BEATRIZ IOLANDA MIRA RODRIGUES	700000061533801		252105	ADMINISTRADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
BIANCA DAMASCENO SANTANA	702400023540122		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULACAO	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
BRENER RODRIGUES DA SILVA	980016289642699		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

84

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
BRUNA LUIZA OLIVEIRA PIMENTA	708902712961317		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
CAMILA DANIELE LOPES JACOMINI	980016286046688		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CÂMILA SILVERIO ANTONIO	700001057132904		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
CARLA CAMPOS DO PRADO EVANGELISTA	708003886670422		223405	FARMACEUTICO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
CARLOS ROBERTO SILVA JUNIOR	700008470283303		225125	MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIAD O	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	0	36	36
CAROLINA DUTRA OLIVEIRA	708701153399494		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
CAROLINE CAMPOS CLEMENTE	704303589027392		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
CAROLINE CRISTINA MALTA	700006936275502		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
CAROLINI DE CASSIA JORGE MARQUES	709803054121799		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
CINTIA VIEIRA DE SOUSA	700002159879600		521130	ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CLAUDIANA FREITAS AUGUSTO	700207476973324		142205	GERENTE DE RECURSOS HUMANOS	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
CLAUDINEIA MARQUES DE SOUSA	704007878780967		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
DAIANA APARECIDA DA SILVA	704605632967427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
DAIANE CRISTINA DE SOUSA MONTEIRO	700908988588092		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
DAILA MARA DE OLIVEIRA NOBRE	700107951795414		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

85

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
DANIELI DE CAMPOS RUFINO	700507939882855		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
DANUBIA MARQUES DA SILVA	703005821391678		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
DARA GARCIA VILELA	705008668585350		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
DARLENE MARTINS MARIANO TIAGO	705600421228113		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
DENISE MADALOSI DIAS CUNHA	705008208268252		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
DINAMAR TUISSI PINTO	704100776177180		413115	AUXILIAR DE FATURAMENTO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
EDER GIROLAMO	704001390966264		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
EDINEA APARECIDA DOS SANTOS	704201241586182		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EDMARA CANDIDA TAVARES	980016277658722		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	10	26	36
EDNEI JUNIOR DE OLIVEIRA DOS SANTOS	709202292139436		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
EDUARDA PARO	705409427487196		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
EDVALDO MIGUEL EVARINI	705107411535170		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EDVALDO MIGUEL EVARINI	705107411535170		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
ELAINE CRISTINA ARQUIMAN	708004359486529		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	NÃO	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ELIANE CRISTINA MAZZARON	704605688879329		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

Nome	ONS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ELIZANGELA DOS SANTOS RAMOS	702400079041229		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ELVIS MARTINS PEREZ	701401665321732		517410	PORTEIRO DE EDIFICIOS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EMANUELA AFONSO CESARIO	980016293739286		225133	MEDICO PSQUIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	0	4
ERICA APARECIDA GONCALVES	980016285724143		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
EJURICO MARIANO DE SOUZA FILHO	709208270350733		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EJURICO MARIANO DE SOUZA FILHO	709208270350733		225203	MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EVERTON DOS SANTOS DA COSTA	705402441360193		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	13	25
FABIANA APARECIDA DUTRA MENDES	980016004440901		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
FATIMA GALANTI SILVA	705007055203150		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULACAO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FERNANDA JABUR	704203242468584		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	30	30
FERNANDA PAVANI ALVES DE SOUSA	700502707563250		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FERNANDO LUIZ MENDES	706200056375966		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	4	20	24
FLAVIO MATEUS MACHERONI DE CARVALHO	703409446878700		225112	MEDICO NEUROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	5	1	6
FLAVIO MATEUS MACHERONI DE CARVALHO	703409446878700		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	3	7	10
FLAVIO MATEUS MACHERONI DE CARVALHO	703409446878700		225260	MEDICO NEUROCIURGIO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	8	10
FRANCIELE DA SILVA SANTOS	706502357465793		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

87

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
FRANCIELE RODRIGUES DIAS	702302176585419		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULAÇÃO	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GABRIEL ZAMPERLINI	700404592554750		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
GABRIEL ZAMPERLINI	700404592554750		225150	MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
GABRIELA DOMINGUES GUTIERREZ	702606732265941		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
GABRIELI BENTO DA SILVA	700802472217886		221205	BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
GABRIELI ROCHA DOS SANTOS	703600025761637		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GEIZE APARECIDA DOS SANTOS	706809759589423		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
GILVANIA CRISTINA MOREIRA	980016278544437		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
GISELE DE CARVALHO	7032066654280994		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	12	12
GISELE CRISTINA XAVIER MASCARINI	204464058030005		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GIULLIANO LOURES GUILMAR	702604239801341		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	4	6	10
GIULLIANO LOURES GUILMAR	702604239801341		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	4	10
GLEISON DA SILVEIRA SILVA	210170545270005		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GUILHERME PRADO LAERT	700005670541000		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	10	2	12
GUSTAVO BATISTA DA ROCHA	708600059318281		225285	MEDICO UROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	6	18
HELEN ARZAO MAGNANI	705601451462417		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36



Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
HILDA JOEBER GARCIA LUCAS	708605080876888		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
ISABELA CAROLINE FREITAS COLOMBINO	7078065655085415		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
ISABELLA GONCALVES PIERRI	700605959061464		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
ISABELLA GONCALVES PIERRI	700605959061464		225275	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	6	18
ISLAINE FERREIRA DE CARVALHO LADISLAU	700005219160200		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
IVAN SERGIO PETROVIC	700101819921690		225133	MEDICO PSQUIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	0	12
JANAINA ALVES DA SILVA RIBEIRO	700702978548671		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	36	36
JANAINA BERALDO DA SILVA SANTOS	980016278177984		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JANAINA DA SILVA	708200163527642		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	36	36
JAQUELINE ANDRADE SANTOS LEITAO	704501100506120		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
JAQUELINE CARDOSO DE ALMEIDA DA SILVA	980016285722256		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JAQUELINE VIEIRA DA SILVA	704003998127467		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JEFALE GONCALVES FELICIANO DOS SANTOS	700103872472090		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
JOANA D ARC DA COSTA	709009884922118		514320	FAXINEIRO	NÃO	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36

89



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**UNIDADE DE AVALIAÇÃO E CONTROLE**  
**CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**



Dados Operacionais

Inclusão

Alteração

Exclusão  23/04/2024

CNES

Nome Estabelecimento

**QUANTIDADE DE LEITOS POR ESPECIALIDADES**

Cirúrgicos			Clínicos		
	Existente	SUS		Existente	SUS
Buco Maxilo Facial	-	-	AIDS	-	-
Cardiologia	-	-	Cardiologia	-	-
Cirurgia Geral	-	-	Clínica Geral	04	04
Endocrinologia	-	-	Dermatologia	01	01
Gastroenterologia	-	-	Geriatria	-	-
Ginecologia	-	-	Hansenologia	01	01
Nefrologia / Urologia	-	-	Hematologia	02	01
Neurocirurgia	-	-	Nefrologia / Urologia	-	-
Oftalmologia	01	01	Neonatologia	03	02
Oncologia	-	-	Neurologia	-	-
Ortopedia / Traumatologia	-	-	Oncologia	-	-
Otorrinolaringologia	01	-	Pneumologia	-	-
Plástica	-	-	Saúde Mental	-	-
Torácica	-	-	Queimado Adulto	-	-
Transplante	-	-	Queimado Pediátrico	-	-
Queimado Adulto	-	-	<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>09</b>
Queimado Pediátrico	-	-			
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	Outras Especialidades		
				Existente	SUS
			Crônicos	-	-
			Psiquiatria	-	-
			Reabilitação	01	01
			Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	-	-
			Acolhimento Noturno	-	-
			<b>TOTAL</b>	<b>01</b>	<b>01</b>
Obstétricos			Pediátricos		
	Existente	SUS		Existente	SUS
Obstetrícia Clínica	-	-	Pediatria Clínica	04	03
Obstetrícia Cirúrgica	-	-	Pediatria Cirúrgica	03	02
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>05</b>
Hospital Dia					
	Existente	SUS			
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	-	-			
AIDS	-	-			
Fibrose Cística	-	-			
Intercorrência Pós-transplante	-	-			
Geriatria	-	-			
Saúde Mental	-	-			
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>			

Recebido em 23/04/24  
 Rose Rios

<p>Data, Assinatura e Carimbo do Cadastrador</p>	<p>Data, Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Estabelecimento</p> <p>CPF: 381.627.628-40</p> <p>Administradora</p>	<p>Data, Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS</p> <p align="right">90</p>
--	--	--



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
UNIDADE DE AVALIAÇÃO E CONTROLE  
CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE



Módulo Básico - Cadastro de Profissionais

Data: 03 / 04 / 2024

Dados operacionais

Inclusão  Alteração  Exclusão

CNES 2078414

Nome fantasia Santa Casa de Misericórdia de Guaiá

Dados do profissional

Nome Michele de Moraes

CPF 370.534.148-09

CNS 703.2016.3893.9593

PIS 26.7537.34200

RG 41.617.332-9

Órgão Emissor SSP/SP

Dt. Emissão 15/12/2006

Nome da mãe Celia Regina da Silva de Moraes

Nome do pai Cleandro de Moraes

Data de Nascimento 28/12/1987

Cor Branca

Sexo Feminino

Email

Dados residenciais

Endereço Rua 02

Número 1945

Complemento Casa

Bairro Portal do Sol

Município/UF Guaiá SP

CEP 14.790.000

Telefone 17.992406111

Vínculo com Estabelecimento

CBO/Ocupação 225133 médico pneumata

Carga horária semana Ambulatorial 20 Hospitalar - Outros -

Atendimento SUS  Sim  Não

Registro do Conselho 184.547

Órgão Emissor CRM

UF SP

Forma de contratação com o Estabelecimento:

Vínculo Empregatício:  Estatutário  Contratado por tempo de serviço ou tempo determinado  Celetista

Autônomo:  Pessoa Física  Pessoa Jurídica  Não se Aplica

CNPJ (se Pessoa Jurídica) 27.232.785.0001-84

Dt. de Entrada ou Saída 03/04/2024

Data, Assinatura e Carimbo do Cadastrador

Data, Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Estabelecimento

Data, Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

[Blank box for Cadastrador signature]

[Signature of Responsável pelo Estabelecimento]

[Blank box for Gestor Municipal do SUS signature]

RECEBIDO EM: 03/04/24



**Santa Casa de Misericórdias de Guairá**  
EMPRESA UN

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
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	...	...	...	...
51	...	...	...	...
52	...	...	...	...
53	...	...	...	...
54	...	...	...	...
55	...	...	...	...
56	...	...	...	...
57	...	...	...	...
58	...	...	...	...
59	...	...	...	...
60	...	...	...	...
61	...	...	...	...
62	...	...	...	...
63	...	...	...	...
64	...	...	...	...
65	...	...	...	...
66	...	...	...	...
67	...	...	...	...
68	...	...	...	...
69	...	...	...	...
70	...	...	...	...
71	...	...	...	...
72	...	...	...	...
73	...	...	...	...
74	...	...	...	...
75	...	...	...	...
76	...	...	...	...
77	...	...	...	...
78	...	...	...	...
79	...	...	...	...
80	...	...	...	...
81	...	...	...	...
82	...	...	...	...
83	...	...	...	...
84	...	...	...	...
85	...	...	...	...
86	...	...	...	...
87	...	...	...	...
88	...	...	...	...
89	...	...	...	...
90	...	...	...	...
91	...	...	...	...
92	...	...	...	...
93	...	...	...	...
94	...	...	...	...
95	...	...	...	...
96	...	...	...	...
97	...	...	...	...
98	...	...	...	...
99	...	...	...	...
100	...	...	...	...

*[Handwritten signature]*  
[Illegible text]



**Santa Casa de Misericórdias de Guairá**  
EMPRESA UN

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
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	...	...	...	...
51	...	...	...	...
52	...	...	...	...
53	...	...	...	...
54	...	...	...	...
55	...	...	...	...
56	...	...	...	...
57	...	...	...	...
58	...	...	...	...
59	...	...	...	...
60	...	...	...	...
61	...	...	...	...
62	...	...	...	...
63	...	...	...	...
64	...	...	...	...
65	...	...	...	...
66	...	...	...	...
67	...	...	...	...
68	...	...	...	...
69	...	...	...	...
70	...	...	...	...
71	...	...	...	...
72	...	...	...	...
73	...	...	...	...
74	...	...	...	...
75	...	...	...	...
76	...	...	...	...
77	...	...	...	...
78	...	...	...	...
79	...	...	...	...
80	...	...	...	...
81	...	...	...	...
82	...	...	...	...
83	...	...	...	...
84	...	...	...	...
85	...	...	...	...
86	...	...	...	...
87	...	...	...	...
88	...	...	...	...
89	...	...	...	...
90	...	...	...	...
91	...	...	...	...
92	...	...	...	...
93	...	...	...	...
94	...	...	...	...
95	...	...	...	...
96	...	...	...	...
97	...	...	...	...
98	...	...	...	...
99	...	...	...	...
100	...	...	...	...

*[Handwritten signature]*  
[Illegible text]

ESCALA DE RECORRIDOS: VINOZAS, INTERMEDIARIA

INDICADOR	UNIDAD	VALOR	UNIDAD	VALOR	INDICADOR	UNIDAD	VALOR	UNIDAD	VALOR
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Elaborado por: [Nombre]

...	...	...	...
...	...	...	...

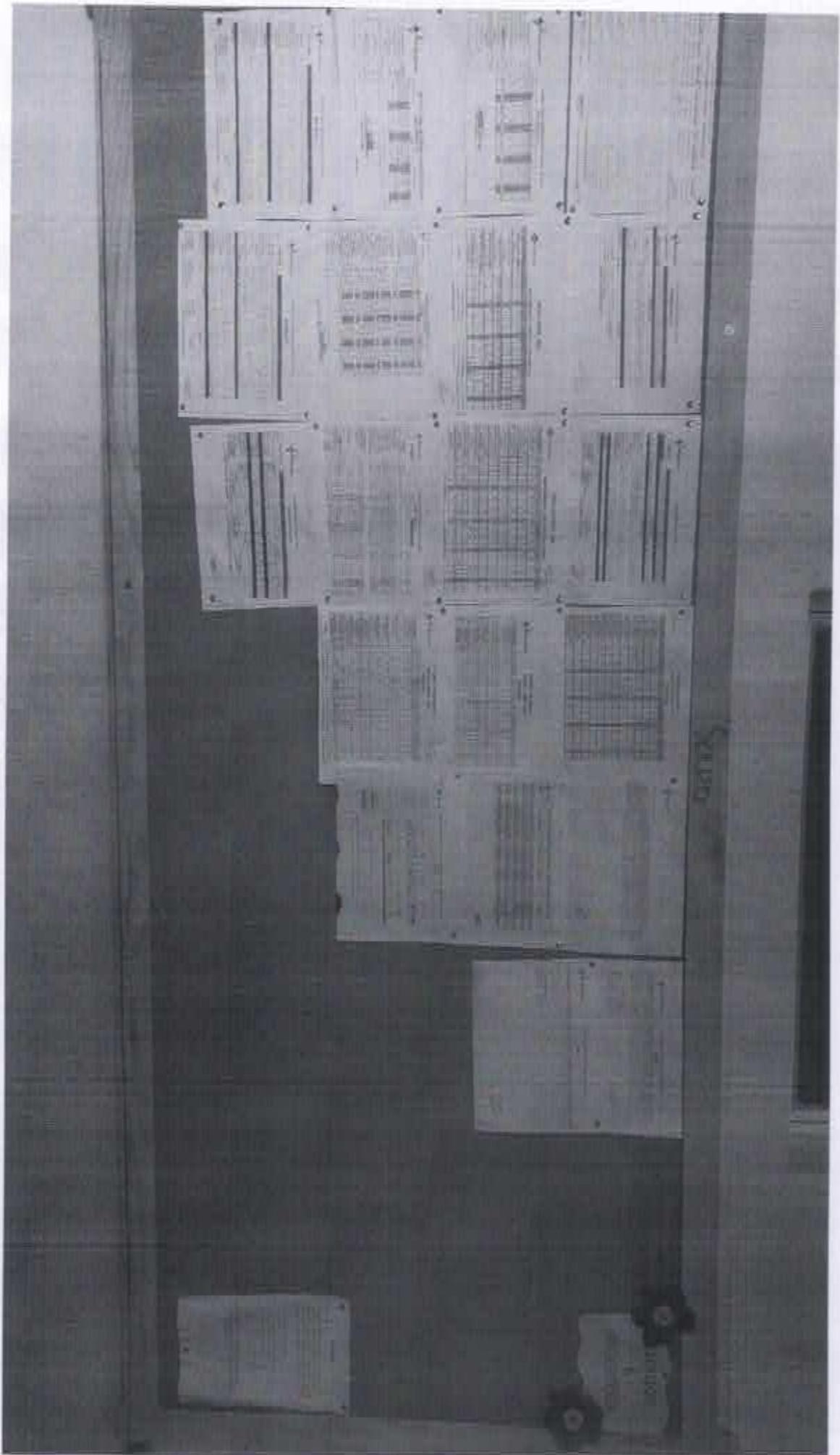
Santo Coto de Misericordia del Guayas  
(Municipio 03)

...	...	...	...
...	...	...	...

ESCALA ABRIL 2024

EMPERMEIROS - PRONTO ATENDIMIENTO

...	...	...	...
...	...	...	...






**San Carlos**  
 Municipalidad de San Carlos  
 Oficina de Planificación y Desarrollo

**Formulario de Registro de Asistencia a Escuelas**  
 Año 2024

**Nombre del Estudiante**  
 [Handwritten Name]

**Fecha de Nacimiento**  
 [Handwritten Date]

**Escuela**  
 [Handwritten School Name]

**Curso**  
 [Handwritten Course]

**Fecha**  
 [Handwritten Date]

Fecha	Presencia	Faltas	Observaciones
01/04/2024			
02/04/2024			
03/04/2024			
04/04/2024			
05/04/2024			
06/04/2024			
07/04/2024			
08/04/2024			
09/04/2024			
10/04/2024			
11/04/2024			
12/04/2024			
13/04/2024			
14/04/2024			
15/04/2024			
16/04/2024			
17/04/2024			
18/04/2024			
19/04/2024			
20/04/2024			
21/04/2024			
22/04/2024			
23/04/2024			
24/04/2024			
25/04/2024			
26/04/2024			
27/04/2024			
28/04/2024			
29/04/2024			
30/04/2024			

**Observaciones:**  
 [Handwritten notes]

**Firma del Docente**  
 [Handwritten Signature]

**Firma del Padre**  
 [Handwritten Signature]


**San Carlos**  
 Municipalidad de San Carlos  
 Oficina de Planificación y Desarrollo

**Formulario de Registro de Asistencia a Escuelas**  
 Año 2024

**Nombre del Estudiante**  
 [Handwritten Name]

**Fecha de Nacimiento**  
 [Handwritten Date]

**Escuela**  
 [Handwritten School Name]

**Curso**  
 [Handwritten Course]

**Fecha**  
 [Handwritten Date]

Fecha	Presencia	Faltas	Observaciones
01/04/2024			
02/04/2024			
03/04/2024			
04/04/2024			
05/04/2024			
06/04/2024			
07/04/2024			
08/04/2024			
09/04/2024			
10/04/2024			
11/04/2024			
12/04/2024			
13/04/2024			
14/04/2024			
15/04/2024			
16/04/2024			
17/04/2024			
18/04/2024			
19/04/2024			
20/04/2024			
21/04/2024			
22/04/2024			
23/04/2024			
24/04/2024			
25/04/2024			
26/04/2024			
27/04/2024			
28/04/2024			
29/04/2024			
30/04/2024			

**Observaciones:**  
 [Handwritten notes]

**Firma del Docente**  
 [Handwritten Signature]

**Firma del Padre**  
 [Handwritten Signature]


**San Carlos**  
 Municipalidad de San Carlos  
 Oficina de Planificación y Desarrollo

**Formulario de Registro de Asistencia a Escuelas**  
 Año 2024

**Nombre del Estudiante**  
 [Handwritten Name]

**Fecha de Nacimiento**  
 [Handwritten Date]

**Escuela**  
 [Handwritten School Name]

**Curso**  
 [Handwritten Course]

**Fecha**  
 [Handwritten Date]

Fecha	Presencia	Faltas	Observaciones
01/04/2024			
02/04/2024			
03/04/2024			
04/04/2024			
05/04/2024			
06/04/2024			
07/04/2024			
08/04/2024			
09/04/2024			
10/04/2024			
11/04/2024			
12/04/2024			
13/04/2024			
14/04/2024			
15/04/2024			
16/04/2024			
17/04/2024			
18/04/2024			
19/04/2024			
20/04/2024			
21/04/2024			
22/04/2024			
23/04/2024			
24/04/2024			
25/04/2024			
26/04/2024			
27/04/2024			
28/04/2024			
29/04/2024			
30/04/2024			

**Observaciones:**  
 [Handwritten notes]

**Firma del Docente**  
 [Handwritten Signature]

**Firma del Padre**  
 [Handwritten Signature]


**San Carlos**  
 Municipalidad de San Carlos  
 Oficina de Planificación y Desarrollo

**Formulario de Registro de Asistencia a Escuelas**  
 Año 2024

**Nombre del Estudiante**  
 [Handwritten Name]

**Fecha de Nacimiento**  
 [Handwritten Date]

**Escuela**  
 [Handwritten School Name]

**Curso**  
 [Handwritten Course]

**Fecha**  
 [Handwritten Date]

Fecha	Presencia	Faltas	Observaciones
01/04/2024			
02/04/2024			
03/04/2024			
04/04/2024			
05/04/2024			
06/04/2024			
07/04/2024			
08/04/2024			
09/04/2024			
10/04/2024			
11/04/2024			
12/04/2024			
13/04/2024			
14/04/2024			
15/04/2024			
16/04/2024			
17/04/2024			
18/04/2024			
19/04/2024			
20/04/2024			
21/04/2024			
22/04/2024			
23/04/2024			
24/04/2024			
25/04/2024			
26/04/2024			
27/04/2024			
28/04/2024			
29/04/2024			
30/04/2024			

**Observaciones:**  
 [Handwritten notes]

**Firma del Docente**  
 [Handwritten Signature]

**Firma del Padre**  
 [Handwritten Signature]





Via Rápida Empresa - VRE  
CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO INTEGRADO  
JUCESP - JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO  
Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo



Prefeitura do Município de Guairá

Governo do Estado de São Paulo

**É importante saber que:**

1. Todos os dados e declarações constantes deste documento são de responsabilidade do proprietário do estabelecimento.
2. Somente as atividades econômicas contidas neste comprovante têm o funcionamento autorizado.
3. Quaisquer alterações de dados e/ou de condições que determinem a inscrição nos órgãos e expedição deste documento implica a perda de sua validade e regularidade perante os órgãos, e obriga o empresário e/ou empresa jurídica a revalidar as informações e renovar sua solicitação.
4. Os órgãos envolvidos poderão a qualquer momento fiscalizar ou notificar o interessado a comprovar as restrições e/ou condições supramencionadas no documento, de forma que se não atendidas as notificações, poderá ter início procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.
5. As taxas devidas de cada órgão deverão ser recolhidas diretamente com os envolvidos e mantidas válidas durante todo o período de vigência do estabelecimento, de acordo com as regras definidas e especificadas pelo órgão.
6. Este documento foi emitido com base no artigo 7º, item 1 do Decreto Estadual 55.660, de 30 de março de 2010. Trata-se de um documento parcial, e que não produz os efeitos legais para a autorização do exercício das atividades econômicas nele contidas. Para obter o Certificado de Licenciamento, finalize as licenças dos órgãos integrados que ainda estão pendentes. Verifique a situação das licenças abaixo.

**DADOS DA SOLICITAÇÃO E VALIDADE DESTA DOCUMENTO:**

PROTOCOLO/NÚMERO	Nº SOLICITAÇÃO	DATA DA SOLICITAÇÃO	DATA DE VALIDADE
SPM2430076350	3110911	15/02/2024	16/02/2025

**DADOS DA EMPRESA**

<b>NOME EMPRESARIAL</b>	<b>CNPJ</b>
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA	48.341.283/0001-61
<b>NATUREZA JURÍDICA</b>	<b>Inscrição Municipal</b>
Associação Privada	083233003

**A EMPRESA TERÁ ESTABELECIMENTO?**

Sim

**FORMA DE ATUAÇÃO**

Estabelecimento Fixo

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO**

RUA 24, 872

JARDIM PAULISTA, Guairá - SP CEP: 14790000

**ÁREA DO ESTABELECIMENTO** 5273.85

**ÁREA DO IMÓVEL (ÁREA CONSTRUÍDA) (M<sup>2</sup>)** 4752.52

**ATIVIDADES ECONÔMICAS LICENCIADAS**

8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

8610102 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

98

**ATIVIDADES AUXILIARES LICENCIADAS**

Sede

**ANÁLISE DE VIABILIDADE****PARECER DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA****VÁLIDO PARA A INSCRIÇÃO MUNICIPAL DO IMÓVEL****DATA DE EMISSÃO:** 15/02/2024**TIPO DO IMÓVEL:** Número IPTU: 083233003**RESTRIÇÕES AO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE NO LOCAL INDICADO:****CNAE:**

8610-1/01-Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

**Atividade Estabelecimento:**

Sim

»

A Prefeitura poderá a qualquer momento notificar o interessado a comprovar as condições supramencionadas nas restrições de operação, de forma que se não atendida a notificação, poderá iniciar procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.

»

Atividade permitida, sendo que a construção, reforma, ampliação, diminuição ou demolição de área deverá obter o Certificado de Aprovação de Projeto e/ou Alvará de Construção, Reforma, Ampliação ou Demolição, exceto limpeza, construção de muros, troca de pisos e revestimentos, construção de abrigos provisórios e calçadas, nos termos da Lei nº 1.230/1982.

**CNAE:**

8610-1/02-Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

**Atividade Estabelecimento:**

Sim

»

A Prefeitura poderá a qualquer momento notificar o interessado a comprovar as condições supramencionadas nas restrições de operação, de forma que se não atendida a notificação, poderá iniciar procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.

»

Atividade permitida, sendo que a construção, reforma, ampliação, diminuição ou demolição de área deverá obter o Certificado de Aprovação de Projeto e/ou Alvará de Construção, Reforma, Ampliação ou Demolição, exceto limpeza, construção de muros, troca de pisos e revestimentos, construção de abrigos provisórios e calçadas, nos termos da Lei nº 1.230/1982.

**LICENCIAMENTO INTEGRADO****Secretaria de Estado da Saúde / Vigilância Sanitária**

O processo de licenciamento para este órgão não foi solicitado ou ainda está em andamento. É necessário que o interessado conclua o pedido.

**Secretaria de Estado da Segurança Pública / Corpo de Bombeiros**

O processo de licenciamento para este órgão não foi solicitado ou ainda está em andamento. É necessário que o interessado conclua o pedido.

**Secretaria do Meio Ambiente, Infraestrutura e Logística / CETESB**

O processo de licenciamento para este órgão não foi solicitado ou ainda está em andamento. É necessário que o interessado conclua o pedido.

**Secretaria da Agricultura / Coordenadoria de Defesa Agropecuária****DATA EMISSÃO****PROTOCOLO DE BAIXO RISCO****CNAE**

15/02/2024

99

Secretaria da Agricultura / Coordenadoria de Defesa Agropecuária

**FORAM ASSINADAS AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:**

» Declaro que as atividades que realizo para este protocolo não são de âmbito de gestão no sistema de Gestão de Defesa Anil e Vegetal (GEDAVE) pela Coordenadoria de Defesa Agropecuária (CDA) da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA).

Prefeitura de Guaíra

**PREFEITURA**

**DATA EMISSÃO**

**NÚMERO DE LICENÇA**

**VALIDADE**

16/02/2024

SPM2430076350

16/02/2025

DECLARACAO DE ENCERRAMENTO

100



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
 Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3532-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

		abr/24								
BPA I TOMOGRAFIAS			psf	p.soc	qtda					
	COLUNA CERVICAL C/ OUS/ CONTRASTE	020601001-0	23	4	27	86,76	2.342,52			
	COLUNA LOMBO-SACRA C/ OUS/ CONTRASTE	020601002-8	54	7	61	101,10	6.167,10			
	COLUNA TORACICA C/ OUS/ CONTRASTE	020601003-6	16	2	18	86,76	1.561,68			
	SEIOS DA FACE/ ARTIC. MANDIBULAR	020601004-4	5	7	12	86,75	1.041,00			
	PESCOÇO	020601005-2	5	1	6	86,75	520,50			
	SELA TURCICA	020601006-0	0	0	0	97,44	0,00			
	CRANIO	020601007-9	92	50	142	97,44	13.836,48			
	TORAX	020602003-1	15	7	22	136,41	3.001,02			
	HEMITORAX-PULMÃO OU MEDIASTINO	020602004-0	0	0	0	136,41	0,00			
	ABDOMEN SUPERIOR	020603001-0	35	35	70	138,63	9.704,10			
	ABDOMEN INFERIOR	020603003-7	34	38	72	138,63	9.981,36			
	ARTICULAÇÕES M.SUPERIOR	020602001-5	2	0	2	86,75	173,50			
	ARTICULAÇÕES M.INFERIOR	020603002-9	5	3	8	86,75	694,00			
	SEG.ARTC.-BRAÇO-ANTEB.-MAO-COXA-PERNA-PÉ	020602002-3	2	3	5	86,75	433,75			
	TOMOMIELOGRAFIA	020601008-7	0	0	0	138,63	0,00			
	<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>			<b>49.457,01</b>			
	<b>BPA I ULTRASSON</b>		<b>288</b>	<b>155</b>	<b>445</b>					
	DRº JOSE EDUARDO		<b>p.s.f</b>	<b>p.soc</b>	<b>qtda</b>					
	ABDOMEM TOTAL	020502004-6	135	4	139	37,95	5.275,05			
	ABDOMEM SUPERIOR	020502003-8	5	0	5	24,20	121,00			
	APARELHO URINARIO	020502005-4	57	0	57	24,20	1.379,40			
	TIROIDE	020502012-7	15	0	15	24,20	363,00			
	MAMARIA BILATERAL	020502009-7	37	0	37	24,20	895,40			
	BOLSA ESCROTAL	020502007-0	9	0	9	24,20	217,80			
	DOPPLER	020501004-0	57	2	59	39,60	2.336,40			
	TORAX	020502013-5	1	0	1	24,20	24,20			

TOTAL					316	6	322		10.612,25
DRº EURICO				p.s.f					
DOPPLER			020501004-0				24	39,60	950,40
DRº JORGE SUGIMOYO	225320			p.s.f		p.soc			
ABDOME TOTAL			020502004-6		0	1	1	37,95	37,95
TOTAL									37,95
DRº PAULO 207274647300003				p.s.f		p.soc			
OBSTETRICO			020502014-3		82	6	88	24,20	2.129,60
PELVICO GINECOLOGICO			020502016-0		25	0	25	24,20	605,00
TOTAL					107	6	113		2.734,60
DRº LUIZ REIS 207274649780002	225320			psf		p.soc	qtda		
OBSTETRICO			020502014-3		7	0	7	24,20	169,40
PELVICO GINECOLOGICO			020502016-0		4	0	4	24,20	96,80
TOTAL					11	0	11		266,20
ESCLEROSE	225225			qtda					
ENDOSCOPIA	BPAI		030907001-5		10	300,78		3.007,80	
COLONOSCOPIA	BPAI		020901003-7		0	48,16		0,00	
ECOCARDIOGRAMA	BPAI		020901002-9		0	40,78		0,00	
RETESTE DA ORELHINHA	BPAI		020501003-2		38	67,86		2.578,68	
EXERESE NODULO MAMA	BPAI		021107042-4		0	13,51		0,00	
DENSITOMETRIA	BPAI		020101056-9		0	70,00		0,00	
TOTAL	BPAI		020406002-8		20	55,10		1.102,00	
PROCEDIMENTOS BPAC					68			6.688,48	
TRAT. CONSERVC/IMOBILIZAÇÃO MS	225270		030309022-7		0	41,63		-	
TRAT. CONSERVC/IMOBILIZAÇÃO MI	225270		030309020-0		0	41,93		-	
IMOBILIZAÇÃO	225270		030106010-0		0	13,00		-	
INFILTRAÇÃO/MARCELO	225270		030309003-0		0	5,63		-	
INFILTRAÇÃO/GIULLIANO	225270		030309003-0		13	5,63		73,19	
LESÃO POR SHAVING	225135		040101012-0		4	19,79		79,16	
CAUTERIZAÇÃO LESÃO CUTANEA	225135		040101009-0		14	11,84		165,76	
EXERESE LIPOMA	225135		040101007-4		5	12,46		62,30	

EEG EM VIGILIA	225120	021105002-4	72	11,34	816,48
TESTE ERGOMETRICO	225120	021102006-0	3	30,00	90,00
RETRADA DE CATETER TIPO J	225285	040901015-4	5	29,84	149,20
TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	225250	021104006-1	13	1,69	21,97
TOTAL					1.458,06
CONSULTAS			qtda		
NEURO/ADRIANO MOYSES	225112	030101007-2	173	10,00	1.730,00
OTORRINO/ PEDRO HENRIQUE	225275	030101007-2	56	10,00	560,00
OTORRINO /ISABELLA	225275	030101007-2	63	10,00	630,00
PSQUIATRA/MICHELE MORAES CAPS	225133	030101007-2	281	10,00	2.810,00
PSQUIATR CAPS/ EMANUELA	225133	030101007-2	315	10,00	3.150,00
PSQUIATR / EMANUELA	225133	030101007-2	195	10,00	1.950,00
VASCULAR/ EURICO	225203	030101007-2	151	10,00	1.510,00
NEURO/CIRURG/FLAVIO MATEUS	225260	030101007-2	149	10,00	1.490,00
PSQUIATRA/IVAN	225133	030101007-2	196	10,00	1.960,00
OFTALMOLOGIA/ DR JORGE MASSARU	225265	030101007-2	196	10,00	1.960,00
GASTRO/LAURIANO	225165	030101007-2	163	10,00	1.630,00
HEPATO/ LAURIANO	225125	030101007-2	25	10,00	250,00
ORTOPEDIA/LEONARDO	225270030101007-2		34	10,00	340,00
ORTOPEDIA/GIULLIANO	225270	030101007-2	400	10,00	4.000,00
ORTOPEDIA/ MARCELO	225270	030101007-2	35	10,00	350,00
CIRURGIAO/MARCELLO	225225	030101007-2	174	10,00	1.740,00
UROLOGIA/ ARTHUR	225285	030101007-2	130	10,00	1.300,00
DERMATO/ DRª REGIANE	225135	030101007-2	162	10,00	1.620,00
ENDOCRINO/TATIANA	225155	030101007-2	183	10,00	1.830,00
INFECTO/THIAGO	225103	030101007-2	58	10,00	580,00
CARDIO/WILLIAM	225120	030101007-2	148	10,00	1.480,00
TOTAL			3.287		32.870,00
CONSULTA/AVALIAÇÃO RESOLUÇÃO					
REAVALIAÇÃO					
DRº MARCELLO	225225	030101007-2	10	10,00	100,00
DRº GIULLIANO	225270	030101007-2	0	10,00	-
DRº EURICO	225203	030101007-2	7	10,00	70,00

DR ° ARTHUR	225275	030101007-2	11	10,00	110,00
TOTAL			28		280,00
ULTRASSON BPA C			psf	p.soc	qtda
ARTICULAÇÃO/JOSE EDUARDO	225320	020502006-2	280	4	284
PROSTATA ABDOMINAL/JOSE EDUARDO	225320	020502010-0	38	0	38
TRANSVAGINAL/DR LUIZ	225320	020502018-6	58	0	58
TRANSVAGINAL/DR PAULO	225320	020502018-6	106	7	113
ARTICULAÇÃO/ JORGE	225320	020502006-2	0	0	0
TRANSVAGINAL/DR JORGE	225320	020502018-6	0	0	0
TOTAL			482		11.930,60
PRONTO SOCORRO BPAC			QTDA		
ELETROCARDIOGRAMA	BPA C	021102003-6	328	5,15	1.689,20
GLICEMIA	BPAC	021401001-5	596	0,00	0,00
ATEND/URGÊNCIA 24 HRS	BPA C	030106002-9	2028	12,47	25.289,16
ATEND/URG/ESPECIALIDADE	BPAC	030106006-1	357	11,00	3.927,00
ATEND/ MEDICO EM PRONTO SOCORRO	BPA C	030106006-1	2407	11,00	26.477,00
ATEND/ ORTOPEDICO C/ IMOBILIZAÇÃO	BPA C	030106010-0	18	13,00	234,00
ACOLHIMENTO DE RISCO	BPAC	030106011-8	4189	0,00	0,00
ADM/MEDICAMENTO	BPAC	030110001-2	3829	0,63	2.412,27
AFERIR PRESSÃO ART	BPAC	030110003-9	3980	0,00	0,00
INALAÇÃO	BPAC	030110010-1	297	0,00	0,00
DREANGEM FURUNCULO	BPAC	040401007-5	5	14,66	73,30
CORPO EST. SUBCUT	BPAC	040101011-2	14	11,84	165,76
RETIR.CORPO ESTR.OLHO	BPAC	040505025-9	26	25,00	650,00
EXERESE DE UNHA	BPC	040101007-4	2	12,46	24,92
DREBRID/QUEIMADO	BPAC	041504004-3	7	29,86	209,02
TOCOCARDIOGRAFIA DE PARTO	BPAC	021104006-1	2	1,69	3,38
GASOMETRIA	BPAC	020201073-2	71	15,65	1.111,15
LABORATORIO	BPAC	020102004-1	2216	0,00	5.121,73
TOTAL					67.387,89
PRONTO SOCORRO BPAI			qtda		
CURATIVO	BPAI	030110028-4	95	0,00	0,00
EXCISÃO DE LESÃO /OU SUTURA	BPAI	040101005-8	77	23,16	1.783,32
DRENAGEM DE ABSCESSO	BPAI	040101010-4	7	11,84	82,88

DRENAGEM DE TORAX	BPAI	041205017-0	0	54,97	0,00
RETIRADA DE CORPO EXTRANHO/OUVIDO/LARINGE	BPAI	040401031-8	5	26,42	132,10
TAMPONAMENTO NASAL	BPAI	040401034-2	0	17,00	0,00
CURAT/DEBRIDAMENTO	BPAI	040101001-5	18	32,40	583,20
REDUÇÃO OMBRO	BPAI	408010134	1	41,10	41,10
BLOQUEIO/PICADA ESCORPIÃO	BPAI	041701005-2	86	22,27	1.915,22
TESTE COVID	BPAI	021401016-3	45	0,00	0,00
TROPONINA	BPAI	020203120-9	20	9,00	180,00
HEPATITE C	BPAI	020203067-9	0	18,55	0,00
<b>TOTAL</b>					<b>4.717,82</b>
RADIOGRAFIAS	QTDA	P. SOC	QTDA	P. S.F	TOTAL
	988	7.712,51	1.143	9.384,02	17.096,53



<b>Tipo documento</b>	<b>ATA</b>	<b>ATA. EC 001 – 02 PÁGINAS</b>	
<b>Título do Documento</b>	<b>Ata de Educação Continuada com elaboração de Variável títulos pela Enf. Monise</b>	<b>Emissão: 10/04/24</b>	<b>Local: Santa Casa</b>
		<b>Versão: 001</b>	

# ATA

**OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

**ATA COMISSÃO EDUCAÇÃO CONTINUADA**

**ELABORADO: MONISE CRISTINA B QUINTANILHA  
ENFERMEIRA DA COMISSÃO EDUCAÇÃO CONTINUADA**

SANTA CASA MISERICORDIA DE GUAIRA

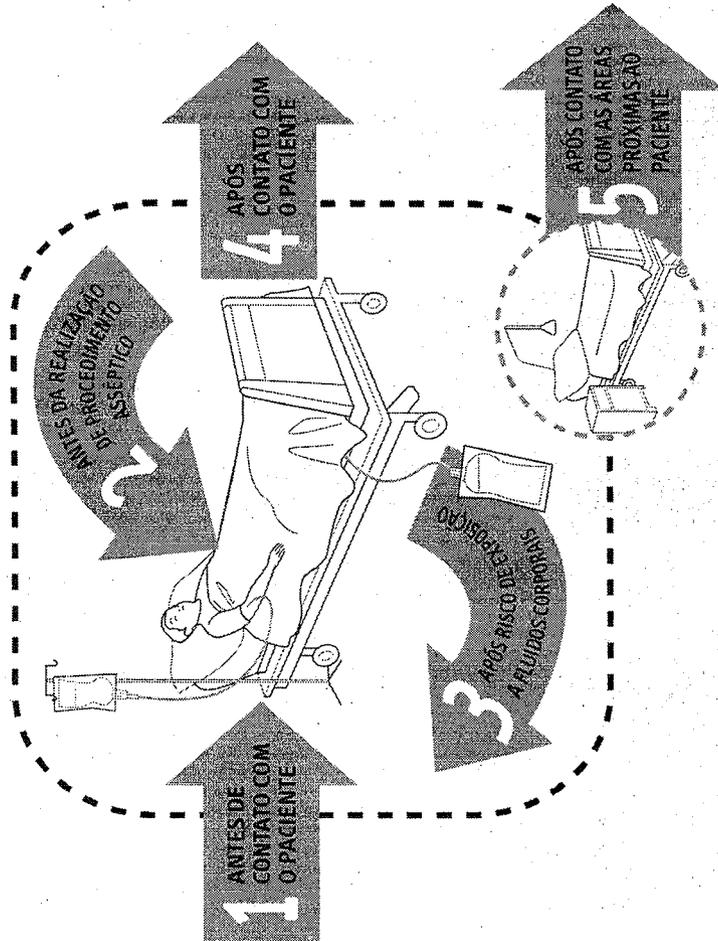
ATA EDUCAÇÃO CONTINUADA DO MÊS DE ABRIL DE 2024

Reuniram-se os colaboradores profissionais de saúde que se faz presente nesta unidade, nos períodos da diurno e noturno, com objetivo de aprender o tema delegado da educação continuada, e juntos, disponibilizar nas reuniões o aprendizado, detectar dificuldade encontrada de cada um, analisar o processo do tema escolhido, e ainda o desempenho da equipe, observar também se estão satisfeito com o conteúdo dado, realizando assim intervenções de como meta para melhoraria do desenvolvimento da equipe, porém foi satisfatório o tema escolhido: **OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.**

colocar dispensário de álcool gel no corredor

103

## Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



<b>1</b> ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
<b>2</b> ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
<b>3</b> APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
<b>4</b> APÓS CONTATO COM O PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
<b>5</b> APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente - mesmo sem ter tido contato com o paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximas ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

**•Qual a principal  
causas de  
infecção  
hospitalar?**

**Falta de  
higienização  
das mãos**

- As mãos são consideradas um dos principais canais de transmissão de doenças, por meio do contato direto (pele com pele) ou indireto (toque em objetos e superfícies contaminado), em fim, vírus e bactérias podem acessar o nosso organismo por meio das mãos contaminadas. Logo, deixar de fazer a higienização correta delas, a cada novo procedimento, põe em risco a saúde dos pacientes e dos próprios colaboradores.

- **Qual prática adotar para evitar as contaminações?**

**[https://www.facebook.com/minsaude/videos/dicas-de-sa%C3%BAde-lavar-as-m%C3%A3os/2558863851039836/?locale=pt BR](https://www.facebook.com/minsaude/videos/dicas-de-sa%C3%BAde-lavar-as-m%C3%A3os/2558863851039836/?locale=pt_BR)**

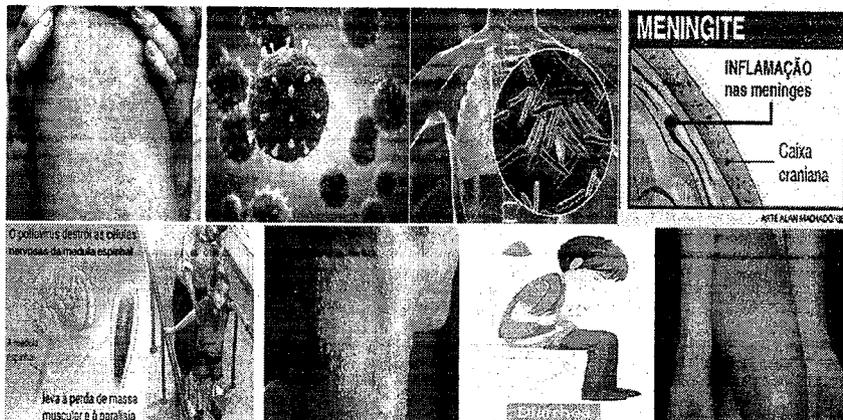
- A higienização das mãos deve ser feita com água e sabão, seguida de álcool em gel. Essa medida, que precisa ser constantemente monitorada, vale tanto para os profissionais de saúde como para os acompanhantes e visitantes.

### **Quais Bactérias causadas pela má higienização de mãos?**

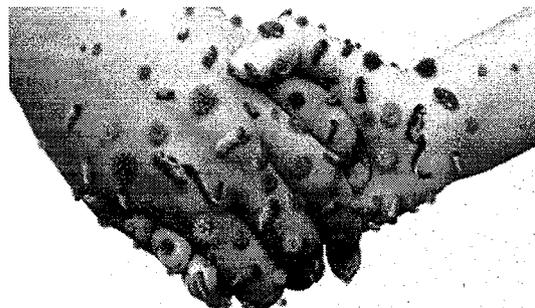
- Bactérias com:
- Acinetobacter baumannii,
- Pseudomonas aeruginosa,
- Klebsiella pneumoniae,
- Enterococcus
- Staphylococcus aureus,
- Salmonella,
- Escherichia coli,

## Quais doenças podem ser transmitidas pelas mãos?

- Sarampo,
- Gripe,
- Tuberculose,
- Meningite
- Poliomelite,
- Herpes,
- Diarreia,
- Sarna,



- ESTAS DOENÇAS PODEM LEVAR A MORTE E NÓS NA FRENTE DO CUIDADO PODEMOS TER UMA PARCELA DE CULPA ENTÃO O QUE DEVEMOS FAZER :
- LAVAR AS MÃOS





# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUARÁ

Treinamento: Os 5 momentos para a higienização das mãos Data: 10/01/24  
 Público alvo: Enfermagem Resp.: \_\_\_\_\_  
 Duração: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ minutos

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

QT	Colaborador	Função	SETOR	Assinatura
1	Jaime Soares de Sousa	Téc. Enf.	CC	Jaime Soares
2	Márcio M dos Santos	Téc. Inf.	CC	Márcio
3	Marcia Cristina Lima	Téc. enf.	CMF	Marcia
4	Leiza do Santos	tec. enfermagem	CC	Leiza
5	Paulo C. dos A. Bernardes	tec. enfermagem	CC	Paulo
6	Olivia Maria Colugnata	informática	CC	Olivia
7	Silvina Nunes Moura	Tec. enfermagem	CC	Silvina
8	Marta A. Coppeanu	f. enf.	CC	Marta
9	Marta A. Coppeanu	f. enf.	CC	Marta
10	Adriano B. Boyer Leite	Tec. Enf.	CC	Adriano
11	Monise C. Bento Quintomilha	Tec. Enf.	P. 26	Monise
12	Monise C. Bento Quintomilha	Tec. Enf.	P. 26	Monise
13	Juliana M. Mota	tec. enf.	P. 26	Juliana
14	Valéria Fumino Tomoz	Tec. enf.	Alg. Com.	Valéria
15	Enice Ap. Genopolis	tec. enf.	P. 27	Enice
16	Aurea Maria	Tec. Enf.	P. 27	Aurea
17	Lucia Bonetti de Jesus	Tec. enfermagem	P. 27	Lucia
18	Neusa R. da Uliga Pereira	Tec. enfermagem	P. 26	Neusa
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

  
 \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL