

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES – MÊS 2- 1º ADITIVO(NOVEMBRO/2022)**  
**SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

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

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

**Licença de Funcionamento:** 351740601-861-000001-1-6 (Validade: 08/07/2022)

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

**CEP:** 14.790-000 **Município:** Guairá/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: NOVEMBRO**

SUS	PARTICULAR	CONVÊNIO
74,96%	0,72%	24,32%

**2. DADOS DA PARCERIA:**

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

**Vigência:** 23/09/2022 a 22/03/2022 **Valor:** R\$ 5.330.070,60

**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.

**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.

**4. METAS E INDICADORES**

**4.1 Metas Quantitativas:**

**4.1.1 Assistência Hospitalar: Grupo I**

Especialidade	Previsto	Executado
Internação Clínica	61	80
Internações Obstétricas e Ginecológicas	19	17

Internações Pediátricas	9	9
Internações Cirúrgicas	50	68
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>174</b>

#### 4.1.2 Assistência ambulatorial: Grupo II

Grupo - Subgrupo	Consulta por Especialidade	Previsto	Executado
03.01.01.007-2	Cirurgia Geral	150	0
03.01.01.007-2	Dermatologia	180	94
03.01.01.007-2	Endocrinologia	360	150
03.01.01.007-2	Gastroenterologia	140	140
03.01.01.007-2	Hepatologista	45	22
03.01.01.007-2	Neurocirurgia	210	151
03.01.01.007-2	Neurologia	180	49
03.01.01.007-2	Oftalmologia	150	119
03.01.01.007-2	Ortopedia	945	536
03.01.01.007-2	Otorrinolaringologista	135	54
03.01.01.007-2	Pneumologista	45	0
03.01.01.007-2	Psiquiatria	489	319
03.01.01.007-2	Psiquiatria CAPS	300	285
03.01.01.007-2	Urologista	90	23
03.01.01.007-2	Vascular	396	166
03.01.01.007-2	Infectologia	45	41
03.01.01.007-2	Cardiologia	120	95
030106010-0	Atendimento Ortopédico com Imobilização provisória	20	2
030309003-0	Infiltração de substancias em cavidade sinovial	5	15
030309007-3	Revisão com troca de aparelho gessado em membro inferior	10	0
030309009-0	Revisão com troca de aparelho gessado em membro superior	16	2
030309020-0	Tratamento conservador de fratura em membro inferior c/ imobilização	5	1
030309022-7	Tratamento conservador de fratura em membro superior c/ imobilização	10	4
<b>Total</b>		<b>4046</b>	<b>2268</b>

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

Grupo - Subgrupo	Procedimento	Previsto	Executado
<b>0201- Coleta de Material</b>			
02.01.01.056-9	Coleta de Material;	1	1
<b>0203 – Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica</b>			
02.03.02.003-0	Diagnostico por anatomia patológica e citopatológica;	1	1
<b>0204- Diagnóstico em Radiologia</b>			
02.04	Diagnóstico por Radiologia;	2.300	1118
02.04.06002-8	Densitometria Óssea;	25	12
<b>0205- Diagnóstico por Ultrassonografia</b>			
02.05.02	Diagnostico por Ultrassonografia	900	698

02.05.01.0040	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	105	29
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de fluxo obstétrico	2	1
02.05.01.003-2	Ecocardiograma	20	38
<b>0206 – Diagnóstico por Tomografia</b>			
020603001-0	TC de abdômen superior c/ ou s/ contraste	30	26
020603002-9	TC de articulações membro inferior c/ ou s/ contraste	20	0
020603003-7	TC de Pelve/ Bacia/ Abdômen inferior c/ ou s/ contraste c/ ou s/ contraste	28	32
020602001-5	TC de articulações membro superior c/ ou s/ contraste	12	0
020602002-3	TC de segmentos apendiculares(braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé) c/ ou s/ contraste	16	0
020602003-1	TC de tórax c/ ou s/ contraste	48	23
020601001-0	TC de coluna cervical c/ ou s/ contraste	25	17
020601002-8	TC de coluna lombo-sacra c/ ou s/ contraste	38	40
020601003-6	TC de coluna torácica c/ ou s/ contraste	15	8
020601004-4	TC de face/ seios da face/ articulação temporo mandibulares c/ ou s/ contraste	10	3
020601005-2	TC de pescoço c/ ou s/ contraste	5	0
02060106-0	TC de sela túrcica c/ ou s/ contraste	5	0
020601007-9	TC de crânio c/ ou s/ contraste	40	92
<b>020901003-7</b>			
	Endoscopia	40	19
<b>020901002-9</b>			
	Colonoscopia	5	0
<b>021102006-0</b>			
	Teste Ergométrico	20	0
<b>021105002-4</b>			
	EEG em Vigília c/ ou s/ fotoestimulo	50	31
<b>021107014-9</b>			
	Teste da Orelhinha	31	0
<b>021107042-4</b>			
	Teste da Orelhinha - reteste	8	0
<b>021108005-5</b>			
	Espirometria c/ prova de função pulmonar	60	0
<b>Total</b>		<b>3860</b>	<b>2189</b>

#### 4.1.4 Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: Grupo IV

Procedimento	Descrição	Previsto	Executado
040904024-0	Vasectomia	1	0
040905008-3	Postectomia	1	0
<b>Grupo e Subgrupo</b>	<b>Descrição</b>		
04.01	Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	20	0
04.03	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0,5	0
04.04	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0,5	0
04.05	Cirurgia do aparelho da visão	0,5	0

04.06	Cirurgia do aparelho circulatório	0,5	0
04.07	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0,5	0
04.08	Cirurgia do sistema osteomuscular	0,5	0
04.09	Cirurgia do aparelho geniturinário	0,5	1
04.10	Cirurgia de mama	0,5	0
04.11	Cirurgia obstétrica	0,5	0
04.13	Cirurgia reparadora	0,5	0
<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>1</b>

#### 4.1.5 Resumo dos grupos

Grupos de Procedimento	Previsto	Executado
Grupo 1 – Assistência Hospitalar	139	174
Grupo 2 – Assistência Ambulatorial	4046	2268
Grupo 3 – Procedimentos com Finalidade Diagnostica	3860	2189
Grupo 4 – Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	27	1
<b>Total</b>	<b>8072</b>	<b>4632</b>

## 5. AVALIAÇÃO

### 5.2 Indicadores para avaliação do serviço:

#### 5.2.1 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 (internação e pronto atendimento).	Cumpriu - 10 pontos Cumpriu parcialmente - 5 pontos	EXECUTADO
Atas das últimas reuniões das comissões de: Ética Médica, Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente e Revisão de óbitos.	Comissões atuantes.	Não cumpriu - não pontua pontos. Cumpriu parcial - 5 pontos. Cumpriu - 10 pontos.	EXECUTADO PARCIALMENTE (TRIMESTRAL PROXIMO DEZEMBRO)
Comissão de revisão óbitos.	Apresentação de relatório de óbitos com análise por faixa etária e medidas adotadas.	Não cumpriu - não pontua pontos. Cumpriu parcial - 5 pontos. Cumpriu - 10 pontos.	EXECUTADO
	Notificação dos óbitos maternos e neonatais, identificando: nome da mãe; endereço; idade; UBS que realizou o pré-natal.	Não cumpriu - não pontua pontos. Cumpriu	EXECUTADO



		parcial – 5 pontos. Cumpriu – 10 pontos.	
<b>HUMANIZA SUS</b>			
Serviço de ouvidoria para usuários e trabalhadores	Implementar 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 – não pontua	EXECUTADO
Satisfação dos usuários do serviço	Aplicar, bimestralmente, pesquisa de avaliação do nível de satisfação dos usuários dos serviços pactuados por segmento (Pronto Socorro, Internação, atendimento ambulatorial).	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 implementado – não pontua	EXECUTADO
Visitas diária,	Manter implantado o horário de visitas diárias de no mínimo três horas.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
	Manter implantado o horário de visitas noturno na pediatria e maternidade para visitantes.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Orientação após alta médica	Realizar orientação pela enfermagem após todas as altas médicas.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	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	EXECUTADO

		e ótimo – 5 pontos Abaixo de 50% de bom e ótimo ou não implementado – não pontua	
Atenção a Saúde	Disponibilizar a agenda de procedimentos ambulatoriais e de cirurgias eletivas para o Gestor Municipal/Central de Regulação de Vagas da Secretária municipal de Saúde.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	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.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Avaliação de Anoxia Neonatal (Apgar)	Realizar mensuração de Apgar no 1º e 5º minuto de vida do RN.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Testes em RN	Realizar Teste de Reflexo e Teste da Orelhinha em todos os RN.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Vacinação em RN	Realizar a vacina de Hepatite B em todos os RN antes da alta hospitalar.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Parto vaginal	Ampliar o número de partos vaginais ao mês até atingir no mínimo 10% do nº total de partos.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO PARCIALMENTE
<b>POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS</b>			
Farmácia	Funcionamento do Serviço de Farmácia de acordo com as normas da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
<b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b>			
Levantamento de	Diminuição de absenteísmo e	Cumpriu – 10	EXECUTADO

Absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do serviço	de incidência/prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.	pontos Não cumpriu – não pontua	( PROXIMA APRESENTAÇÃO DEZEMBRO)
<b>SANGUE</b>			
Banco de sangue	Funcionamento do Banco de Sangue de acordo com as normas da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – não pontua	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 – não pontua	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 – não pontua	EXECUTADO
<b>HIV/DST/AIDS</b>			
HIV/DST/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 Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Notificação compulsória	Realização de 100% de notificação compulsória de sífilis congênita e de gestantes HIV+/crianças expostas	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
<b>ATENDIMENTO AS 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 – não pontua	EXECUTADO
<b>ATENÇÃO A 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	EXECUTADO

		- não pontua	
	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 – não pontua	EXECUTADO
<b>GESTÃO HOSPITALAR</b>			
Gestão hospitalar	Apresentar e monitorar a taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência mensal e taxa de mortalidade institucional	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	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 – não pontua – não pontua	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 – não pontua	EXECUTADO
Escala de plantão	Identificar e divulgar escala dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, contendo nome e especialidade do plantonista. Deve ser afixada, diariamente, em local visível ao público, nas unidades de internação, pronto socorro, ambulatório e nos demais serviços.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Alvarás de funcionamento fornecidos pela VISA das diversas áreas do Hospital	Apresentar anualmente as licenças/alvarás da VISA	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO
Disponibilização de agenda de marcação de	Apresentar agendar de consultas e exames.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu	EXECUTADO

consultas e exames.		- não pontua	
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL			
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 Não cumpriu – não pontua	EXECUTADO

## 7. MONITORAMENTO

### 7.1 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	


### 7.2 EXTERNO

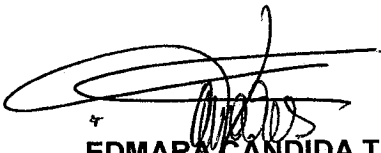
Atividade	Previsto	Executado
Por meio de comissão de fiscalização que deverá acompanhar e monitorar o cumprimento de metas pactuadas no plano de trabalho.	Visita in loco	
	Relatório de acompanhamento.	
	Reuniões, análise de documentos, pesquisa de satisfação, tabulação de dados e emissão de gráficos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


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

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

Guairá/SP, 10 de janeiro de 2023.

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

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

	ATA	Data: 20/12/2022	
	Formação da Comissão de Revisão de Prontuários	Reunião 12/2022	Pág: 1 de 3

CONVOCADOS	CARGO
Drº Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Valéria Viviana Cardoso	Enfermeiro da C.R.P

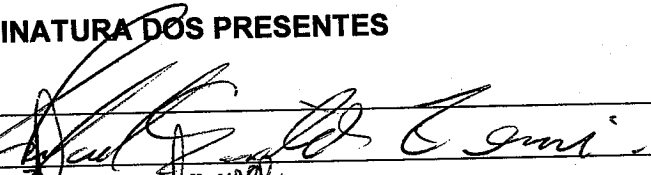
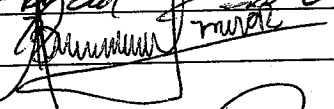
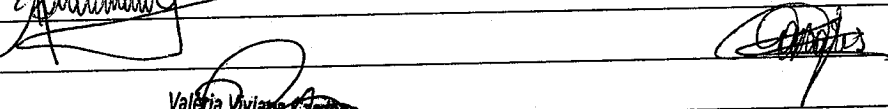
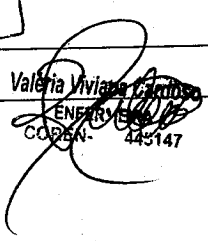
### I – PAUTA

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


### II – ASSUNTOS DISCUTIDOS

1. Definição dos membros citados como integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários
2. Explicado as funções da 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.

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

Valéria Viviana Cardoso  
ENFERMEIRO  
COREN- 445147

	<b>ATA</b>	Data: 20/12/2022	
	<i>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</i>	Reunião 12/2022	Pág: 2 de 3

CONVOCADOS	CARGO
Drº Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Valéria Viviana Cardoso	Enfermeira da C.R.P

## II – PAUTA

- Análise dos prontuários de Outubro, Novembro e Dezembro de 2022.

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

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

Do mês 10 Do

- A.,A.,d.,S., prontuário 76265.
- A.,d.,G.,M.,M., prontuário 46594.
- A.,R.,S.,d.,P.,B., prontuário 75899.

Do mês 11


- B.,d.,S.,B., prontuário 74630.
- V.,J.,d.,P., prontuário 76025.

Do mês 12

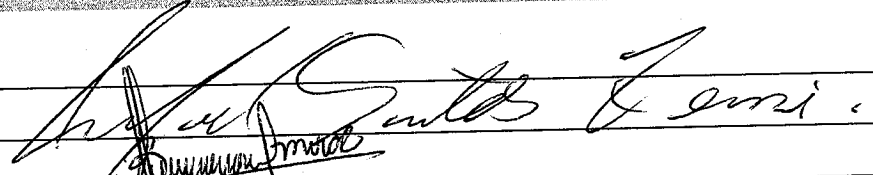
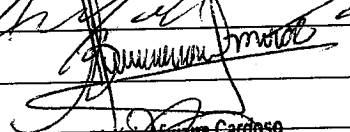
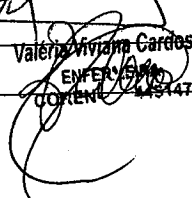
- G.,d.,S.,M.,B., prontuário 61035.
- A.,M.,F., prontuário 69972.

- Evidenciados necessidades melhorias: faltando diagnostico definido, faltando assinatura e carimbo dos técnicos nos SAE e SSVV .

- Em anexo checklist de coleta de dados dos prontuários analisados nesta reunião.

	ATA	Data: 20/12/2022	
	Formação da Comissão de Revisão de Prontuários	Reunião 12/2022	Pág: 3 de 3

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	 Valeria Viviana Cardoso ENFERMEIRA COREN-SP 44947





Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar

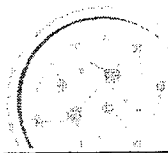


TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.CEM 001 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA ABERTURA DO PROCESSO ELEITORAL PARA FORMAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA - CEM	EMISSÃO: 01/11/2022 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUÁIRA

# ATA

## Ata da abertura do processo eleitoral para formação da Comissão de Ética Médica da Santa Casa de Misericórdia de Guáira



Serviço de Controle de Infecção Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.CEM 001 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA ABERTURA DO PROCESSO ELEITORAL PARA FORMAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA - CEM	EMIÇÃO: 01/11/2022 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

1. Pauta

- Designação da comissão eleitoral.
- Formação da Lista de Candidatos da Comissão de Ética Médica 2023 a 2026.
- Definição da lista de documentos que cada candidato terá que disponibilizar.
- Definição da data da eleição bem como da comissão eleitoral.
- Descrição e Publicação do Edital.
- Regimento Interno da Comissão de Ética Médica.

2. Desenvolvimento da reunião

No dia primeiro de novembro de 2022 o Dr. Thiago Cesar Pardi inicia a reunião com a leitura dos documentos RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 (Publicada no D.O.U. de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566) "Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde" e RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 (Publicada no D.O.U. de 27 de outubro de 2016, Seção I, p.332-4) "Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos". Após a leitura, explica e menciona os objetivos da reunião (como descrito na pauta). O mesmo explica que o primeiro passo para dar andamento ao processo eleitoral da comissão de ética médica é a designação da comissão eleitoral. Essa, por sua vez, será designada pelo diretor clínico e terá a função de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral. Em sequência, também foi falado pelo Dr Thiago que, por norma, os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos a Comissão de Ética Médica. Será anexado em todos os setores da Santa Casa de Misericórdia de Guairá cópia do edital para convocação de candidatos bem como data limite para inscrição e data da votação. Além dessas informações, Dr Thiago explica que será descrito também no edital, quais os documentos cada candidato deverá providenciar para concorrer. Listados serão: 1 – Declaração de aquiescência (modelo na administração); 2 – Certidão Ético-Profissional do exercício vigente, com "Nada Consta" (obtida no site do CREMESP); 3 – Declaração de quitação (disponível no site do CREMESP). Por fim, fica definido que o edital será escrito no dia 03/11/2022 e a data da eleição fica definida para o dia 15/12/2022 (terça feira das 07:00 as 19:00) no setor administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Guairá. Ademais, fica responsável a comissão eleitoral que será indicada pelo Diretor Clínico de confeccionar a primeira publicação do regimento interno.

Guairá, 01 de novembro de 2022.

Lista de presença:

Nome	Cargo/Ocupação	Função	Assinatura
Thiago Cesar Pardi	Médico infectologista	Oficial	[Assinatura]
Andréia C. D. Barros	Enfermeira	Coordenadora (Enfermeira)	[Assinatura]
Tamara Straldo	Enfermeira	Enfermeira	[Assinatura]
Ricardo C. Pardi	Médico	Diretor Clínico	[Assinatura]
Monise B. Bentes	Enfermeira	Enfermeira	[Assinatura]
Rafael Pontes Lima	Médico	Diretor Técnico	[Assinatura]
Andréia E. de Brito	Contador	Contador	[Assinatura]
Beatriz P. Uvo	Administradora	Administradora	[Assinatura]
Andréia Gonçalves de Aguiar	Enfermeira	Enfermeira UTI	[Assinatura]



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar

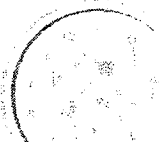


TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.CEM 002 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO ELEITORAL-CEM	EMIÇÃO: 02/11/2022 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

# ATA

## Ata da nomeação dos membros da comissão eleitoral - CEM



Serviço de Controle de Infecção Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.CEM 002 - 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO ELEITORAL-CEM	EMIÇÃO: 02/11/2022	LOCAL: SANTA CASA
		VERSÃO: 001	

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ

1. Pauta

- Designação da comissão eleitoral pelo Diretor Clínico.

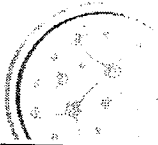
2. Desenvolvimento da reunião

No dia dois de novembro de 2022 o Dr. Ricardo Cid Pardi inicia a reunião com a leitura do documento RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 (Publicada no D.O.U. de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566) "Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde" e RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 (Publicada no D.O.U. de 27 de outubro de 2016, Seção I, p.332-4) "Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos". Após a leitura, explica e menciona os objetivos da reunião (como descrito na pauta). O mesmo explica que o primeiro passo para dar andamento ao processo eleitoral da comissão de ética médica é a designação da comissão eleitoral. Como dito no artigo 13, seção II da RESOLUÇÃO 2.152/2016 o diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina. Assim sendo, o Dr. Ricardo Cid Pardi nomeia como membros da comissão eleitoral a senhora Beatriz Iolanda Mira Rodrigues, o senhor Lion Bruno Evangelista de Brito, a senhora Graziely Alves do Nascimento Pereira e a senhora Edmara Candida Tavares. Sendo assim, após definidos os nomes da comissão eleitoral, a mesma ficará responsável pela publicação do edital para processo de candidatura e votação para composição da Comissão de Ética Médica e também a comissão eleitoral fica responsável por confeccionar a primeira publicação do regimento interno.

Guairá, 02 de novembro de 2022.

Lista de presença:

Nome	Cargo/Ocupação	Função	Assinatura
Ricardo Cid Pardi	<i>medico</i>	<i>Presidente</i>	<i>Ricardo Cid Pardi</i>
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	<i>Administrativa</i>	<i>Administradora</i>	<i>Beatriz Iolanda Mira</i>
Lion Bruno Evangelista de Brito	<i>Contador</i>	<i>Contador</i>	<i>Lion Bruno</i>
Graziely Alves do Nascimento Pereira	<i>Administrativa</i>	<i>Coord. Administrativo</i>	<i>Graziely Alves</i>
Edmara Candida Tavares	<i>Enfermeira</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>Edmara</i>



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	NOTA INFORMATIVA - 009	NOT.SCIH 009 - 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	TESTAGEM PRÉ-INTERNAÇÃO E INTERROGATÓRIO E TESTAGEM PRÉ-OPERATÓRIO	EMIÇÃO: 18/11/2022 VERSÃO: 001	PRÓXIMA REVISÃO: QUANDO NECESSÁRIO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUÁIRA

# NOTA INFORMATIVA

Testagem pré-internação e  
interrogatório e testagem pré-  
operatório.



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 01 PÁGINA.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. QUESTIONÁRIO GRIPAL.	EMISSÃO: 18/11/2022 VERSÃO: 001	PRÓXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

Questionário Gripal

QUADRO 01:  
02 OU + DOS SINAIS E SINTOMAS ABAIXO:

- Febre e/ou calafrios.
- Dor de garganta.
- Dor de cabeça.
- Tosse seca ou produtiva.
- Coriza.
- Distúrbios olfativos.
- Distúrbios gustativos.
- Dispneia relatada.
- Tiragem intercostal.
- Retração de fúrcula esternal.
- Mialgia.
- Congestão nasal ou ocular.

Oferecer MÁSCARA para o paciente (se não estiver usando).

Estável clinicamente com saturação > 94%

Encaminhar para SALA de TESTAGEM

QUADRO 02:  
01 OU + DOS SINAIS E SINTOMAS ABAIXO ASSOCIADOS A 02 OU + DOS SINTOMAS DO QUADRO 01.

- FR > 30 irpm.
- Saturação ≤ 94%.
- Pressão no tórax.
- Cianose.
- Confusão mental.
- Letargia.
- Choque (séptico).

1 – Direcionar imediatamente o paciente a sala de Emergência de Síndrome Respiratória (Enfermaria 31, POSTO 27)  
2 – Providenciar monitorização, oferta de oxigênio e acesso periférico ao paciente.

Uso obrigatório de EPI para toda EQUIPE

Realizar TESTAGEM na sala de urgência

Ativar a equipe de atendimento de emergência que está de plantão no PA ou PS da Santa Casa.

Teste para detecção de ANTÍGENO POSITIVO

Encaminhar paciente para atendimento médico no PA, PS ou PSF.

Teste para detecção de ANTÍGENO NEGATIVO

Proceder com a internação ou procedimento a ser realizado no bloco cirúrgico.

Situação VACINAL:

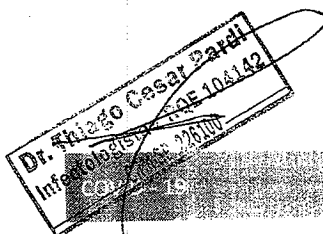
Infecção PRÉVIA por COVID-19:

Contato com alguém positivo nos últimos 10 dias:

Observações que achar pertinente:

Assinatura do PACIENTE

Assinatura do ENFERMEIRO



Admissão CP.H



Santa Casa de Misericórdia de Guairá



Santa Casa

TIPO DO DOCUMENTO	NOTA INFORMATIVA - 009	NOT.SCIH 009 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	TESTAGEM PRÉ-INTERNAÇÃO E INTERROGATORIO E TESTAGEM PRÉ-OPERATÓRIO	EMISSÃO: 18/11/2022	PRÓXIMA REVISÃO: QUANDO NECESSÁRIO
	VERSÃO: 001		
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA			

Considerando o aumento do número de casos positivos de COVID-19 nas últimas duas semanas na cidade de Guairá (04 casos positivos no mês de outubro 2022 e até o dia 18 de novembro 14 casos positivos e um óbito em investigação), considerando a mudança no contexto atual do estado de São Paulo e Brasil com aumento do número de casos e crescimento da sublinhagem ômicron BQ.1 em diversos países do mundo e considerando a organização do sistema de saúde da cidade, atualizamos nossas orientações e recomendações no seguintes tópicos:

- 1 – Torna-se obrigatório a realização de teste rápido para pesquisa de antígeno para COVID-19 em **TODOS** os pacientes que forem submetidos a internação hospitalar dentro da Santa Casa de Misericórdia de Guairá, incluindo crianças, pacientes cirúrgicos, pacientes psiquiátricos, pacientes da ginecologia e obstetrícia e pacientes graves com necessidade de internação em UTI.
- 2 – Torna-se obrigatório a realização do interrogatório pré-internação contendo no mesmo o histórico vacinal do paciente e o histórico de casos de COVID-19 anteriores. O teste realizado deverá ser anexado a folha de interrogatório e deverá ser colocado no prontuário do paciente na divisória "EXAMES". Todos os profissionais de saúde ligados ao atendimento do paciente na instituição (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem, laboratório, entre outros) saberão do histórico vacinal, episódios de covid anterior e resultado do teste rápido da admissão do paciente.
- 3 – Torna-se obrigatório a realização de teste rápido para pesquisa de antígeno para COVID-19 em **TODOS** os pacientes que forem submetidos a procedimentos e cirurgias realizadas no bloco cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia de Guairá. Serão adotados como resultados válidos os testes realizados pelos pacientes em outras instituições ou laboratórios 24 horas antes do procedimento.
- 4 – Torna-se obrigatório a realização do interrogatório pré-operatório contendo no mesmo o histórico vacinal do paciente e o histórico de casos de COVID-19 anteriores. O teste realizado deverá ser anexado a folha de interrogatório e deverá ser colocado no prontuário do paciente e encaminhado prontamente, para controle interno, ao celular do anestesista responsável pelo bloco cirúrgico no momento.
- 5 – Reforçamos que todos os funcionários e acompanhantes devem usar máscara em toda sua permanência no hospital, bem como os visitantes nos horários pré-estabelecidos para visitas.
- 6 – Reforçamos a necessidade da atualização do cartão de vacinação quanto as vacinas para COVID-19. As vacinas estão disponíveis nas seis equipes de Saúde da Família da cidade bem como os profissionais para orientações.

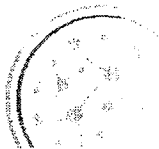
Guairá, 18 de novembro de 2022.

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

*Thiago Cesar Pardi*

Thiago Cesar Pardi  
 CRM - SP: 226100  
 RQE Infectologia - SP: 104142

ELABORAÇÃO / REVISÃO: DR. THIAGO CESAR PARDI - INFECTOLOGISTA DO  
 SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 01 PÁGINA.
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. DEFINIÇÕES.	EMISSÃO: 22/11/2022 VERSÃO: 001
		PRÓXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ**

**Descrição:** Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.

**Modo de Transmissão: Contato:** É a transmissão da infecção por meio do contato direto com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos olhos, no nariz ou na boca), ou com objetos e superfícies contaminadas (fômites). **Gotículas:** É a transmissão da infecção por meio da exposição a gotículas respiratórias expelidas, contendo vírus, por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, principalmente quando ela se encontra a menos de 1 metro de outra. **Via aérea:** É a transmissão da infecção por meio de gotículas respiratórias contendo vírus, composta por gotículas e partículas menores (aerossóis) que podem permanecer suspensas no ar, por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos (geralmente horas).

**Período de Incubação:** O período de incubação é estimado entre 1 e 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias.

**Dias de Contagem:** O dia 0 é o dia do início dos sintomas, e o dia 1 é o primeiro dia completo após o início dos sintomas (24 horas), e assim sucessivamente. Nos assintomáticos, o dia 0 é o dia da testagem POSITIVA.

**Transmissibilidade: Pré-sintomática:** Geralmente 48 horas antes do início dos sintomas; essas pessoas estão infectadas e eliminando vírus, mas ainda não desenvolveram sintomas. Tem menos probabilidade de transmitir o vírus quando comparados a sintomáticos. **Assintomáticos:** É possível a transmissão por indivíduos assintomáticos (pessoas infectadas que não apresentam nenhum sintoma durante a infecção) porém, têm menos probabilidade de transmitir o vírus quando comparados a sintomáticos. **Sintomáticos:** É nessa grande parcela dos infectados que se encontra a maior transmissão da infecção.

**Caso Suspeito:** Indivíduo com quadro respiratório agudo (síndrome gripal) caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Todos os indivíduos com síndrome respiratória aguda grave também são suspeitos

**Caso Confirmado: Critério Clínico:** Caso de SG ou SRAG associado à anosmia (disfunção olfativa) ou ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa progressiva. **Critério Clínico-epidemiológico:** Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para covid-19. **Critério Clínico-imagem:** Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas: VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação") ou VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada ou SINAL DE HALO REVERSO. **Critério Laboratorial NÃO Vacinado BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL por RT-PCR ou RT-LAMP. **IMUNOLÓGICO:** resultado REAGENTE para IgM ou IgA realizado por Ensaio imunoenzimático (ELISA) ou Teste rápido Imunocromatográfico para detecção de anticorpos e PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE pelo método de Imunocromatografia. **Critério Laboratorial Vacinado BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL por RT-PCR ou RT-LAMP ou PESQUISA DE ANTÍGENO positiva

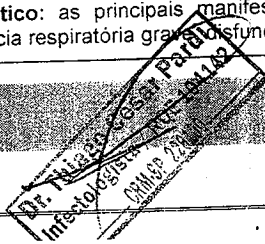
**Caso assintomático ou pré-sintomático:** Caracterizado por teste laboratorial positivo para covid-19 e ausência de sintomas

**Caso leve:** Sintomas não específicos: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia. Ausência de dispnéia. Radiologia sem alterações.

**Caso moderado:** Podem incluir sintomas mais comuns, porém persistentes, como tosse e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade, porém, com evidências clínicas ou radiológicas. Sat O<sub>2</sub> > 94% em ar ambiente.

**Caso grave:** Paciente com frequência respiratória >30irpm, SatO<sub>2</sub> <94% em ar ambiente (ou em pacientes com hipóxia crônica, uma redução >3% do seu nível basal), taxa de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <300mmHg ou opacidades em mais de 50% do pulmão. Síndrome gripal que apresente dispnéia / desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax, além de poder apresentar cianose.

**Caso Crítico:** as principais manifestações são sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave e necessidade de suporte respiratório.







TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 - 01-PAGINA.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA - COVID 19. ATENDIMENTO 001.	EMISSÃO: 22/11/2022 VERSAO: 001	PRÓXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA**

**Etapa 1 - Sala de TRIAGEM - Enfermagem - ATENÇÃO: USO CORRETO DE EPI**

QUADRO 01:  
02 OU + DOS SINAIS E SINTOMAS ABAIXO:

- Febre e/ou calafrios.
- Dor de garganta.
- Dor de cabeça.
- Tosse seca ou produtiva.
- Coriza.
- Distúrbios olfativos.
- Distúrbios gustativos.
- Dispneia relatada.
- Tiragem intercostal.
- Retração de fúrcula esternal.
- Mialgia.
- Congestão nasal ou ocular.

Oferecer **MÁSCARA** para o paciente (se não estiver usando).

Estável clinicamente entre o D3 e D7 de sintomas

Encaminhar para **SALA de TESTAGEM** no PA / PS

QUADRO 02:  
01 OU + DOS SINAIS E SINTOMAS ABAIXO ASSOCIADOS A 02 OU + DOS SINTOMAS DO QUADRO 01.

- FR > 30 irpm.
- Saturação ≤ 94%.
- Pressão no tórax.
- Cianose.
- Confusão mental.
- Letargia.
- Choque (séptico)

- 1 - Direcionar imediatamente o paciente a sala de Emergência de Síndrome Respiratória (Enfermaria 31, POSTO 27)
- 2 - Providenciar monitorização, oferta de oxigênio e acesso periférico ao paciente.

Uso obrigatório de EPI para toda EQUIPE

Realizar **TESTAGEM** na sala de urgência

Nos casos de atendimento de pacientes **GRAVES** ou **CRITICOS** em Unidades Básicas ou no Centro de Especialidades (UPA), encaminhar o paciente ao PS/PA da Santa Casa via SAMU (transporta específico para isolamento respiratório).

Teste para detecção de **ANTÍGENO POSITIVO**

Continuar com o fluxograma

Teste para detecção de **ANTÍGENO NEGATIVO**

Investigar outras possíveis causas de síndrome respiratória (painel de patógenos respiratórios), pneumonia bacteriana, entre outros. Se mesmo com o teste negativo a hipótese diagnóstica de COVID-19 for viável, considerar coleta de RT-PCR.

**Etapa 2 - Sala de ISOLAMENTO ou Sala de EMERGÊNCIA de SRAG - Médico - ATENÇÃO: USO CORRETO DE EPI**

QUADRO 03: QUANDO CONSIDERAR PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO NO CONTEXTO COVID-19.

**Imunossupressão:** Neutropenia grave; neoplasias hematológicas com ou sem quimioterapia; HIV positivo com CD4 < 350; transplantados; quimioterapia nos últimos 30 dias; uso de corticoides por mais do que 15 dias (prednisona > 40 miligramas/mg/dia ou hidrocortisona > 160mg/dia ou metilprednisolona > 32mg/dia, dexametasona > 6mg/dia), doenças autoimunes em atividade; imunodeficiência congênita.

QUADRO 04: QUANDO CONSIDERAR FATORES DE RISCO ISOLADOS NO CONTEXTO COVID-19.

**Fatores de Risco Isolados:** Pacientes não vacinados, idade avançada (prioritariamente acima de 65 anos) tabagistas e sedentarismo.

QUADRO 05: QUANDO CONSIDERAR COMORBIDADES DE RISCO NO CONTEXTO COVID-19.

**Comorbidades de Risco:** Sobrepeso (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> ou mais), anemia falciforme, talassemia, dependência química, hipertensão, hepatites virais, deficiência de alfa 1 antitripsina, transplantados, tuberculose, doenças pulmonares crônicas inflamatórias, doença renal crônica em estágio avançado, diabetes mellitus.

**Sintomas menos comuns:** Idosos podem apresentar delírium, queda, redução de mobilidade e fraqueza e alterações glicêmicas. Sintomas oculares: vermelhidão, lacrimejamento, olho seco, sensação de corpo estranho, secreção, prurido ou dor ocular. Manifestações dermatológicas: rash, dedos de COVID, vermelhidão.

**CID 10 Contexto COVID-19:**

- B 34.2 Infecção por coronavírus de localidade não especificada
- U 07.1 Covid-19, vírus identificado por teste de laboratório.
- U 07.2 Covid-19, vírus NÃO identificado, diagnóstico clínico ou epidemiológico.
- U09.9 Condição de saúde posterior a COVID-19, não especificada.

**NOTIFICAÇÃO:** Desde 13 de maio de 2022 ela é doença de notificação compulsória no Brasil. U10.9 Síndrome inflamatória multissistêmica associada à covid-19, não especificada.

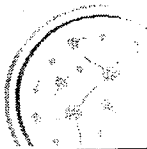
**Observação:** [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1102\\_16\\_05\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1102_16_05_2022.html)

**Dúvidas:**

**Casos pós-covid. Recontaminação. Novas variantes.**

Deve encaminhar ao especialista ou entrar em contato com plano de especialidade do SCIH. Telefone: (51) 3018-1111

Dr. Thiago Cesar Pardi  
Infetologista  
CRM: 104142



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 01 PÁGINA.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. ATENDIMENTO 002.	EMISSÃO: 22/11/2022 VERSÃO: 001	PROXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

**Etapa 2 – Sala de ISOLAMENTO ou Sala de EMERGÊNCIA de SRAG – Médico – ATENÇÃO: USO CORRETO DE EPI**

**Medicamentos disponíveis da ATEANÇÃO BÁSICA do município de Guairá:** Dipirona 500mg comprimido, Dipirona 500mg/ml gotas, Paracetamol 750mg, Paracetamol 100mg/ml gotas, Omeprazol 20mg comprimido, Dexclorfeniramina 2mg comprimido, Loratadina 10mg comprimido, Loratadina 1mg/ml xarope, Dexametasona 0.5mg/ml xarope, Prednisona 5mg e 20mg comprimido, Acebrofilina 50mg/5ml e 25mg/5ml xarope, Ambroxol 30mg/5ml e 15mg/5ml xarope, Complexo B comprimido, Aminofilina 100mg comprimido, Salbutamol 2mg/5ml xarope, Vitamina D 2000UI comprimido, Rivaroxabana 10mg, 15mg e 20mg comprimido, Drogas inalatórias (aguardando atualização) e **Antibióticos:** Amoxicilina comprimido e solução oral, Azitromicina comprimido, Cefalexina, Norfloxacino e Sulfametoxazol + trimetoprim. **ATENÇÃO:** é livre a ação do médico atendente para prescrever o tratamento que achar melhor para terapêutica do seu paciente

**Caso assintomático ou pré-sintomático:** Teste laboratorial positivo para covid-19 e ausência de sintomas.

**Tratamento:** Não é recomendado nenhum tipo de tratamento ou medidas preventivas medicamentosas.

**Exames complementares:** Não é recomendado nenhum tipo de exame complementar.

**Isolamento:** DESCRITO NA FOLHA DE ORIENTAÇÕES DE ISOLAMENTO (anexo ao material).

**Conduta:** Manter o período de isolamento + notificação + orientações gerais de manifestação de sintomas caso ocorra.

**Caso Leve:** Sintomas não específicos: tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia. Ausência de dispneia. Radiologia sem alterações.

**Tratamento:** Sintomáticos e hidratação. Uso de antibióticos somente quando infecção bacteriana concomitante (medicar de acordo com o foco). Sem benefício uso de corticoides. Sem benefícios de uso de inibidores de IL-6 (Tocilizumab) e inibidores da JNK (Toficitinibe ou Baricitinibe). Uso de Plasma Convalescente no Brasil segundo a nota técnica da ANVISA 33/2021/SEI/GSTCODIRE1/ANVISA está autorizado apenas nos casos de ensaios clínicos ou em caráter experimental portanto não será indicado no serviço. RENDESIVIR: Análogo nucleotídico com registro ANVISA em 12/03/2021 em 25/05/2022 concedido registro para pacientes sem necessidade de oxigênio suplementar, porém, não disponível no serviço, portanto não será indicado. Não são recomendados tratamento com: Cloroquina e hidroxicloroquina associada ou não a azitromicina, Lopinavir/Ritonavir, Ivermectina profilática ou terapêutica e Colchicina.

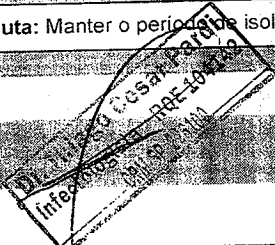
**Tratamento Específico: PAXLOVID (nirmatrelvir + r):** Autorização da ANVISA para uso emergencial em 30/03/2022. Não utilizar em gestantes. Crianças somente acima de 12 anos. Indicado em até 5 dias do início dos sintomas. Indicado em casos leves/moderados de que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para COVID-19 grave em adultos. CASO CRITÉRIOS. ENCAMINHAR PARA AMBULATORIO DA INFECTOLOGIA OU MÉDICO ASSISTENTE PARA DEVIDA PRESCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO.

**Tratamento Específico: MOLNUPIRAVIR:** Autorização da ANVISA para uso emergencial em 04/05/2022. Não utilizar em gestantes. Uso somente acima de 18 anos. Indicado para pacientes ambulatoriais com COVID-19 leve a moderada, com alto risco de desenvolvimento para doença grave, sem outras opções de tratamento (paxlovid, rendesivir, anticorpos monoclonais). CASO CRITÉRIOS. ENCAMINHAR PARA AMBULATORIO DA INFECTOLOGIA OU MÉDICO ASSISTENTE PARA DEVIDA PRESCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO.

**Exames complementares:** Critério médico - Radiografia de Tórax PA e perfil, Hemograma, Creatinina e PCR.

**Isolamento:** DESCRITO NA FOLHA DE ORIENTAÇÕES DE ISOLAMENTO (anexo ao material)

**Conduta:** Manter o período de isolamento + notificação + orientações gerais.





TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 01 PÁGINA.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. ATENDIMENTO 003.	EMISSÃO: 22/11/2022	PROXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023
		VERSAO: 001	

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA**

**Etapa 2 – Sala de ISOLAMENTO ou Sala de EMERGÊNCIA de SRAG – Médico – ATENÇÃO: USO CORRETO DE EPI**

**Caso Moderado:** Podem incluir sintomas mais comuns, porém persistentes, como tosse e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado a covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade, porém, com evidências clínicas ou radiológicas: Sat O<sub>2</sub> > 94% em ar ambiente.

**Tratamento:** Sintomáticos e hidratação. Uso de antibióticos somente quando infecção bacteriana concomitante (medicar de acordo com o foco). Sem benefícios de uso de inibidores de IL-6 (Tocilizumab) e inibidores da JNK (Tofacitinibe ou Baricitinibe). Uso de Plasma Convalescente no Brasil pela nota técnica da ANVISA 33/2021/SEI/GSTCODIRE1/ANVISA está autorizado nos casos de ensaios clínicos ou em caráter experimental, portanto não será indicado no serviço. RENDESIVIR: Análogo nucleotídeo com registro ANVISA em 12/03/2021, em 25/05/2022 concedido registro para pacientes sem necessidade de oxigênio suplementar, porém, não disponível no serviço, portanto não será indicado. Não são recomendados tratamento com: Cloroquina e hidroxicloroquina associada ou não a azitromicina, Lopinavir/Ritonavir Ivermectina profilática ou terapêutica e Colchicina.

**Tratamento Específico: PAXLOVID (nirmatrelvir + r):** Autorização da ANVISA para uso emergencial em 30/03/2022. Não utilizar em gestantes. Crianças somente acima de 12 anos. Indicado em até 5 dias do início dos sintomas. Indicado em casos leves/moderados de que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para COVID-19 grave em adultos. CASO CRITÉRIOS, ENCAMINHAR PARA AMBULATÓRIO DA INFECTOLOGIA OU MÉDICO ASSISTENTE PARA DEVIDA PRESCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO.

**Tratamento Específico: MOLNUPIRAVIR.** Autorização da ANVISA para uso emergencial em 04/05/2022. Não utilizar em gestantes. Uso somente acima de 18 anos. Indicado para pacientes ambulatoriais com COVID-19 leve a moderada, com alto risco de desenvolvimento para doença grave, sem outras opções de tratamento (paxlovid, rendesivir, anticorpos monoclonais). CASO CRITÉRIOS, ENCAMINHAR PARA AMBULATÓRIO DA INFECTOLOGIA OU MÉDICO ASSISTENTE PARA DEVIDA PRESCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO.

**Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso:** Acetato de enoxaparina e acasalina

**Protocolo de uso de corticoterapia oral:** NÃO FAZER DEPOIS DOS PRIMEIROS 7 DIAS. O estudo RECOVERY mostrou que o uso de dexametasona 6 mg ao dia por 10 dias foi associado com diminuição relativa de 17% da mortalidade. O benefício ocorreu em pacientes em uso de O<sub>2</sub> e foi alto em pacientes com uso de ventilação invasiva. Não foi encontrado benefício em pacientes sem necessidade do uso de oxigenioterapia. Fica a critério do prescritor.

**Exames complementares:** Recomendados: Tomografia de Tórax sem contraste se não houver realizado nas últimas 72 horas, Hemograma, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, PCR, DHL, TGO, TGP, GGT e albumina.

**Isolamento:** DESCRITO NA FOLHA DE ORIENTAÇÕES DE ISOLAMENTO (anexo ao material).

**Conduta:** Manter o período de isolamento + notificação + orientações gerais + monitoramento e reavaliação em 48 horas

**Caso grave:** Paciente com frequência respiratória >30irpm, SatO<sub>2</sub> <94% em ar ambiente (ou em pacientes com hipoxia crônica, uma redução >3% do seu nível basal), taxa de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <300mmHg ou opacidades em mais de 50% do pulmão. Síndrome gripal que apresente dispnéia / desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax, além de poder apresentar cianose.

**Caso Crítico:** as principais manifestações são sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave e necessidade de suporte respiratório.

Internação Hospitalar IMEDIATA e início do PROTOCOLO de TRATAMENTO de PACIENTE INTERNADO até a transferência.



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 03 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. ATENDIMENTO 004.	EMISSÃO: 22/11/2022 VERSAO: 001	PROXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA**

**Etapa 2 – Sala de ISOLAMENTO ou Sala de EMERGÊNCIA de SRAG – Médico – ATENÇÃO: USO CORRETO DE EPI**

**1 – Critérios de Internação Hospitalar:**

- 1.A) Saturação menor que 94%.
  - 1.B) Frequência respiratória > 30 irpm.
  - 1.C) Hipotensão (PA sistólica <90mmHg e diastólica <60mmHg)
  - 1.D) Dispneia + TC de Tórax > 50% de comprometimento.
  - 1.E) Deterioração clínica e/ou evidência de sepse.
  - 1.F) Febre persistente por mais de 7 dias e PCR acima de 100mg/L
- Observar pacientes com obesidade, diabetes, ICC, HAS, Doença Pulmonar Crônica. Gestantes e idade > 75 anos. Caso esses pacientes em questão não apresentem os critérios acima, porém, a sua avaliação deixe alguma dúvida quanto à necessidade de internação, discutir o caso com infectologia ou plantonista da ENFERMARIA ou UTI.
  - Preferencialmente discutir todos os pacientes com HIV, Oncológicos em tratamento e pacientes em uso de imunossupressor.

Critérios para internação em ENFERMARIA	Critérios para internação em UTI
Oxigênio até 3 litros com saturação > 90%. E/OU Frequência respiratória > 24 irpm e < 30irpm. SEM a presença Dos itens acima (1.C / 1.D / 1.E)	Paciente em uso de Oxigênio 3 ou mais litros com saturação < ou igual a 90% ou uso de máscara com reservatório E/OU Frequência respiratória > ou igual a 30irpm Um ou mais dos itens acima (1.C / 1.D / 1.E)

- Para os pacientes já internados na enfermaria que evoluírem com critérios para internação em UTI conforme a tabela acima, solicitar vaga para transferência.

Duração das PRECAUÇÕES e retirada do ISOLAMENTO	
Leves e moderados	Graves, críticos ou imuno-comprometidos
Os dados disponíveis indicam que pessoas com COVID-19 nessas situações podem transmitir o vírus por não mais que 10 dias após o início dos sintomas.	Os dados disponíveis indicam que pessoas com COVID-19 nessas situações podem transmitir o vírus por não mais que 20 dias após o início dos sintomas.

- As pessoas recuperadas podem continuar apresentando o RNA detectável de SARS-COV-2 nas amostras respiratórias superiores por até 12 semanas, após o início da doença, embora em concentrações consideravelmente mais baixas, em faixas nas quais o vírus competente para replicação não foi recuperado com segurança e que a possibilidade de infecção é improvável.
- Estudos não encontram evidências de que as pessoas clinicamente recuperadas, com persistência de RNA viral, tenham transmitido SARS-COV-2 para outras pessoas. Esses achados reforçam a utilização de uma estratégia baseada em sintomas, em vez de testes laboratoriais para interromper o isolamento desses pacientes, evitando assim que pessoas que não estejam mais em período de contagiosidade sejam mantidas desnecessariamente isoladas e excluídas do contato com outras pessoas, do trabalho ou de suas responsabilidades.

**2 – Solicitação de exames de imagem e rotina laboratorial:**

- 2.A) Tomografia de Tórax sem contraste caso o paciente não tenha realizado uma nas últimas 72 horas.
- 2.B) Exame comprovando diagnóstico de COVID-19 (RT PCR ou Antígeno) nos últimos 21 dias.
- 2.C) Eletrocardiograma para todos os pacientes.
- 2.D) Ecocardiograma de até um ano para os portadores de algum tipo de insuficiência cardíaca.

24



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 03 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. ATENDIMENTO 004.	EMIÇÃO: 22/11/2022	PRÓXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023
		VERSÃO: 001	

### SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

- 2.E) Rotina laboratorial da admissão: Hemograma, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Magnésio, PCR, DHL, Ferritina, Lactato, D-dímero, TGO, TGP, FAL, GGT, Bilirrubina total e frações, Proteínas totais e frações, TAP, TTPA e Gasometria Arterial (30 minutos sem uso de fluxo suplementar de oxigênio).
- 2.F) Rotina diária após rotina inicial: Hemograma, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, PCR, DHL, Gasometria Arterial (30 minutos sem uso de fluxo suplementar de oxigênio). Outros conforme a necessidade de cada paciente.
- 2.G) Rotina 48/48 horas: TGO, TGP, GGT.
- 2.H) Hemocultura 2 amostras se TAX >38.2 ou programação de troca de ATB. Discutir com infectologia.
- 2.I) Procalcitonina (solicitado pelo chefe da UTI ou INFECTOLOGIA).

- Sobre o item 2.B, caso não exista esse exame ou ele tenha data anterior a 21 dias da internação, discutir qual exame solicitar com infectologia.

### 3 – Avaliação clínica prioritária dos pacientes internados:

- 3.A) Temperatura Axilar ou Termômetro infravermelho.
- 3.B) Pressão Arterial, Ausculta Cardíaca e Frequência Cardíaca.
- 3.C) Saturação com e sem uso de oxigênio suplementar, Ausculta Pulmonar e Frequência respiratória.
- 3.D) Presença de Tosse, Dispneia, Coriza, Espirros, Dor de Garganta, Congestão Nasal, Disgeusia e Anosmia.
- 3.E) Presença de Diarreia, Náuseas e Vômitos.
- 3.F) Presença de Cefaleia, Mialgia, Dor Precordial e queda do estado geral.

- Demais itens do exame físico podem e devem ser acrescentados em cada avaliação de forma individual e de acordo com a necessidade de cada paciente.

### 4 – Avaliação prioritária da anamnese:

- 4.A) Data mais próxima possível do início dos sintomas.
- 4.B) Tratamento prévio já realizado (medicamentos e tempo de uso).
- 4.C) Doenças pré-existentes e medicamentos de uso domiciliar contínuo.
- 4.D) Cartão de Vacina para covid

- Demais itens da anamnese podem e devem ser acrescentados em cada avaliação de forma individual e de acordo com a necessidade de cada paciente.

### 5 – Acompanhamento respiratório e serviço de fisioterapia:

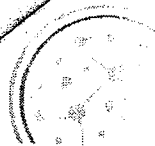
- 5.A) Todos os pacientes internados em uso de cateter nasal de suplementação de oxigênio para manutenção da saturação acima de 92% deverão realizar fisioterapia respiratória diariamente.
- 5.B) Uso da VNI. Pacientes selecionados com insuficiência respiratória hipoxêmica.
- 5.C) Posição Prona (protocolo individualizado).

### 6 – Prescrição e cuidados em enfermagem:

6.A) Nutrição Prescrever dieta HIPERPROTEICA para todos os pacientes internados. Em situações em que existem dúvidas solicitar avaliação da Dra Juliana (nutróloga). Prescrever suplemento (ver disponibilidade) uma vez ao dia para todos os pacientes internados.

6.B) Hidratação e correção de DHE: Manter hidratação contínua com 10 a 15 ml/Kg/dia de SF 0,9%. Ajustar de acordo com a evolução clínica e comorbidades de cada paciente. Os eletrólitos são dosados e checados diariamente, sendo assim, sua correção será modulada diariamente se necessário avaliando cada caso.

6.C) Antibiótico Iniciar tratamento com antibióticos apenas na suspeita de infecção bacteriana concomitante. Primeira opção ceftriaxona e claritromicina endovenosas nas respectivas doses (1g de 12/12 horas e 500mg de 12/12 horas). Como segunda opção



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 03 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. ATENDIMENTO 004.	EMISSÃO: 22/11/2022 VERSÃO: 001	PROXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA**

terapêutica, após discutir com INFECTOLOGIA ou paciente com uso prévio de cefalosporinas e/ou macrolídeos PIPERACILINA + TAZOBACTAN na dose de 4,5G de 6/6 horas endovenoso.

6.D) Oseltamivir: Discutir com INFECTOLOGIA.

6.E) Anticoagulação: Indicar anticoagulação plena somente se evento tromboembólico confirmado. Em todos os casos iniciar com dose profilática. Prescrever heparina não fracionada (HNF) subcutânea 5.000 UI de 8/8 horas ou ENOXAPARINA 40mg 1 vez ao dia subcutânea.

Doses especiais por peso de ENOXAPARINA: 60mg 1X/dia (80 a 120 Kg) e 40mg 12/12h ( $\geq$  120 Kg)

SITUAÇÕES ESPECIAIS: Se CICr < 30ml/min: usar heparina não fracionada na dose de 5000UI 12/12h com ajuste posterior se necessário. Se gestante/puérpera: HNF – 5.000UI 8/8h 7.500UI 12/12h. Se gestante/puérpera < 50Kg: HNF – 5.000UI 12/12h. Se gestante/puérpera IMC > 40: HNF – 10.000UI 12/12h. MANTER ALTA VIGILÂNCIA PARA TVP – Trombose venosa profunda, TEP – Tromboembolismo pulmonar e Oclusão arterial: Coletar fibrinogênio e D-dímero em pacientes com aumento na demanda de O<sub>2</sub> e procurar confirmar o diagnóstico. Usar métodos indiretos como ECG / ecocardiograma a beira leito e/ou ultrassom doppler de membros inferiores (MMII). Se dados não suficientes e o paciente puder ser mobilizado, realizar angiogramografia de artérias pulmonares. Considerar anticoagulação plena naqueles pacientes com alta suspeita e sem condições de confirmação diagnóstica havendo, neste cenário, a previsão de benefícios superiores aos riscos relacionados a esta terapia. As contraindicações relativas ou absolutas para terapia de anticoagulação incluem as já empregadas em outros cenários clínicos e incluem sangramento ativo, previsão de procedimento invasivo; úlcera gastroduodenal ativa, dissecação aórtica, câncer ou má-formação de sistema nervoso central, distúrbios de hemostasia hereditários ou adquiridos (p. ex., plaquetometria < 50000), dentre outros que devem ser discutidos caso-a-caso quando necessário.

6.F) Corticoide: Metilprednisolona 0,5mg/Kg/dia duas vezes ao dia sete dias e após desmame.

6.G) Ivermectina = profilaxia = corticoide.

6.H) Colchicina: Preferencialmente não fazer uso.

6.I) Vitaminas: Zinco, Vitamina C, Vitamina D (dose única), Própolis.

6.J) Controle glicêmico: Objetivo do controle é manter a glicemia entre 72 e 144 mg/Dl.

6.K) Sintomáticos para tosse: Acetilcisteína, Aerolin Spray.

6.L) Nebulização: Preferencialmente de 6/6 horas ou 4/4 horas (se liberado no serviço).

6.M) Medicação antiviral específica e Imunomodulador: discutir com a INFECTOLOGIA.

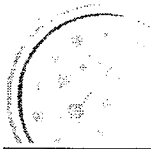
**7 – Critérios de Alta Médica e Desospitalização:**

- Estabilidade hemodinâmica obrigatória associada:
  - Boa aceitação de dieta via oral ou enteral.
  - Paciente afebril há 24 horas.
  - Ausência de uso de oxigênio por tempo mínimo de 24 horas com saturação mínima de  $\geq$  92%.
  - Frequência respiratória  $\leq$  24 ipm
  - Em situações específicas (dependência de O<sub>2</sub>) considerar oxigênio domiciliar após criteriosa avaliação.

**8 – Orientações na alta médica e prescrição:**

Os pacientes que recebem alta médica deverão ser orientados obrigatoriamente quanto ao período de transmissão e, portanto, necessidade de isolamento, continuidade de tratamento medicamentoso e fisioterapia e retorno em ambulatório para devido seguimento. Recomendamos o desmame de corticoide se necessário com DEXAMÉTASONA via oral, término do antibiótico se for necessário (avaliar cada caso na alta) e uso de APIXABANA por pelo menos 30 dias após a alta.

Dr. Thiago Cesar Pardi  
Infectologista / RQE 104142  
CRMSP 123.320



TIPO DO DOCUMENTO	FLUXOGRAMA 003	FLX.SCIH 003 – 01 PAGINA.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID 19. MODELO DE ORIENTAÇÕES E PERÍODO DE AFASTAMENTO.	EMISSÃO: 22/11/2022 VERSÃO: 001	PRÓXIMA REVISÃO: JANEIRO 2023

### SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

#### Recomendações para Profissionais de saúde

##### Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)



Oculares de proteção ou protetor facial



Máscara cirúrgica



Luvas descartáveis



Oculares de proteção ou protetor facial



Avental\*

Luvas de procedimento

Máscara N95 PFF2 ou equivalente\*\*

Avental\*

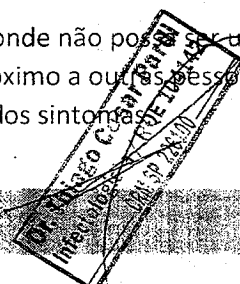
Luvas de procedimento


Tempo do início dos sintomas	5 DIAS			7 DIAS			10 DIAS		
	SEM SINTOMAS			SEM SINTOMAS			SEM SINTOMAS		
Condição de saúde	Ao 5º dia completo, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios e sem febre e sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas.			Ao 7º dia completo, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios e sem febre e sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas.			Ao 10º dia completo, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios e sem febre e sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas.		
Teste	Com teste ao 5º dia com RT-PCR ou TP-A.			Com teste ao 7º dia com RT-PCR ou TP-A.			Com teste ao 10º dia com RT-PCR ou TP-A.		
Resultado	RESULTADO NÃO DETECTADO / NÃO REAGENTE			RESULTADO DETECTADO / REAGENTE			RESULTADO NÃO DETECTADO / NÃO REAGENTE		
Suspensão do isolamento	Suspender o isolamento após 5 dias completos e manter as medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas**.			Suspender o isolamento após 7 dias completos e manter as medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas**.			Suspender o isolamento após 10 dias completos e manter as medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas**.		

**ATENÇÃO** = Recomendamos aos serviços do município o afastamento do paciente "para" completar 7 dias de sintomas. No caso de manutenção de sintomas ou piora clínica, o paciente deverá ser orientado a procurar novo atendimento para avaliação médica e demais condutas serão adotadas neste momento

#### MEDIDAS ADICIONAIS A SEREM ADOTADAS ATÉ O 10º DIA COMPLETO DO INÍCIO DOS SINTOMAS:

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.
- Não frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares; e evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas.



	ATA	Data: 11/2022	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 12/2022	Pág.: 1 de 1

CONVOCADOS	CARGO
Dr. Ricardo Cid Pardi	Diretor Clínico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Lidiani Carvalho dos Santos Araujo	Enfermeira
Lais Stuque Garcia dos Santos	Enfermeira


## II – PAUTA

- Análise dos óbitos ocorridos no hospital no mês de Novembro/2022.

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

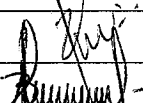
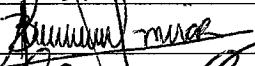
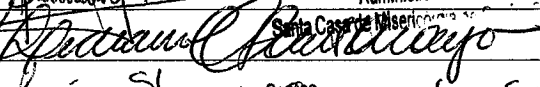
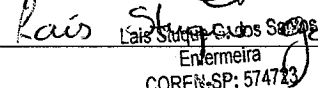
- Promovido análise dos óbitos, bem como qualidade das informações dos atestados emitidos. Óbitos analisados:
  - C.H.L. – Prontuário: 19121**  
 Cliente com 55 anos, hospitalizado com quadro de pneumonia nosocomial, infecção pulmonar e desnutrição.  
 Internado com suspeita de TB em tomografia para tratamento apresenta piora do quadro com confusão mental e taquipneia.  
 Realizado IOT sem sucesso.  
 Evolui para choque não especificado dia 01/11/2022 as 08h33.
  - I.T.C. – Prontuário: 421283**  
 Cliente de 82 anos, hospitalizada com quadro de ITU e LPP em região sacral grau IV.  
 Controle SSVV e glicemia capilar, soroterapia para hidratação, em uso de ATB (ceftriaxona e clindamicina). Coletado exames laboratoriais. Solicitado e realizado avaliação com nutrologa e cirurgia geral. Realizado fisioterapia motora e respiratória e transfusão sanguínea (concentrado de hemácias).  
 Cliente paliativa com termo assinado por familiares.  
 Evolui para Insuficiência Respiratória Aguda dia 15/11/2022 as 03h26.



 <p><b>Santa Casa</b> Quarta - São Paulo</p>	ATA	Data: 11/2022	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 12/2022	Pág.: 1 de 1

2. Evidenciado melhorias:
- Equipe Médica: aprimorar evoluções clínicas em prontuário;
  - Equipe Enfermagem: aperfeiçoar qualidade dos sinais vitais, checagem dos SAE, melhorar relatório;

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.		Beatriz L. Mira Rodrigues CPF: 381.627.628-43
2.		Administradora
3.		Santa Casa de Misericórdias de São Paulo
4.		Lais Stuckert Galdos Santos Enfermeira COREN-SP: 574723



**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- Novembro/2.022

Óbito Materno	Óbito Infantil	Óbito Fetal
0	0	0

*Lais Staque Garcia dos Santos*  
Lais Staque Garcia dos Santos  
COREN-SP-ENF-574723

Lais Staque Garcia dos Santos

COREN-SP-ENF-574723

*Lidiani Carvalho dos Santos Araujo*  
Lidiani Carvalho dos Santos Araujo  
COREN-SP-ENF-174075

Lidiani Carvalho dos Santos Araujo

COREN-SP-ENF-174075

Guairá, 04 de dezembro de 2.022

## Plano de Trabalho - Mês 11/2022

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas

Função: Assistente Social

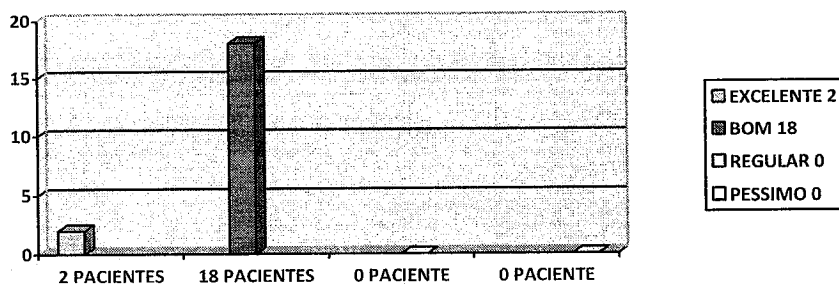
Setor: Pronto Socorro Municipal

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO –MÊS 11/2022

OBS: Total de pesquisas com 20 pacientes.

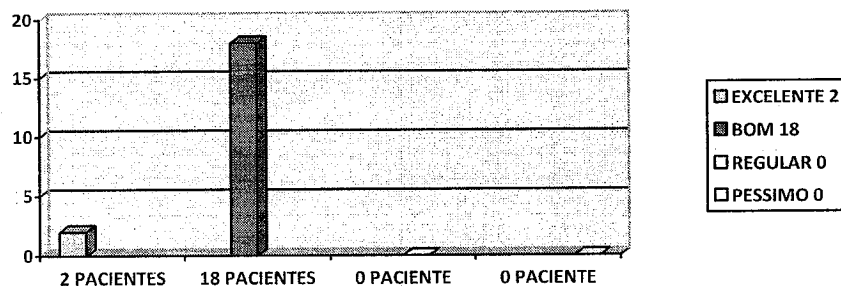
1) Como foi o atendimento na recepção?

Resposta: EXCELENTE 2 – BOM 18 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



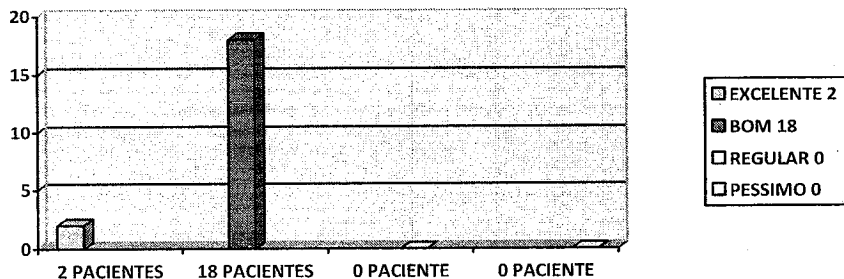
2) Como foi o atendimento na triagem?

Resposta: EXCELENTE 2 – BOM 18 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



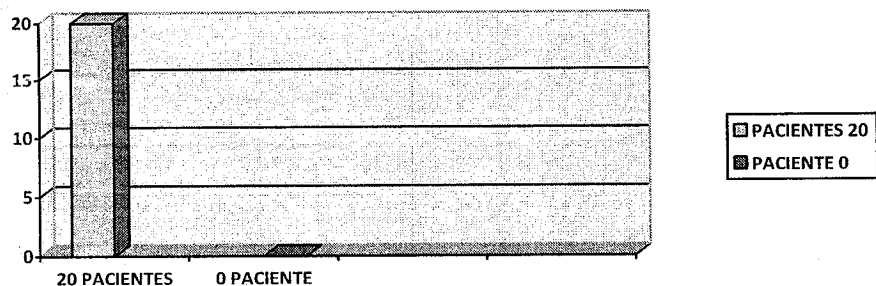
3) Como foi o atendimento do médico?

Resposta: EXCELENTE 2 – BOM 18 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



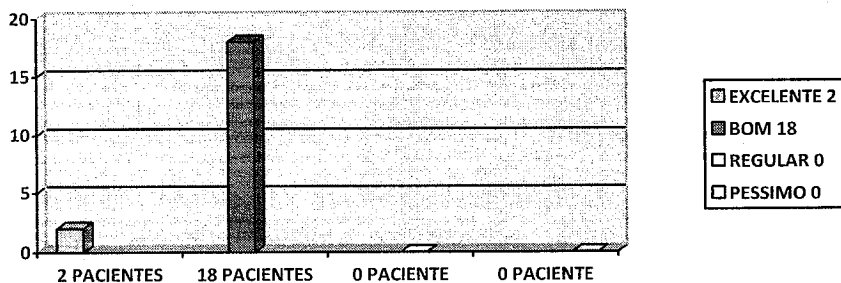
4) O atendimento da enfermagem, atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM – 20 pacientes; NÃO – 0 paciente



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

Resposta: EXCELENTE 2 – BOM 18 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



## Plano de Trabalho - Mês 11/2022

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas

Função: Assistente Social

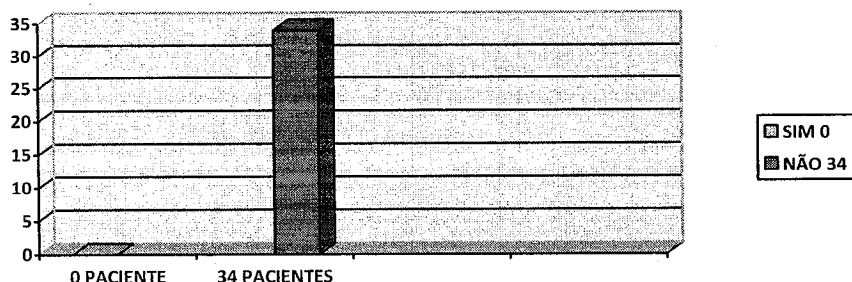
Setor: EXAMES AMBULATORIAIS

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 11/2022

OBS: Total de pesquisas com 34 pacientes.

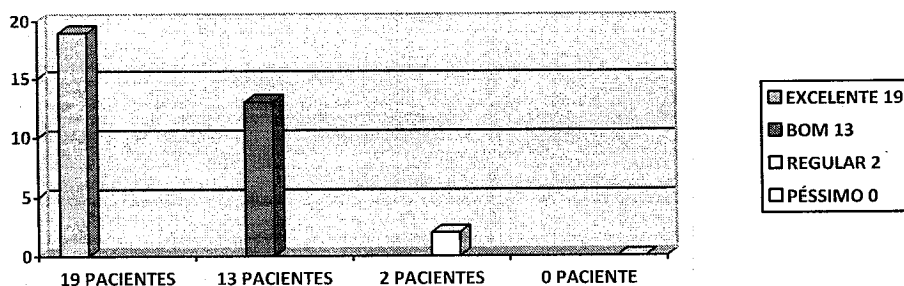
1) A marcação do exame ambulatorial foi demorado?

Resposta: SIM 0 – NÃO 34



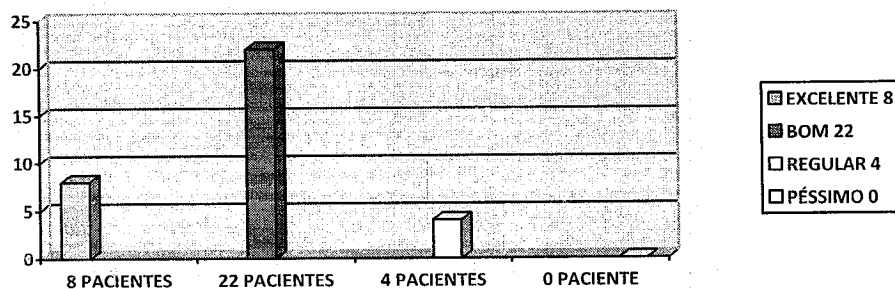
2) Como foi o atendimento na sala de espera?

Resposta: EXCELENTE 19 – BOM 13 – REGULAR 2 – PÉSSIMO 0



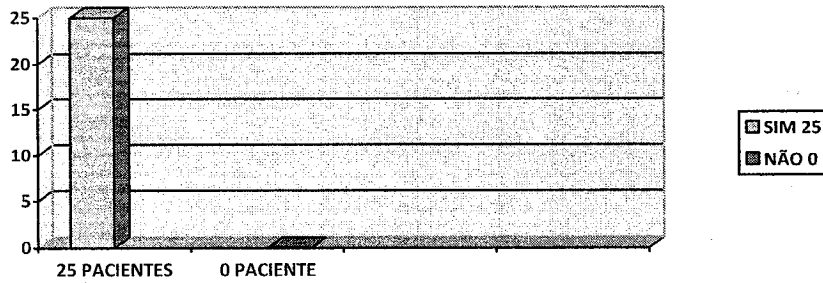
3) Como você considera o tempo de espera para atendimento?

Resposta: EXCELENTE 8 – BOM 22 – REGULAR 4 – PÉSSIMO 0



6) O médico deu atenção necessária?

Resposta: SIM 25 pacientes - NÃO 0 paciente



## Plano de Trabalho - Mês 11/2022

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas

Função: Assistente Social

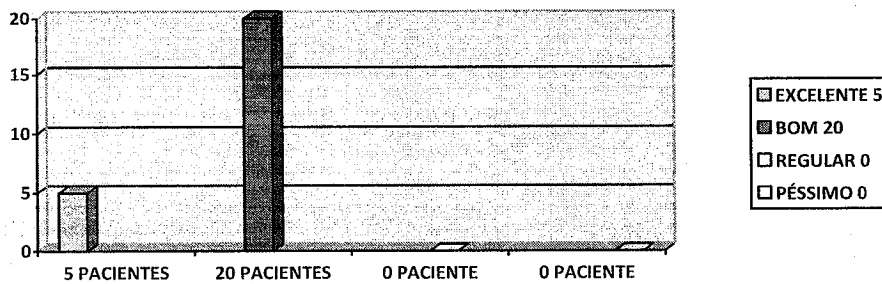
Setor: Enfermaria SUS (pacientes internados)

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 11/2022

OBS: Total de pesquisas com 25 pacientes.

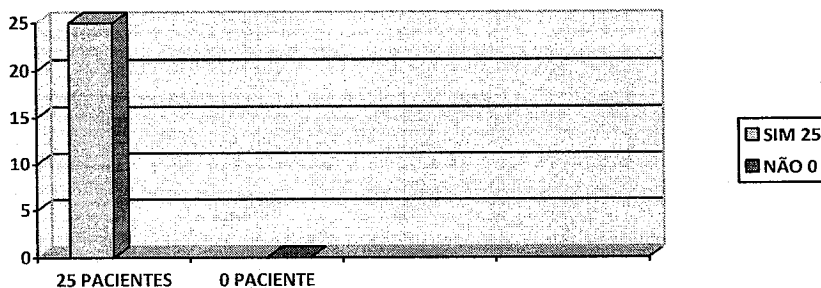
1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?

Resposta: EXCELENTE 5 – BOM 20 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



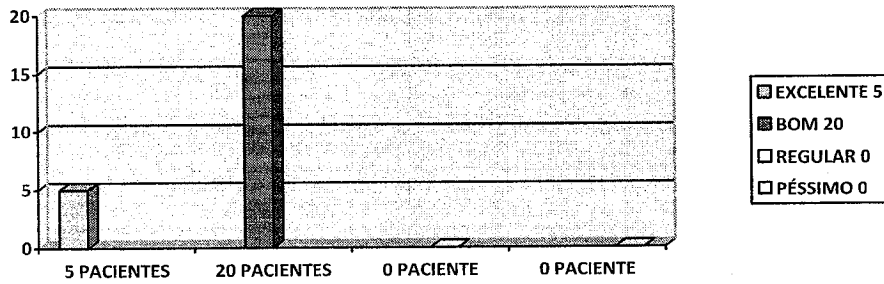
2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?

Resposta: Total de 25 pacientes foram orientados.



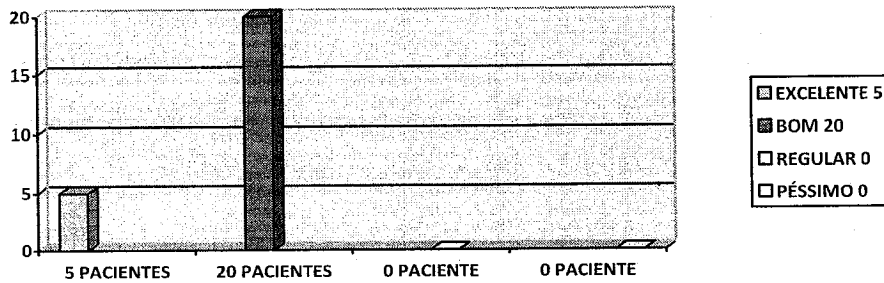
3) Como foi a alimentação nos dias de internação?

Resposta: EXCELENTE 5 – BOM 20 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



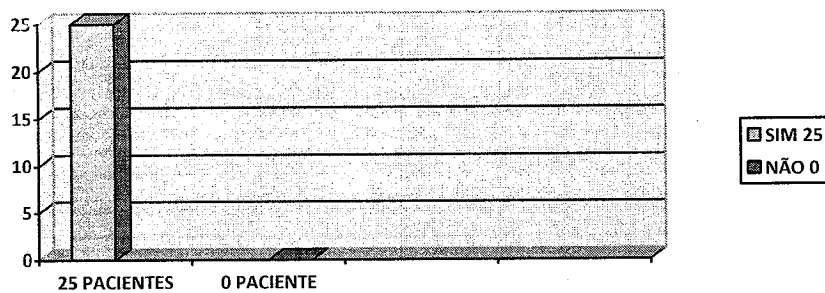
4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: EXCELENTE 5 – BOM 20 – REGULAR 0 – PÉSSIMO 0



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

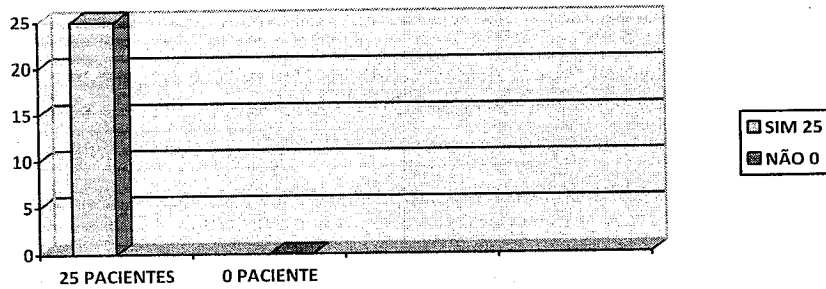
Resposta: SIM 25 pacientes - NÃO 0 paciente





6) O médico deu atenção necessária?

Resposta: SIM 25 pacientes - NÃO 0 paciente





## **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

---

### **Plano de Trabalho - Mês 11/2022**

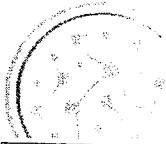
Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas

Função: Assistente Social

- OUVIDORIAS - MÊS 11/2022

Resposta: Somente 1 ouvidoria foi realizada neste mês.

de



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



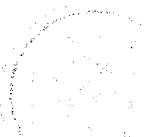
Santa Casa

TIPO DO DOCUMENTO	NOTA INFORMATIVA - 012	NOT.SCIH 012 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADEQUAÇÃO DOS HORÁRIOS DE VISITA - SOLICITAÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE CONTRATUALIZAÇÃO	EMISSÃO: 17/11/2022 VERSÃO: 001	PRÓXIMA REVISÃO: QUANDO NECESSÁRIO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ

# NOTA INFORMATIVA

## Adequação dos horários de visita



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	NOTA INFORMATIVA - 012	NOT.SCIH 012 - 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADEQUAÇÃO DOS HORÁRIOS DE VISITA - SOLICITAÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE CONTRATUALIZAÇÃO	EMISSÃO: 17/11/2022 VERSÃO: 001	PRÓXIMA REVISÃO: QUANDO NECESSÁRIO

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ**

Considerando a necessidade de adequação dos horários de visita na Santa Casa de Misericórdia de Guairá para cumprir rigorosamente o indicador "Visitas Diárias" do plano de contratualização com as "Metas" de manter implantado o horário de visitas diárias de no mínimo 03 (três) horas e de manter implantado o horário de visitas noturno na pediatria e maternidade para visitante, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar em reunião conjunta com a direção técnica e administrativa toma como providências:

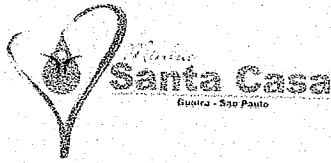
1 - Fica estabelecido o horário de visitas das 15:00 horas as 16:30 horas e das 19:00 horas as 20:30 horas diariamente.

2 - Solicita-se o uso de máscara em **TODOS** os setores ligados diretamente ao atendimento de pacientes. Todos os acompanhantes devem usar máscara em toda sua permanência no hospital, bem como os visitantes nos horários pré-estabelecidos para visitas.

Guairá, 17 de novembro de 2022.

Dr. Thiago Cesar Pardi  
Infectologista - RQE 104142  
Data: 17/11/2022

Thiago Cesar Pardi  
CRM - SP: 226100  
RQE Infectologia - SP: 104142



**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 Dezembro de 2022.

**Relatório Mensal de Orientações após Alta Hospitalar –  
Novembro 2022**

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: 102137-ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren-SP: 0102137



### 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:

Guaiara, \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

---

EQUIPE DE ENFERMAGEM

---

CLIENTE/RESPONSÁVEL



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: Ise

### RELAÇÃO DE NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS NO MÊS DE NOVEMBRO DE 2022

PACIENTES	ENFERMARIA	MATERNIDADE	UTI
SUS	455	94	174
CONVÊNIO MÉDICO	70	42	
PARTICULAR	42	1	
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>		

ACOMPANHANTES	MATERNIDADE
SUS	411
CONVENIO	43
PARTICULAR	1
<b>TOTAL</b>	<b>455</b>

DIETAS ESPECIAIS	ENFERMARIA	UTI
ENTERAL	26	30
PARENTERAL	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>30</b>

*Dra Juliana Elis Ferreira*  
CRMESP 200928

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
CIRURGIA ELETIVA - AMIGDALECTOMIA	2	1	1
CIRURGIA ELETIVA CINTURA ESCAPULAR	15	0	0
CIRURGIA ELETIVA COLECISTECTOMIA	18	14	0
CIRURGIA ELETIVA GINECOLOGIA	12	2	2
CIRURGIA ELETIVA HERNIA	20	1	0
CIRURGIA ELETIVA ORTOPEDIA JOELHO	49	7	4
CIRURGIA ELETIVA VARIZES	19	6	5
CIRURGIA ELETIVA VASECTOMIA	3	0	0
DENSITOMETRIA OSSEA	40	3	2
ENDOSCOPIA	32	32	19
TOMOGRAFIA	304	252	226
ULTRASSONOGRAFIA - EXTERNOS	876	772	638
<b>Total</b>	<b>1.390</b>	<b>1.090</b>	<b>897</b>



Especialidade	Ofertado	Agendado	Realizado		
			Presencial	Teleconsulta	Total
Anestesiologia	200	18	16	0	16
Cirurgia Eletiva - Avaliação Cirurgia Vascular Varizes	49	6	6	0	6
Cirurgia Eletiva - Avaliação Colectomia	140	3	3	0	3
Cirurgia Eletiva - Avaliação Ginecologia	20	8	8	0	8
Cirurgia Eletiva - Avaliação Hérnia	96	1	1	0	1
Cirurgia Eletiva - Avaliação Ortopedia	10	2	2	0	2
Cirurgia Eletiva - Avaliação Ortopedia Joelho	48	35	28	0	28
Cirurgia Eletiva - Avaliação Urologia Vasectomia	10	1	1	0	1
Cirurgia Geral	120	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>693</b>	<b>74</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>65</b>



**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 Dezembro de 2022.

**Relatório Mensal de Parturientes SUS orientadas sobre a forma correta de Aleitamento Materno – Novembro/2022**

Internações	Total	Parturientes SUS	Parturientes Conv./Part.
Orientações	32	16	16

Informo que 32 parturientes 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 DO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DA ANÓXIA NEONATAL**

Mês: Novembro/2022

Total de Nascidos Vivos SUS: 16

Total Natimorto SUS: 00

Total de Nascidos Vivos Conv/Part: 16

Total Natimorto Conv/Part.: 00

Informamos que 32 RNs, nascidos vivos, foram submetidos ao exame de mensuração de Apgar, no 1º e no 5º minuto de vida.

Guairá-SP, 22 de Dezembro de 2022.

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

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

COREN-SP-ENF-102137

H7



**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 Dezembro de 2022.

Venho através deste informar que TODOS 32 RNs que nasceram no mês de Novembro de 2022, 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 0102137 - ENF.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira Coren – SP 0102137

À Administração da

Santa Casa de Misericórdia de Guairá - SP

MONITORAMENTO MENSAL DO PROGRAMA DE TRIAGEM OCULAR

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA

2078414

351740

11/2022

NOME DA INSTITUIÇÃO  
CNES DA INSTITUIÇÃO  
CÓDIGO DO IBGE DO MUNICÍPIO  
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	Márcio AP da S. Fuchs	03/11/22		mano clare	OK	OK		
2	Helene Longo C.	01/11/22		Emmanuelly Wtamp	OK	OK		
3	Fabio Pereira das	01/11/22		Alyseke Wanso	OK	OK		
4	Cláudia da Costa Andrade	03/11/22		Zeyton	OK	OK		
5	Zaléria de M. Silva	03/11/22		Zhu	OK	OK		
6	Gelete AP de Nogue	03/11/22		Henrique	OK	OK		
7	Momi M de Vascon	03/11/22		Isabela	OK	OK		
8	Erica Cristina de S. S.	07/11/22		Heide Henrique	OK	OK		
9	Maryceline de C.	07/11/22		Enzo Cabull	OK	OK		
10	Jana Maria P. Moura	09/11/22		Paulo Junior	OK	OK		
11	Jameli de S. Rosa	09/11/22		Maria Heide	OK	OK		
12	Adriana da Silva	10/11/22		Aurora	OK	OK		
13	Maria Eduarda de L.	10/11/22		Alícia Valéria	OK	OK		
14	Carla de S. Silva	11/11/22		Luísa	OK	OK		
15	Melanie de S. Moura	11/11/22		Indymilla	OK	OK		
16	Marysuelly F. de S.	11/11/22		Sophie	OK	OK		
17	Juana Gomes de S.	14/11/22		Ana Beatriz	OK	OK		
18	Adriana Maria de S.	14/11/22		Mateus	OK	OK		
19	Lauriane de S.	17/11/22		Maria Fern	OK	OK		
20	Iselle Alves de S.	18/11/22		Benjamin	OK	OK		
21	Adriana Regina de S.	18/11/22		Mariele	OK	OK		
22	Fabio de S. de S.	18/11/22		Renato	OK	OK		
23	Na Sueli Landini de M.	21/11/22		Valentina	OK	OK		
24	Andréia de S. de S.	22/11/22		Luana	OK	OK		
25	Aline Santana de S.	23/11/22		Luanna	OK	OK		
26	Debra de Almeida	24/11/22		Christina	OK	OK		
27	Priscila de S.	24/11/22		Fabiana	OK	OK		
28	Carolina de S. de S.	24/11/22		Kelison	OK	OK		
29	Edson de S. de S.	25/11/22		Guano	OK	OK		
30	Fabiana de S. de S.	26/11/22		Thaís	OK	OK		

MONITORAMENTO MENSAL DO PROGRAMA DE TRIAGEM OCULAR  
 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRA  
 2078414  
 351740

NOME DA INSTITUIÇÃO  
 CNES DA INSTITUIÇÃO  
 CÓDIGO DO IBGE DO MUNICÍPIO  
 MÊS/ANO

	NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA	DNV	NOME DA CRIANÇA	RESULTADO DO PRIMEIRO TESTE			DESTINO	OBSERVAÇÕES
					OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO			
31	Araci Paula Mendes de S.	30.11.21		Quovana	OK	OK			
32	Araci Beatriz de S. Mendes	01/11/22			OK	OK			
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									



**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 Dezembro de 2022.

**Relatório Mensal de Vacinas de Vacina contra Hepatite B  
aplicadas X RNs SUS – Novembro/2022**

RNs	Total	RNs SUS	RNs Conv./ Part.
Vacina Hep. B Aplicadas	33	16	17

Informo que os 32 RNs nascidos no mês de Novembro/22 foram vacinados contra a Hepatite B antes da alta hospitalar. No dia 07/11/22 foi vacinado o segundo gemelar nascido em 24/10/22

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

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren – SP: 0102137

Berçário - Santa Casa  
 Mês e Ano: 11/2022

HEPATITE B

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

de 10 Vacinas  
 nascidos 24.10.2022

Total de Crianças Vacinadas no mês: 33





**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 Dezembro de 2022.

**Relatório Mensal de Parto Cesárea e Parto Vaginal – Novembro  
- 2022**

Internações	Total	Parto Cesárea	Parto Normal
Parturientes	32	31	01
Parturientes SUS	16	15	01

De 32 partos no mês de Novembro/22, 01 foi Parto Vaginal, o que corresponde a 3,1% do número total de partos.

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira  
COREN-SP: 0102137 - 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: 28/12/2

Nº PROCESSO: 17406/065-1999  
 Nº PROTOCOLO: 17406/007-2022  
 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  
 OBJETO LICENCIADO: UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS ESTABELECIMENTO

DATA DO PROTOCOLO: 04/02/2

DETALHE: 031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS

RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAÍRA  
 NOME FANTASIA: SANTA CASA DE GUAÍRA  
 CNPJ / CPF: 48.341.283/0001-61  
 LOGRADOURO: Rua 24  
 COMPLEMENTO:  
 BAIRRO: PARANOÁ  
 MUNICÍPIO: GUAÍRA  
 CEP: 14790-000  
 CNPJ ALBERGANTE: 48.341.283/0001-61  
 NÚMERO: 872

UF: SP

RESPONSÁVEL LEGAL: EMILIANA ALVES FERREIRA RIBEIRO STERCHILE  
 CPF: 18658367886

CONSELHO REGIONAL: N/A  
 UF:

Nº INSCR. CONSELHO PROF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: VIVIAN GUEDES YONEMOTO  
 CPF: 31216103844

CONSELHO REGIONAL: CRF  
 UF: SP

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 45536

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: LIVIA MARQUES DOS SANTOS  
 CPF: 37981325854

CONSELHO REGIONAL: CRF  
 UF: SP

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 85707

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 AS ATIVIDADES E OS SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS  
 EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTA DOCUMENTO.  
 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 10.063 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

GUAÍRA

LOCAL

04/02/2022

Wilver Glória de Oliveira  
 Chefe do Departamento  
 Vigilância em Saúde  
 Credenciada 3517406-0072

CLIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

ASSINATURA SANITÁRIA

DATA DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE EMISSÃO



**SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária**  
**SUS - Sistema Único de Saúde**  
**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GUAÍRA**

27/12/2021

**FICHA DE PROCEDIMENTOS**  
**No.01.000618/21**

Pág. 1

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE EXECUTORA**

48.344.014/0001-59      0176907      CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL DE GUAÍRA  
CNPJ/CPF      Código SIA      Nome

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

48.341.283/0001-61      351740601-861-000002-1.3  
CNPJ/CPF      Número de Cadastro - CEVA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAÍRA

Razão Social / Nome

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO**

Rua 24 nº 872

Inscrição No

PARANOÁ

Bairro

GUAÍRA / SP

Município / UF

administracao@santacasadiaguaira.com.br

br

e-mail

14790-000

CEP

(17) 33327000

(33) 31218

Telefone

FAX

**CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

PROGRAMADA

Origem do Procedimento

Procedimento

01 INSPEÇÃO SANITÁRIA

22/12/2021

data início

22/12/2021

data fim

**- Objetivo**

Inspeção para a avaliação das condições higiênico-sanitárias em estabelecimento de saúde para renovação da Licença de Funcionamento.

**- Finalidade**

LICENCIAMENTO

- Ação Compartilhada.

- Pessoas contactadas:

Sra. Leticia Gabrieli Pereira de Oliveira - Auxiliar de dispensário.

- Relato da situação

No momento da inspeção constatamos que:

\* Dispensário de medicamentos

- Havia 01 aparelho de ar condicionado e 01 ventilador de teto, proporcionando conforto térmico

- Janelas providas de tela milimétrica e proteções da ação direta do sol

- Havia prateleiras com caixas contendo medicamentos e mala: as identificadas. Cada medicamento em blister fracionado (individual) era identificado com nome do medicamento, lote, data de validade e código de barras;



Este documento é propriedade do PARCELAMENTO LAZER E TURISMO ATIVIDADES CANTOPARQUE E BONDOR, S.A. e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa da empresa.

55

- Havia recipiente rígido para descarte de material perfurocortante no suporte na parede;
- Havia refrigerador para a guarda exclusiva de medicamentos termolábeis. Foi apresentado Map Controle Temperatura realizado 3x/dia (manhã, tarde e noite com temperaturas máxima, mínima, atual);
- Havia sistema informatizado de controle para vencimento mensal de medicamentos;
- Havia 02 armários com chave para a guarda de medicamentos sujeitos à controle especial (injetáveis, lidocaína, midazolam, diazepam e comprimidos);
- Armário vênico com chave para armazenamento de medicamentos (xaropes, gotas e inalação);
- A dispensação de medicamentos sujeitos à controle especial era dispensado através do prontuário médico, exceto Misoprostol em que é necessário prescrição médica;
- Havia uma seladora para envolver ampolas, frasco-ampola de pó para injeção + diluente, preparação de kits;
- Foi apresentada Portaria de Regulando de Técnica emitida pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo;

#### \* Depósito 1 - Estoque

- Não havia ventilador no local;
- Havia uma janela desprovida de proteção contra luz solar;
- Havia algumas caixas dispostas aleatoriamente no piso;
- Havia prateleiras com caixas de materiais dispostos de forma organizada (seringas, equipamentos, sondas, colorim esteril);
- Havia paletes de madeira e metal com caixas de máscara cirúrgica, luvas, pacotes de látex, descartable desmontado etc.

#### \* Depósito 2

- Não havia ventilador no local;
- Havia paletes de madeira com caixas de água destilada para injeção, solução glicosada, solução glicofisiológica, iodopovidona, Ringer lactato etc.

#### - Considerações finais

##### Adequação:

- Manter afixados em local visível e em quantidade suficiente, avisos sobre o uso geral e obrigatório de máscaras de proteção facial no contexto da pandemia da COVID-19, conforme Portaria nº 64.959, de 04/05/2020;
- Manter atualizado o registro da temperatura do refrigerador exclusivo para guarda de medicamentos termolábeis;
- Manter no 19ºC na boca do refrigerador;



- Proporcionar conforto térmico nos depósitos conforme Artigo 35 da RDC nº 44 de 17 de Agosto de 2009:

§2º O ambiente deve ser mantido limpo, protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.

- Retirar caixas dispostos diretamente no piso e providenciar local adequado para as mesmas, conforme Artigo 36 da RDC nº 44 de 17 de Agosto de 2009.

Art. 36 Os produtos devem ser armazenados em gavetas, prateleiras ou suporte equivalente, afastados do piso, parede e teto, a fim de permitir sua fácil limpeza e inspeção

- Manter registro de higienização do reservatório de água em um intervalo máximo de 6 (seis) meses, conforme Comunicado CVS 006, de 12 de janeiro de 2011;

- Manter atualizado Manual de Boas Práticas Farmacêuticas e POP's, descrevendo detalhadamente as atividades realizadas.

- Atualizar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme RDC nº 222 de 28 de março de 2018;

- Manter atualizados o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), conforme NR 32 do Ministério do Trabalho e Emprego.

Documentação a ser apresentada

- Registro de higienização do reservatório de água;
- Registro de higienização do equipamento de ar condicionado

- Providências  
16 ORIENTAÇÃO TÉCNICA

**CONCLUSÃO DO PROCEDIMENTO**

SATISFATORIO COM RESTRIÇÕES

Moderado

15

Carimbo

Assinatura

Assinatura

**PROFISSIONAIS**

Credenciado

Nome

0046

ANGÉLICA CASAGRANDE ELEODORO BATISTA

0027

ISABEL KANEKO

No âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária - Sevisa, que abrange o território do Estado de São Paulo, os inspetores assumem inteira responsabilidade de que esta inspeção foi realizada e que a empresa declarada não possui conflito de interesse.





Sistema Estadual de Vigilância Sanitária  
Prefeitura Municipal de GUAÍRA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1º CEVS: 351740601-861-000010-1-5

DATA DE VALIDADE: 28/12/2022

1º PROCESSO: 17406/065-1999

1º PROTOCOLO: 17406/008-2022

DATA DO PROTOCOLO: 04/02/2022

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: 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: EMILIANA ALVES FERREIRA RIBEIRO STERCHILE

CPF: 18658367886

CONSELHO REGIONAL: N/A

Nº INSCR. CONSELHO PROF:

UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: WILLIAM SANTOS ZEME

CPF: 30519260864

CONSELHO REGIONAL: CRM

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 167709

UF: SP



**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 Padrão- POP**

### **Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

### **Nutrição 2022**

<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO- POP NUTRIÇÃO</b>	
Atualizado em: 11/01/2021	POP LACTARIO
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	



## 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: 1/09
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 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- Mensal , 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.

60



<b>TÍTULO: Higienização Janelas, paredes, portas, telas, forros, maçanetas, Luminárias, interruptores e tomadas.</b>	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 2/09
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 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 (Lactarista).
- 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 superfície;
  - 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 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

<b>TÍTULO: Higienização pias e bancadas.</b>	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 3/08
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 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 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

TÍTULO: Higienização fogão, forno e chapas.	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 4/09
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 1- **Objetivo:** Limpar resíduos após a cocção, manter organizado para o preparo de outras refeições;
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Material necessário:**
  - Detergente;
  - Fibra Verde;
  - Sapólio;
  - Pano descartável Tipo Perfex.
- 4- **Procedimentos:**
  - Jogue o detergente nas superfícies dos equipamentos;
  - Esfregue com a fibra até sair todas sujidades;
  - Retire o excesso de espuma com o pano descartável;
  - Espalhe o sapólio nas superfícies;
  - Esfregando mais uma vez para retirada de manchas;
  - Retire toda a espuma e sabão com o pano descartável seco.
- 5- **Frequência:** Diária ou de acordo com o uso.
- 6- **Epis necessário:** Luva de látex para limpeza
- 7- **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

TÍTULO: Higienização fogão, forno e chapas.	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 4/09
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 1- **Objetivo:** Limpar resíduos após a cocção, manter organizado para o preparo de outras refeições;
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Material necessário:**
  - Detergente;
  - Fibra Verde;
  - Sapólio;
  - Pano descartável Tipo Perfex.
- 4- **Procedimentos:**
  - Jogue o detergente nas superfícies dos equipamentos;
  - Esfregue com a fibra até sair todas sujidades;
  - Retire o excesso de espuma com o pano descartável;
  - Espalhe o sapólio nas superfícies;
  - Esfregando mais uma vez para retirada de manchas;
  - Retire toda a espuma e sabão com o pano descartável seco.
- 5- **Frequência:** Diária ou de acordo com o uso.
- 6- **Epis necessário:** Luva de látex para limpeza
- 7- **Observações:** -

GH

<b>TÍTULO: Higienização no preparo de Sondas Enterais</b>	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 5/09
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 1- **Objetivo:** Fazer as refeições enterais por meio de sondas com o uso do Trophic.
  - 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
  - 3- **Material necessário:**
    - Água quente fervida;
    - Suplemento Enteral com o Trophic;
    - Liquidificador;
    - Frascos para Sondas.
    - Luvas de Látex
    - Mascaras
  - 4- **Procedimentos:**
    - Higienizar as mãos e todas as bancadas com detergente neutro, bucha dupla face e álcool 70°ppm;
    - Antes de abrir o suplemento lavar com água e detergente a embalagem e seca-la com papel toalha;
    - Colocar oito colheres de Trophic para + duzentos e dez ml de água. (9 medida de Trophic + 210 ml de água);
    - Bater no liquidificador;
    - Esperar a espuma abaixar;
    - Medir 250 ml da alimentação no frasco;
    - Após o preparo armazena-los na geladeira imediatamente com validade de 24 horas;
    - E entregar nos postos de enfermagem e armazena-los ao fundo da primeira prateleira da geladeira.
    - Ao termino colocar todos os utensílios usados em solução clorada por 20min;
- O plano alimentar e servir nos seguintes horários:**
- 06:00 (Desjejum) – Trophic;
  - 09:00 (Lanche da Manhã)- Trophic;
  - 12:00 (Almoço)- Trophic;
  - 15:00 (Lanche da Tarde)- Trophic;
  - 18:00 (Jantar)- Trophic;
  - 21:00 (Ceia)- Trophic;
- Em casos de diarreia:**
- As refeições são intercaladas com suco de caju e no almoço canja (arroz, frango e batata).



## 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

### O plano alimentar e servir nos seguintes horários:

- 06:00 (Desjejum) – Trophic ;
- 09:00 (Lanche da Manhã)- Suco de Caju concentrado + Maça;
- 12:00 (Almoço)- Trophic;
- 15:00 (Lanche da Tarde)- Suco de Caju concentrado + maça;
- 18:00 (Jantar)- Trophicr;
- 21:00 (Ceia)- Suco de Caju concentrado+ maça.

5- **Frequência:** Sempre que tiver pacientes.

6- **Epis necessários:** Luva de látex, mascaras nasobucal descartável e avental.

7- **Observações:** -Não conversar na hora da manipulação;

- Tomar cuidado com o risco microbiológico;

- Manter o ambiente higienizado e limpo;

### Atentar as quantidades:

-210 ml de água+ 9 medidas de Trophic= 250 ml de SNE;

- 186 ml de água+ 8 medidas de Trophic= 200 ml de SNE;

-140 ml de água+ 6 medidas de Trophic= 150 ml de SNE;

- 94 ml de água + 4 medidas de Trophic= 100 ml de SNE.

TÍTULO: Higienização das Mamadeiras	CÓDIGO: POP
EDIÇÃO: 01	PAGINA: 06/09
ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES	DATA: 11/01/2021

- 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 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

<b>TÍTULO: Higiene e Saúde dos Manipuladores.</b>	<b>CÓDIGO: POP</b>
<b>EDIÇÃO: 01</b>	<b>PAGINA: 07/09</b>
<b>ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES</b>	<b>DATA: 11/01/2021</b>

- 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 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

- 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

<b>TÍTULO: Higiene no controle de qualidade na recepção de mercadorias.</b>	<b>CÓDIGO: POP</b>
<b>EDIÇÃO: 01</b>	<b>PAGINA: 08/09</b>
<b>ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES</b>	<b>DATA: 11/01/2021</b>

- 1- **Objetivo:** Recebimento de alimentos, hortifrúteis e carnes
- 2- **Execução da tarefa:** Todos os manipuladores de alimentos presentes no setor de Nutrição (Cozinheiras).
- 3- **Material Necessário:**
  - Balança;
  - Estoque;
  - Freezer e geladeira;
  - Termômetro.
- 4- **Procedimentos:**
  - Assim que o fornecedor chega com a mercadoria;
  - Conferir peso, se está de acordo com o pedido;
  - Guardar no local correto de acordo com o recebido;
  - Contar a quantidade nova que veio;
  - Colocar os produtos mais velhos na frente;
  - Dar entrada na planilha de controle de estoque
  - Verificar a temperatura no ato do recebimento.
- 5- **Frequência:** De acordo com chegada de produtos.
- 6- **Epis necessário:** -
- 7- **Observações:** O armazenamento deve ser imediato para não correr risco de contaminações.

<b>TÍTULO: Higiene Abastecimento D'Água</b>	<b>CÓDIGO: POP</b>
<b>EDIÇÃO: 01</b>	<b>PAGINA: 09/09</b>
<b>ELABORADO POR: MARIA EDUARDA LEAL A. RODRIGUES</b>	<b>DATA: 11/01/2021</b>

- 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 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 Dezembro de 2022.

À Administração da

Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Informo para devidos fins que participei da Reunião do Comitê Regional de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal no DRS 5- Barretos em 15/12/22, referente ao mês de novembro.

Atenciosamente,

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

\_\_\_\_\_  
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 Dezembro de 2022.

**Relatório Mensal de Parturientes SUS X Teste Rápido HIV,  
VDRL e TPHA – Novembro 2.022**

Internações	Total	HIV realizados	VDRL realizados	TPHA realizados
Parturientes	32	32	32	0
Parturientes SUS	16	16	16	0

**Relatório Mensal de Notificação Compulsória de sífilis  
congênita e de gestantes HIV+ /crianças expostas- Novembro  
2.022**

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

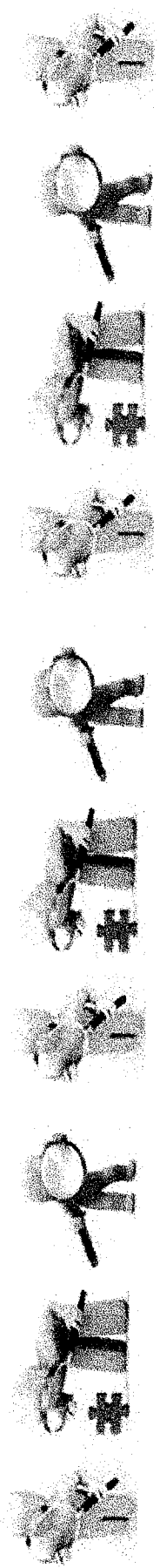
Enfermeira

Coren – SP: 0102137

CENTRO CIRÚRGICO  
INDICADORES CIRURGIA LIMPA  
NOVEMBRO 2022



**TOTAL ENTREVISTAS  
REALIZADAS: 77**





**FEBRE: 2**

**ARDENCIA AO URINAR: 1**

**VERMELHIDÃO NA INCISÃO: 0**

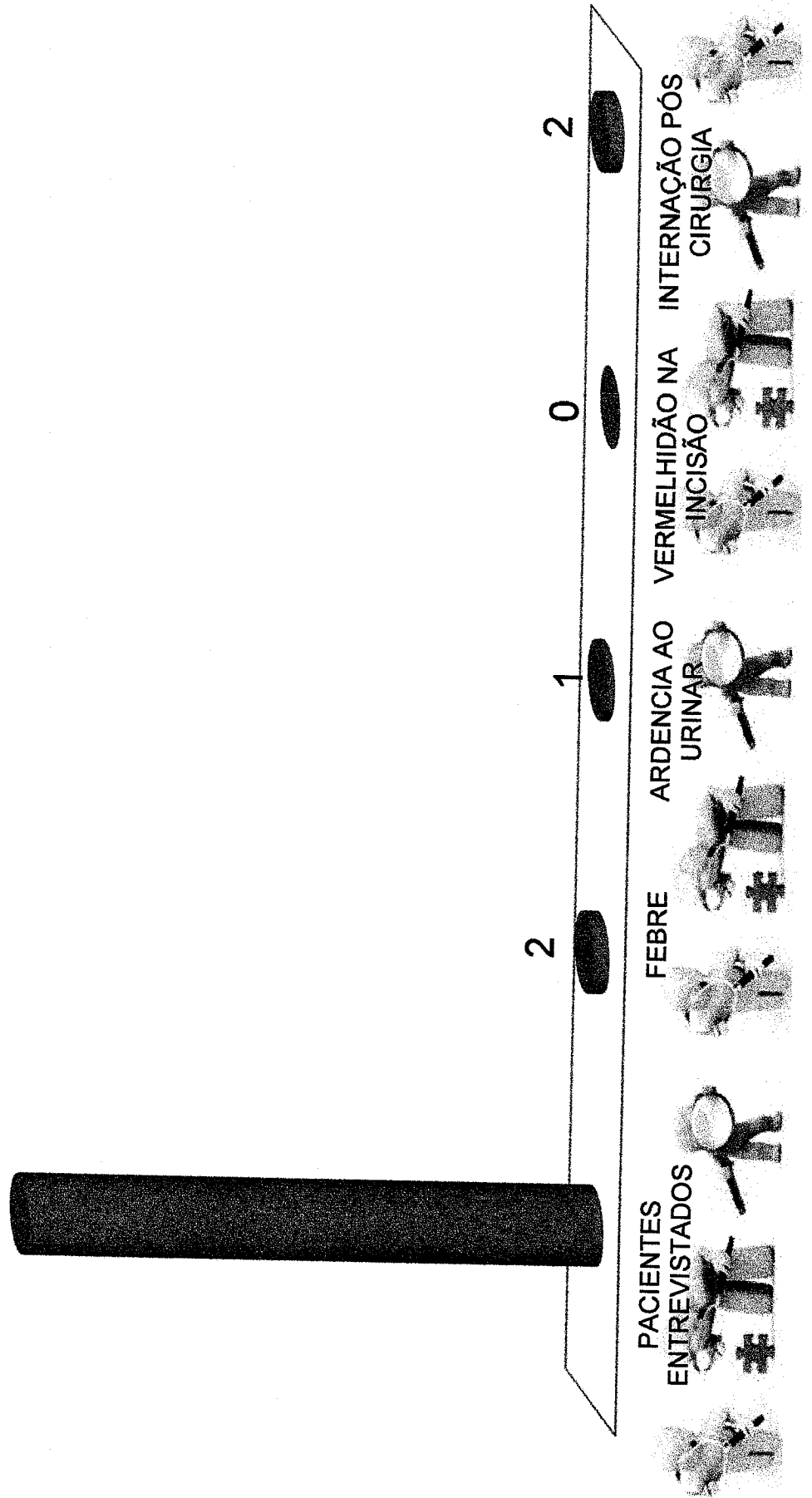
**• INTERNAÇÃO PÓS CIRURGIA: 2**





# INDICADORES CONTROLE DE CIRURGIA LIMPA

77



77

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	68	01-CIRURGICO
00000002	17	02-OBSTETRICOS
00000003	80	03-CLINICOS
00000004	9	07-PEDIATRICOS
<b>Total QTD:</b>	<b>174</b>	
Assinatura:		
Data: ___/___/___ Hora: ___:___		
<b><u>Reservado à Secretaria</u></b>		
Motivo:		
<input type="checkbox"/> Fora do Prazo		
<input type="checkbox"/> Falta de Etiqueta		
<input type="checkbox"/> Defeito Físico		
<input type="checkbox"/> Bloqueado		
<input type="checkbox"/> Cancelado / Não Cadastrado		
<input type="checkbox"/> Inconsistência		
<input type="checkbox"/> Divergência Conteúdo		
<input type="checkbox"/> Processo OK		
Integrado em: ___/___/___		
Assinatura:		
Matrícula: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___		



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA - SP**  
Avenida Gabriel Garcia Leal nº 676 - Fone (017) 3331-5100 - Fax 3331-3356  
Paço Municipal "Messias Cândido Faleiros"  
E-mail Prefeitura@guaira.sp.gov.br



Guairá/SP, 27 de Dezembro de 2022.

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

COMPETÊNCIA: 11/2022  
APRESENTAÇÃO: 12/2022

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA			
Procedimento	Descrição	Físico	Valor Faturado
<b>Pagamento do SIH2 CNES DO HOSPITAL - Serviços Hospitalares.</b>			
	Internações hospitalares (MAC) - Total	174	R\$ 115.068,49
	Cirurgias Eletivas Resolução SS-52	154	R\$ 87.003,13
		20	R\$ 28.065,36
<b>02.01</b>	<b>Coleta de material</b>		
02.01.01.056-9	Biopsia/Exerese de nódulo de mama	1	R\$ 70,00
		1	R\$ 70,00
<b>02.03</b>	<b>Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica</b>		
02.03.02.003-0	Exame Anatomo-Patológico	1	R\$ 40,78
		1	R\$ 40,78
<b>02.04</b>	<b>Diagnóstico por radiologia</b>		
02.04	Diagnóstico por radiologia	1.130	R\$ 9.626,03
02.04.06.002-8	Densitometria óssea	1.118	R\$ 8.964,83
		12	R\$ 661,20
<b>02.05</b>	<b>Diagnóstico por Ultrassonografia</b>		
02.05.02	Ultrassonografia dos demais sistemas	766	R\$ 22.737,83
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	698	R\$ 18.967,85
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de fluxo obstétrico	29	R\$ 1.148,40
02.05.01.003-2	Ecocardiograma	1	R\$ 42,90
		38	R\$ 2.578,68
<b>02.06</b>	<b>Diagnóstico por Tomografia</b>		
02.06.01.001-0	TC Coluna Cervical c/ ou s/ contraste	241	R\$ 26.615,70
02.06.01.002-8	TC Coluna Lombo-sacra c/ ou s/ contraste	17	R\$ 1.474,92
02.06.01.003-6	TC Coluna Torácica c/ ou s/ contraste	40	R\$ 4.044,00
02.06.01.004-4	TC Face/seios da face/articulações temporo-mandibulares	8	R\$ 694,08
02.06.01.005-2	TC Pescoço	3	R\$ 260,25
02.06.01.006-0	TC Sela Túrsica	0	R\$ 0,00
02.06.01.007-9	TC Crânio	0	R\$ 0,00
02.06.02.001-5	TC Articulações de membro superior	92	R\$ 8.964,48
02.06.02.002-3	TC Segmentos apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	0	R\$ 0,00
02.06.02.003-1	TC Tórax	0	R\$ 0,00
02.06.03.001-0	TC Abdomen superior	23	R\$ 3.137,43
02.06.03.002-9	TC Articulações de membro inferior	26	R\$ 3.604,38
02.06.03.003-7	TC Pelve/bacia/abdomen inferior	0	R\$ 0,00
		32	R\$ 4.436,16
<b>02.09</b>	<b>Diagnóstico por Endoscopia</b>		
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	19	R\$ 915,04
02.09.01.002-9	Colonoscopia	19	R\$ 915,04
		0	R\$ 0,00



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍARA - SP**  
Avenida Gabriel Garcia Leal nº 676 - Fone (017) 3331-5100 - Fax 3331-3356  
Paço Municipal "Messias Cândido Faleiros"  
E-mail Prefeitura@guaira.sp.gov.br



<b>02.11</b>	<b>Métodos diagnósticos em especialidades</b>	<b>31</b>	<b>R\$ 351,54</b>
02.11.02.006-0	Teste de esforço/teste ergométrico	0	R\$ 0,00
02.11.05.002-4	Eleetroencefalografia em virgília c/ com s/ foto-estimulo ( EEG)	31	R\$ 351,54
02.11.07.014-9	Emissões otoacusticas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)	0	R\$ 0,00
02.11.07.042-4	Emissões otoacusticas 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
<b>03.01.01</b>	<b>Consultas médicas/outros profissionais de nível superior</b>	<b>2.264</b>	<b>R\$ 22.640,00</b>
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	2.264	R\$ 22.640,00
03.01.06.010-0	Atend. ortopédico com imobilização provisória	2	R\$ 26,00
<b>03.03.09</b>	<b>Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>	<b>22</b>	<b>R\$ 337,32</b>
03.03.09.003-0	Infiltração de substancias em cavidade sinovial	15	R\$ 84,45
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	2	R\$ 44,42
03.03.09.020-0	Tratamento conservador de fratura em membro inferior c/ imobilização	1	R\$ 41,93
03.03.09.022-7	Tratamento conservador de fratura em membro superior c/ imobilização	4	R\$ 166,52
<b>03.09</b>	<b>Procedimento FAEC</b>	<b>5</b>	<b>R\$ 1.963,10</b>
03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos M. inferiores (Bilateral)	5	R\$ 1.963,10
<b>04.01</b>	<b>Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutanea	0	R\$ 0,00
04.01.01.007-4	Exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceo/lipoma	0	R\$ 0,00
04.01.01.008-0	Frenectomia/Frenotomia	0	R\$ 0,00
04.01.01.009-0	Fulguração/Cauterização Quimica de lesões Cutaneas	0	R\$ 0,00
04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	0	R\$ 0,00
<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>1</b>	<b>R\$ 12,97</b>
04.09.04.024-0	Vasectomia	0	R\$ 0,00
04.09.05.006-7	Plastica 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	1	R\$ 12,97
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>4.483</b>	<b>R\$ 85.336,31</b>
<b>TOTAL SIA E SIHD ...</b>		<b>4.657</b>	<b>R\$ 200.404,80</b>

AMANDA MIGUEL DE LIMA  
UAC-FATURAMENTO

Cervantes da Silva Garcia  
CPF: 029.793.358-27  
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: Iseinto

### Indicadores Hospitalares de Internação

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

	Óbito		Trans		Total		TOTAL		TOTAL		Média		Mort	Inst	%Inf Hosp	%Pac Dia	Total Pac.						
	-24H Reais	+24H Reais	Saída Reais	Reais	Inter	Reais	Inter	Reais	Leito Dia	Leito Dia	Parto Hosp.	Infec %						Rotat Geral	Inst	Hosp	Dia	Pac	
BERCARIO	2	0	0	2	0	2	0	0	3	90	11	0.37	0	0.00	0.00	0.00	1.85	2					
MATERNIDADE	20	0	0	20	2	22	23	0	23	0	7	0.23	0	0.00	0.00	0.00	1.18	23					
POSTO 26	90	0	3	93	2	95	88	2	90	27	173	5.77	27	0.00	0.00	0.00	1.18	100					
POSTO 27	81	0	2	84	9	93	80	1	81	24	244	8.13	0	0.00	0.00	29.08	94						
POSTO 28 PEDIA	8	0	0	8	0	8	6	1	7	5	18	0.60	0	0.00	0.00	41.01	9						
RPA CENTRO CIR	12	0	0	12	0	12	11	0	11	0	2	0.07	0	0.00	0.00	3.03	9						
UTI/COVID	15	0	1	17	2	19	17	2	19	10	140	4.67	1	0.00	0.00	0.34	12						
<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>228</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>236</b>	<b>15</b>	<b>251</b>	<b>6</b>	<b>231</b>	<b>69</b>	<b>2070</b>	<b>595</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>28.74</b>	<b>2.52</b>	<b>3.42</b>	<b>0.85</b>	<b>0.85</b>	<b>0.00</b>	<b>100.0</b>	<b>264</b>

#### FILTROS SELECIONADOS

Período Selecionado: de 01/11/2022 até 30/11/2022

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

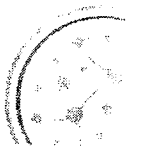
LEITO DIA: Número total de diárias disponíveis no período.

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.

MÉDIA DE PERMANÊNCIA: Número médio de dias que um paciente fica internado.

2



Serviço de  
controle de Infecção  
Hospitalar



Santa Casa de Misericórdia de Guairá

TIPO DO DOCUMENTO	ATA			ATA.CIC 001 – 02 PAGINAS.
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA FORMAÇÃO E ABERTURA DA COMISSÃO INTERNA DE CONTRATUALIZAÇÃO - CIC	EMISSÃO: 01/11/2022	LOCAL: SANTA CASA	
	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA	VERSÃO: 001		

# ATA

## Ata da formação e abertura da comissão interna de contratualização.

82



Santa Casa

TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.CIC 001 – 02 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA FORMAÇÃO E ABERTURA DA COMISSÃO INTERNA DE CONTRATUALIZAÇÃO - CIC	EMISSÃO: 01/11/2022	LOCAL: SANTA CASA
	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ	VERSÃO: 001	

1. Pauta

- Apresentação do plano de trabalho
- Explicação de cada indicador
- Definição da lista de colaboradores membros da comissão.
- Definição do respectivo responsável para cada indicador.
- Definição das datas das reuniões para entrega do material

2. Desenvolvimento da reunião

No dia sete de novembro de 2022 a enfermeira Edmara inicia a reunião explicando a necessidade da formação da comissão, bem como explicando o que é a contratualização municipal da Santa Casa de Misericórdia de Guairá. Inicialmente, foi apresentado pela enfermeira Ana Carolina, o plano de trabalho com foco nos determinantes das ações voltadas para o tópico: "Indicadores para avaliação do serviço". Foram lidos todos os indicadores e metas qualitativas referentes ao desempenho indicadas no plano de trabalho, do primeiro ao trigésimo terceiro. Foi explicado pela enfermeira Edmara que atualmente recebemos pontuações de zero, cinco ou dez pontos, em cada item, dependendo do que foi cumprido das metas pactuadas. A remuneração e o que é feito de repasse ao hospital depende da pontuação. Os itens que receberam maior atenção foram os itens 2 – comissões atuantes; 6 – aplicar, bimestralmente, pesquisa do nível de satisfação; 8 – manter implantado o horário de visitas noturno na pediatria e maternidade para visitantes; 16 – ampliar o número de partos vaginais ao mês até atingir no mínimo 10% do número total de partos; 24 – diminuição de 10% ao ano na taxa de infecção hospitalar após cirurgia; 28 – instituir e manter comissão de monitoramento de convênio SUS; 29 – manter dados do CNES atualizados, em especial dos serviços, equipamentos e recursos humanos; 30 – identificar e divulgar escala dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, contendo nome e especialidade do plantonista. Após a explanação de todos os itens com maior ênfase naqueles que não foram amplamente contemplados, ficou estabelecido com concordância de todos presentes que os membros da comissão seriam aqueles que estiveram na primeira reunião, sendo assim, todos os membros presentes hoje seriam membros da comissão. Fica definido que a comissão será chamada de "Comissão Interna de Contratualização". Fica também definido que a data oficial das reuniões será sempre na segunda quinta-feira de cada mês onde cada responsável pelo preenchimento dos seus itens deverá levar o material já completo para organização e devido encaminhamento para gestão da comissão. Sem mais a acrescentar, Dr Thiago finaliza a reunião agradecendo a presença de todos e colhendo as assinaturas.

Guairá, 07 de novembro de 2022.

Lista de presença:

Nome	Cargo/Ocupação	Assinatura
Thiago Cesar Pardi	Médico infectologista SCIH	
Ana Carolina Minoda	Enfermeira vigilância epidemiológica	
Vivian Guedes Yonemoto	Farmacêutica	
Janaína Beraldo da Silva Santos	Enfermeira SCIH	
Isabela	Nutricionista	
Gabriela	Banco de sangue	
Monise		
Edmara Candida Tavares	Enfermeira gerente de enfermagem	
Regina das Graças Leancini da Silva	Escriturária	
Nadieje	Assistente social	
Valéria	Comissão de prontuários	
Lais		
Lidiane		
Claudiane		
Alana	Comissão núcleo de segurança do paciente	

ELABORAÇÃO / REVISÃO: DR THIAGO CESAR PARDI - INFECTOLOGISTA DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

23

## Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 30/12/2022

CNPJ: 48.341.283/0001-61

CNPES: 2078414 Nome Fantasia: SANTA CASA DE GUAIRA

Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA Natureza Jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA 24 Número: 872 Complemento: --

Bairro: PARANOIA 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

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RICARDO CID PARDI 14/10/2022

Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 08/12/2022

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

## Equipamentos/Rejeitos

## Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
<b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>			
Mamografo 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

84



		1	1	SIM
		1	1	SIM
		1	1	SIM
		1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA				
		1	1	SIM
		1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA				
		3	3	SIM
		53	53	SIM
		5	5	SIM
		2	2	SIM
		10	10	SIM
		4	4	SIM
		10	10	SIM
		1	1	SIM
		8	8	SIM
		10	10	SIM
		13	13	SIM
		16	16	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS				

Eletrocardiografo	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 Electroestimulacao	1	1	SIM
Bomba de Infusao de Hemoderivados	1	1	SIM
Equipamento para Hemodialise	1	1	SIM
<b>Residuos/Rejeitos</b>			
Coleta Seletiva de Rejeito			
RESIDUOS BIOLOGICOS			
RESIDUOS QUIMICOS			
RESIDUOS COMUNS			
<b>Hospitalar - Leitos</b>			
Descrição		Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		10	0
UTI ADULTO - TIPO II			

86

Leitos Existentes	Leitos SUS	Descrição
4	3	PEC - CIRURGICO
1	1	CIRURGIA GERAL
3	2	GASTROENTEROLOGIA
1	1	NECROLOGIA
3	2	OFTALMOLOGIA
3	2	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
1	0	OTORRINOLARINGOLOGIA
		PLASTICA
3	2	SPEC - CLINICO
24	20	CARDIOLOGIA
1	1	CLINICA GERAL
1	1	DERMATOLOGIA
2	1	DIAGNOSTICO
3	2	HEMATOLOGIA
		NEONATOLOGIA
5	3	OBSTETRICO
2	1	OBSTETRICA CIRURGICA
		OBSTETRICA CLINICA
1	1	OUTRAS ESPECIALIDADES
		REABILITACAO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

87

Descrição		Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRICO		3	2
PEDIATRIA CIRURGICA		10	8

### Profissionais

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portan 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
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
ADRIELI DE ALMEIDA GOMES	700502917377259		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
ALANA GARCIA LEAL LELIS	980016281877719		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ALAO MINUNICIO JUNIOR	207274648460004		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	5	3	8
ALEXANDRA APARECIDA DOS REIS	706402643190483		223505	ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ALEXIA TALITA VIAN GIANONI	702801694858867		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	36	36
ALIER CARLOS DE FREITAS	980016297563581		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	18	24
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

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

88

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ALINE MELO CALIGARIS	980016285724135		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ANA BEATRIZ FERNANDES	707402033084572		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
ANA CARLA D ALESSANDRA AUGUSTO	700803493984788		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
ANA CAROLINA DE MATOS MAGALHAES	700506553354768		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	10	10
ANA LUCIA OLIVEIRA DE CARLOS GIRARDI	707702606828610		225127	MEDICO PNEUMOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	20	2	22
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
ANDREIA APARECIDA BORGES	980016297567684		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ANNA LUIZA QUEIROZ BARBOSA	700107932272517		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
ANTONIO CARLOS CAETANO DE PAULA	700100974622714		214935	TECNOLOGO EM SEGURANCA DO TRABALHO	NÃO	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	7000092665371107		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ARTHUR EUGENIO CARVALHO BISINOTTO	704608686847228		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	4	6
ARTHUR EUGENIO CARVALHO BISINOTTO	704608686847228		225285	MEDICO UROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	4	6

89

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
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	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	30	30
BRUNA LUIZA OLIVEIRA PIMENTA	708902712961317		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
BRUNO MACEDO	700008865827801		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
BRUNO MACEDO	700008865827801		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	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
CAMILA MARQUES MORSOLETO DE ANDRADE	980016289491631		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	20	20	40
CAMILA SILVERIO ANTONIO	700001057132904		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
CARLOS ROBERTO SILVA JUNIOR	700009470283303		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
CASSIO MEINBERG GERAIGE	700009941105507		225275	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	3	3	6
CECILIO JOSE PRATES	170085976120005		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
CECILIO JOSE PRATES	170085976120005		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	3	2	5
CELIA MARIA SANTOS BERNAL	980016276860633		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

90

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ELIA MARIA SANTOS ERNAL	980016276860633		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
LAUDIA DE SOUSA DA SILVA SANTOS	706206506152968		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LAUDINEIA MARQUES DE SOUZA	704007878780967		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
LEBER APARECIDO PITA BEZERRA	704607686621725		225203	MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	6	18
DAIANA APARECIDA DA SILVA	704605632987427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
DALLA MARA DE OLIVEIRA NOBRE	700107951795414		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
DANIELI DE CAMPOS RUFINO	7005079333682855		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
DANUBIA MARQUES DA SILVA	703005821391678		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
DINAMAR TUISSI PINTO	704100776177180		413115	AUXILIAR DE FATURAMENTO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
EDER GIROLAMO	704001390966264		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
EDINEA APARECIDA DOS SANTOS	704201241586182		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EDMARA CANDIDA TAVARES	980016277658722		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	10	26	36
EDNEI JUNIOR DE OLIVEIRA DOS SANTOS	709202292139436		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
EDU CELSO NOGUEIRA BRANCO	207274640210009		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
EDUARDA PARO	705409427487196		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14

9

Nome	CNS	Di. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
EDUARDO TELES MORAIS	702601204513940		225135	MEDICO DERMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	6	18
EDVALDO MIGUEL EVARINI	207274649860006		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EDVALDO MIGUEL EVARINI	207274649860006		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EDVALDO MIGUEL EVARINI	207274649860006		225150	MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	INTERMEDIAD	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	0	18	18
ELAINE CRISTINA ARQUIMAN	708004359486529		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	NÃO	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ELIANE APARECIDA TELES	705005650116550		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ELIANE CRISTINA MAZZARON	704605688879329		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ELIZANGELA DOS SANTOS RAMOS	702400079041229		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ELIZANGELA DOS SANTOS RAMOS	702400079041229		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ELTON DOMINGOS PAIAO	210238335590018		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
EMANUELA AFONSO CESARIO	980016293739286		225133	MEDICO PSQUIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	0	4
ERICA APARECIDA PAULA	702904569074076		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ERLANE GUERATO COELHO	706707540389718		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
EURICO MARIANO DE SOUZA FILHO	709208270350733		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA	Artigo 2º	0	1	2	3
EURICO MARIANO DE SOUZA FILHO	709208270350733		225203	MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA	Artigo 2º	0	1	2	3
EVERTON DOS SANTOS DA COSTA	705402441360193		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	13	25
FABIANA APARECIDA DUTRA MENDES	980016004440901		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36

92



Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
FABIANA GUERATO COELHO	980016284009866		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FABIO RIBEIRO AZEVEDO DA SILVA	708405739167163		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
FABIO RIBEIRO AZEVEDO DA SILVA	708405739167163		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
FATIMA GALANTI SILVA	705007055203150		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULACAO	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FERNANDA JABUR	704203242468584		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	30	30
FERNANDO LUIZ MENDES	706200056375966		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	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 NEUROQUIRURGIAO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	8	10
FRANCIELE DA SILVA SANTOS	706502357465793		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
FRANCIELE RODRIGUES DIAS	702302176585419		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULACAO	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FRANCINE CAMPOI NOLASCO	702607716862745		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	12	12
GABRIEL ZAMPERLINI	700404582554750		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
GABRIEL ZAMPERLINI	700404582554750		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 EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

93

Nome	CNS	DI-Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb	CH Hosp.	Total
GEIZE APARECIDA DOS SANTOS	706809759689423		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
GILVANIA CRISTINA MOREIRA	980016278544437		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
GISELE DE CARVALHO	703206654280994		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	12	12
GISLENE CRISTINA XAVIER MASCARINI	204464058030005		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GLEISON DA SILVEIRA SILVA	210170545270005		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	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 AFZAO MAGNANI	705601451462417		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	36	36
HILDA JOEBER GARCIA LUCAS	708605080876888		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
ISABELA DESTRO NOMEINI	700200947351720		225109	MEDICO NEFROLOGISTA	SIM	INTERMEDIAD	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	0	12	12
ISABELA GARCIA FALEIROS	700503998896953		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	40	40
IVAN SERGIO PETROCIC	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	980016278177884		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	PRIVADO		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
						O	DETERMINAD O						
JAQUELINE VIEIRA DA SILVA	704003898127467		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JEFALE GONCALVES FELICIANO DOS SANTOS	700103872472090		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
JOANA D ARC DA COSTA	709009884922118		514320	FAXINEIRO	NÃO	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JOAO JOSE DE OLIVEIRA	207274653700018		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JOAO ROBERTO ALVARENGA MACHADO	709605655328576		225265	MEDICO OFTALMOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
JORGE MASSARU MORITSUGU	207274654000001		225265	MEDICO OFTALMOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	0	2
JORGE SUGIMOTO	207274654860000		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		2	18	4	24
JOSE APARECIDO TRISTAO FILHO	207274649000007		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	10	4	14
JOSE EDUARDO MARTINS COELHO	700005993496309		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	30	0	30
JOSE PAULO PINHEIRO RIBEIRO DE MENDONCA	704605609789420		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
JOSIMARA ALBERTAO	704807550775249		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JUAN DENNIS APAZA GUTIERREZ	700008619220203		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
JUAN DENNIS APAZA GUTIERREZ	700008619220203		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
JUAN INACIO DO EGITO RIBEIRO	702401082622327		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
JULI CASSIA DOS SANTOS ASSUNCAO	704700767900732		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JULIA SANTOS DE OLIVEIRA	704005889205061		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO	PRIVADO		0	0	36	36

95

Nome	CNS	DI:Entrada	GBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
JULIANA FERNANDES PLATA CARVALHO	127776514950002		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JULIANA FERNANDES PLATA CARVALHO	127776514950002		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JULIANA GARCIA CIRILO	706201576084568		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JULIANA MARIA LEITE REIS FERREIRA	700704968720376		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	20	0	20
KELI CRISTINA AVELINO ALVES	980016289958106		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
KENIA DE LIMA SILVA	980016295013649		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
KEROLAINE APARECIDA ALVES	705007480325458		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
KEROLAINE APARECIDA ALVES	705007480325458		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
KIVIA DE FATIMA BIAS DA SILVA	700508126623659		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	18	18
LAIS MARQUES CAETANO	707405070842674		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LAIS MARQUES CAETANO	707405070842674		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
LAIS STUQUE GARCIA	980016296206262		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
LAMYA TAMAM KASSEN PINHEIRO	706405649460981		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	10	26	36
LARISSA EDUARDA GONCALVES GOMES	707602272430798		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LARYSSA SILVA PEREIRA	705806460719932		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	DI. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
LAURIANO APARECIDO DIAS	207274650280018		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	1	2
LAURIANO APARECIDO DIAS	207274650280018		225165	MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	0	4
LEA FERNANDA DA COSTA CAMARGO	980016276860609		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	13	25
LEINA JUNIOR FERREIRA ROCHA	704808016766943		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LEONARDO CASTRO MARINZECK	700600916833266		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LEONARDO VIANA GUIMARAES	706703588739912		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
LETICIA CRISTINA TEIXEIRA COSTA	703109360503760		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
LETICIA DA SILVA MOREIRA	708202135713544		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
LETICIA DA SILVA MOREIRA	708202135713544		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LETICIA RODRIGUES SIQUEIRA DUARTE PORTELA	708401201199960		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
LIDIANI CARVALHO DOS SANTOS ARAUJO	207274647650004		223505	ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LIDIANI CARVALHO DOS SANTOS ARAUJO	207274647650004		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
LIVIA MARQUES DOS SANTOS	702807620109564		223405	FARMACEUTICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		30	0	0	30
LUCIANA APARECIDA DA SILVA	980016284443361		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LUIS GUSTAVO RESENDE FERREIRA	706508335828198		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	6	10
LUIS GUSTAVO RESENDE FERREIRA	706508335828198		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	4	10
LUIZ DOS REIS SILVA	207274648780002		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3

97

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb	CH Hosp	Total
LUIZ DOS REIS SILVA	207274649780002		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	4	8
LUIZ DOS REIS SILVA	207274649780002		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	5	0	5
MAIARA BRANDAO SAMPAIO	701801294187975		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	10	11
MARCELO SUZUKI MATUSHITA	7005005266654155		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	10	4	14
MARCELO VELOSO MOURTHE DE SOUZA	700001887337509		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
MARIA APARECIDA BATISTA	980016278179186		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MARIA CONCEICAO SORATI	980016289238715		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MARIA KAROLINE LELIS DE SOUSA TOLOIS	700003960739804		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MARIA PAULA DE PAULA NASCIMENTO	70300183474073		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
MARIA PAULA DE PAULA NASCIMENTO	70300183474073		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
MARIA VERONICE DA SILVA NASCIMENTO PINTO	201105259270002		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MARIANA DA SILVA FERNANDES	980016295923084		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MARIANA MORIS	700406781324250		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
MARIETE MARIA DA SILVA	700004161717304		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MARINA BOTTA MARTINS	704201596205690		252105	ADMINISTRADOR	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
MARLI ALVES FERREIRA	207274650520000		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36

98

Nome	CNS	DI. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARTA ALVES CIPRIANO BIANCO	704701772246434		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MATHEUS LUCAS DE SOUZA	706505310954995		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
MATHEUS LUCAS DE SOUZA	706505310954995		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
MICHELE CRISTINA FERREIRA	980016297155165		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MICHELE CRISTINA FERREIRA	980016297155165		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MICHELE GONCALVES	980016287211801		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MILEIDE DOS SANTOS TAVARES DE VICTOR	702909559705876		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MIRELA DE PAULA NICODEMOS	702300171694714		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MONICA CRISTINA INACIO DA SILVA	704707773484032		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MONISE CRISTINA BENTO	700207968657930		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MURIEL ANTONIO RODRIGUES DOS SANTOS	708208166262949		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MURILLO PIMENTEL RODRIGUES	702909511285974		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
NADIA ABDALA IBRAHIM	701206007271618		223505	ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
NAIARA FIRMINO TOMAZ	702800125203660		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
NAIARA FURINI DE SOUZA	980016296634515		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	3	4
NAIARA FURINI DE SOUZA	980016296634515		223625	FISIOTERAPEUTA RESPIRATORIA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	3	4

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Tota
MAIARA SOARES DE SOUSA PEREIRA	980016288742002		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
NATALI ALBUQUERQUE SANTANA RAMACHOTTE	704005877631362		223405	FARMACEUTICO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
NATHALIA MARIA LIMA TEODORO	708008867802720		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
OSVANIA TEODORO DA SILVA	702604265845644		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
OSVANIA TEODORO DA SILVA	702604265845644		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
PAMELA ALVES EVANGELISTA	704204254994880		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
PAMELA CRISTINA DOS ANJOS	980016294059505		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
PATRICK FERREIRA LIMA	706406697420189		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
PAULA AYUMI MORITSUGU	705805472097132		225135	MEDICO DERMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	20	24
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	3	9
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	3	4
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	10	11
PAULO HENRIQUE FREIRE PRADO	708008801844328		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	4	8
PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA SANT ANNA	701008819103497		225275	MEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	10	4	14
PRISCILA BARROS SILVEIRA	700500374149151		225125	OTORRINOLARINGOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA	Artigo 2º	0	12	6	18
RAFAEL CHAVES DASSIE	705006848712154		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
RAFAEL MULLER	700004280165305		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	12	24
					SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



Nome	CNS	Dt:Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb	CH Hosp.	Total
RAFAEL MULLER	700004280165305		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
RAFAEL ROCHA RODRIGUES	707409020234674		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
RAFAEL SANTOS ZEMI	980016279837454		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
RAFAEL SANTOS ZEMI	980016279837454		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
RAFAELA MENDONCA DE MEDEIROS	704509325950114		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
RAIRAM CAVALCANTI CAPUTO	708400753834762		225150	MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	INTERMEDIAD	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	0	40	40
RAQUEL DE SOUSA LIMA HOLANDA	706701578862911		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
RAQUEL DE SOUSA LIMA HOLANDA	706701578862911		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
REGIANE ALVES DOS SANTOS	708407728733563		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
REGIANE APARECIDA FURLAN FERREIRA	702401546524220		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	3	9
REGIANE APARECIDA FURLAN FERREIRA	702401546524220		225135	MEDICO DERMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	3	9
REGINA DAS GRACAS LEONCINI DA SILVA	701100344363980		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
RENATA CRISTINA DOS SANTOS	980016277660476		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
RENATA MAIARA FERREIRA	980016287791271		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	22	2	24
RENATA MARTINS DE LIMA	700009935185804		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
RENATA MOSCONI MOREIRA	980016278020128		221205	BIOMEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
RICARDO CID PARDI	207274649270004		131205	DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
RICARDO CID PARDI	207274649270004		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	5	5

201

Nome	CNS	Di. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Totale
RICARDO CID PARDI	207274649270004		225151	MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	8	8
RICARDO GONCALVES DA SILVA	700002213471406		225109	MEDICO NEFROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	12	12
RODRIGO DE SOUZA FERREIRA	703604024441837		223505	ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
RODRIGO DE SOUZA FERREIRA	703604024441837		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ROSANGELA NOGUEIRA DA SILVA CELA	700009600613006		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ROSELI MEIRE DE SENA	700203960659329		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	36	36
ROSIMEIRE MELO DE PAULA DA SILVA	980016278175679		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SABRINA NICOLAU DA SILVA	980016284314197		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
SAID ABDALA ZEMI NETO	980016004733593		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	4	6	10
SAID ABDALA ZEMI NETO	980016004733593		225165	MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
SAID ABDALA ZEMI NETO	980016004733593		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
SARHA DE OLIVEIRA GONCALVES	708403796880661		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SHEILA APARECIDA PEREIRA RODRIGUES DE PAULA	709002803771517		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SIDNEIA APARECIDA DA ROCHA SILVA	980016278169636		221205	BIOMEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
SIMONE APARECIDA DE JESUS ALMEIDA	980016295018691		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
SIMONE CRISTINA DE SOUSA BARBOSA	708406249627665		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36

102

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp	Total
SONIA DONISETI DE SOUSA	702801124925361		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SONIA PEREIRA DE SOUZA	980016285724127		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SONIELI VIEIRA MANSO	704700746215739		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	36	0	0	0	36
SUZANE BARCELOS SANTOS	707003856057732		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA	0	6	8	0	14
TAINARA TAVARES MENCHETE	702203134602910		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA	0	1	10	0	11
TAIS CRISTINA VIEIRA DE LIMA SILVA	704602135914322		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO	0	0	0	36	36
TAISNARA CRISTINA RAMOS SILVEIRA	701204090974411		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	0	18	18	0	36
TALYSON JOSE PEREIRA DE ASSIS	700508980911157		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	0	18	18	0	36
TATIANA COSTA IGNACIO	980016283356937		225155	MEDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA	0	5	1	0	6
TATIANE MARQUES DA SILVA	980016281877778		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	0	2	34	0	36
TAYNARA SABINO CIRILO	700609462533260		223505	ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIAD O	CELETISTA	NAO SE APLICA	0	0	36	0	36
TAYNARA SABINO CIRILO	700609462533260		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	0	18	18	0	36
THAY'S RODRIGUES LELIS CURI	702008353395186		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA	0	16	8	0	24
THIAGO CESAR PARDI	705008019559359		225103	MEDICO INFECTOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA	0	6	24	0	30
THIAGO CESAR PARDI	705008019559359		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA	0	6	24	0	30
VALDENIR PEREIRA DA SILVA	700007165701200		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	0	18	18	0	36

103

Nome	CNS	Di. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
VALERIA VIVIANA CARDOSO CIRIACO	980016278426191		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
VANESSA FEDRIGO VILELA	709204205074936		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
VITORIA MARIA FERREIRA DE SOUZA	701401651155339		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
VIVIAN GUEDES YONEMOTO	980016283475219		223405	FARMACEUTICO	NAO	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		30	0	0	30
VIVIANE ISaura TOSTA	706102043730560		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	20	4	24
WILLIAM SANTOS ZEME	708906771110518		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
WILLIAM SANTOS ZEME	708906771110518		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3

Data desativação: --

Motivo desativação: --

104



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA

Diretoria do Departamento de Finanças

CNPJ 48344014000159

Av. Gabriel Garcia Leal, Nº 676 - MARACA

## ALVARÁ DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Nº do Cadastro

083233003

Nº da Inscrição

083233003

Nº do Alvará

35/2022

Validade

18/02/2023

Contribuinte

Nome:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAÍRA

CPF/CNPJ:

48341283000161

RG/Insc

Nome Fant.:

Endereço

Logradouro:

24

Complemento:

3332-7000

Bairro:

JARDIM PAULISTA

Cidade:

GUAIRA

Número:

872

CEP:

14790000

Estado:

SP

Atividade Principal

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Horário de Funcionamento

Meio de Semana

Sábado

Domingo

Feriado

Das: 00:01:00 Até: 23:59:00

Das: 00:01:00 Até: 23:59:00

Das: 00:01:00 Até: 23:59:00

Das: 00:01:00 Até: 23:59:00

Observações

Detalhamento da Atividade

Validador

9F68D37FFD611B63

Código

Data de Abertura

05/03/2007

Estabelecimento autorizado a exercer a atividade  
supra por período, a critério da Administração  
Pública

Código do ISS

04.00

ORGÃO EXPEDIDOR

Divisão de Tributação

  
Carlos Donizeti de Souza Vilela  
Chefe do Departamento Tributário

AFIXAR EM LOCAL VISIVEL NO ESTABELECIMENTO



**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

APRESENTAÇÃO 12/2022	psf	p.soc	qtda		
<b>BPAI TOMOGRAFIAS</b>					
COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	17	20	3	86,76	1.735,20
COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	40	43	3	101,10	4.347,30
COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE	8	8	0	86,76	694,08
SEIOS DA FACE/ARTIC. MANDIBULAR	3	6	3	86,75	520,50
PESCOÇO	0	2	2	86,75	173,50
SELA TURCICA	0	0	0	97,44	0,00
CRANIO	92	125	33	97,44	12.180,00
TORAX	23	28	5	136,41	3.819,48
HEMITORAX-PULMÃO OU MEDIASTINO	0	0	0	136,41	0,00
ABDOMEN SUPERIOR	26	53	27	138,63	7.347,39
ABDOMEN INFERIOR	32	60	28	138,63	8.317,80
ARTICULAÇÕES M.SUPERIOR	0	0	0	86,75	0,00
ARTICULAÇÕES M.INFERIOR	0	1	1	86,75	86,75
SEG.ARTIC.-BRAÇO-ANTEB-MAO-COXA-PERNA-PE	0	0	0	86,75	0,00
TOMOMIELOGRAFIA	0	0	0	138,63	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>346</b>	<b>39.222,00</b>
<b>BPA I ULTRASSON</b>	<b>241</b>	<b>105</b>	<b>105</b>		
<b>DR° JOSE EDUARDO</b>					
ABDOMEM SUP	3	3	0	24,20	72,60
ABDOMEM TOTAL	151	156	5	37,95	5.920,20
APARELHO URINARIO	67	70	3	24,20	1.694,00
TIROIDE	22	22	0	24,20	532,40
MAMARIA BILATERAL	12	12	0	24,20	290,40
BOLSA ESCROTAL	1	1	0	24,20	24,20
DOPLER	29	33	4	39,60	1.306,80
PELVICO	1	1	0	24,20	24,20





TRAT/CONSERV/C/IMOB MEMBRO INFERIOR	225270	030309020-0	1	41,93	41,93	41,93
TRAT/CONSERV C/IMOB MEMBRO SUPERIOR	225270	030309022-7	4	41,63	166,52	166,52
ELETROCAUTERIZAÇÃO	225135	040101009-0	0	11,84	-	-
REIRADA LESÃO POR SHAVING	225135	040101012-0	0	19,79	-	-
EFG EM VIGILIA		021105002-4	31	11,34	351,54	351,54
<b>TOTAL</b>					<b>714,86</b>	
CONSULTAS			qtda			
NEURO/ADRIANO MOYSES	225112	030101007-2	49	10,00	490,00	490,00
VASCULAR/ CLEBER	225203	030101007-2	70	10,00	700,00	700,00
OTORRINO/ PEDRO HENRIQUE	225275	030101007-2	54	10,00	540,00	540,00
PSIQUIATRA/EMANUELA	225133	030101007-2	165	10,00	1.650,00	1.650,00
PSIQUIATR CAPS/ EMANUELA	225133	030101007-2	285	10,00	2.850,00	2.850,00
VASCULAR/ EURICO	225203	030101007-2	96	10,00	960,00	960,00
NEURO/CIRURG/FLAVIO MATEUS	225260	030101007-2	151	10,00	1.510,00	1.510,00
PSIQUIATRA/IVAN	225133	030101007-2	154	10,00	1.540,00	1.540,00
OFTALMOLOGIA/ DR JORGE MASSARU	225265	030101007-2	119	10,00	1.190,00	1.190,00
GASTRO/LAURIANO	225165	030101007-2	140	10,00	1.400,00	1.400,00
HEPATO/ LAURIANO	225125	030101007-2	22	10,00	220,00	220,00
ORTOPEDIA/ LUIS GUSTAVO	225270	030101007-2	207	10,00	2.070,00	2.070,00
ORTOPEDIA/ MARCELO	225270	030101007-2	329	10,00	3.290,00	3.290,00
UROLOGIA/GUSTAVO BAT. DA ROCHA	225285	030101007-2	23	10,00	230,00	230,00
DERMATO/ DRª REGIANE	225135	030101007-2	94	10,00	940,00	940,00
DERMATO/ DRª REGIANE CIRURGIA	225225	030101007-2	0	10,00	-	-
CIRURGIA/LEONARDO	225225	030101007-2	0	10,00	-	-
ENDOCRINO/TATIANA	225155	030101007-2	150	10,00	1.500,00	1.500,00
INFECTO/THIAGO	225103	030101007-2	41	10,00	410,00	410,00
CARDIO/WILLIAM	225120	030101007-2	95	10,00	950,00	950,00
<b>TOTAL</b>			<b>2.244</b>		<b>22.440,00</b>	
<b>CONSULTA/AVALIAÇÃO RESOLUÇÃO SS-52</b>						
DRº LEONARDO	225225	030101007-2	0	10,00	0,00	0,00
DRº PAULO	225250	030101007-2	0	10,00	0,00	0,00
DRº LUIZ REIS	225250	030101007-2	0	10,00	0,00	0,00
DRº LUIS GUSTAVO	225270	030101007-2	20	10,00	200,00	200,00



DR°	225203	030101007-2	0	10,00	0,00			
DR°	225203	030101007-2	0	10,00	0,00			
DR°	225285	030101007-2	0	10,00	0,00			
					200,00			
ULTRASSON BPA C			psf	p.soc	qtida			#VALOR
ARTICULAÇÃO/JOSE EDUARDO	225320	020502006-2	140	2	142	24,20		3.436,40
TRANSVAGINAL/JOSE EDUARDO	225320	020502018-6	1	1	2	24,20		48,40
PROSTATA ABDOMINAL/JOSE EDUARDO	225320	020502010-0	34	0	34	24,20		822,80
TRANSVAGINAL/DR LUIZ	225320	020502018-6	73	0	73	24,20		1.766,60
TRANSVAGINAL/DR PAULO	225320	020502018-6	84	6	90	24,20		2.178,00
TRANSVAGINAL/DR JORGE	225320	020502018-6	0	2	2	24,20		48,40
<b>TOTAL</b>					<b>343</b>			<b>8.252,20</b>
			QTDA					
<b>PRONTO SOCORRO BPAC</b>								
ELETCARDIOGRAMA	BPA C	021102003-6	268	5,15	1.380,20			
GLICEMIA	BPAC	021401001-5	247	0,00	0,00			
ATEND/URGENCIA 24 HRS	BPA C	030106002-9	2930	12,47	36.537,10			
ATEND/URG/ESPECIALIDADE	BPAC	030106006-1	118	11,00	1.298,00			
ATEND/ MEDICO EM PRONTO SOCORRO	BPA C	030106006-1	1142	11,00	12.562,00			
ATEND/ ORTOPEDICO C/ IMOBILIZAÇÃO	BPA C	030106010-0	23	13,00	299,00			
ACOLHIMENTO DE RISCO	BPAC	030106011-8	3900	0,00	0,00			
ADM/MEDICAMENTO	BPAC	030110001-2	3425	0,63	2.157,75			
AFERIR PRESSÃO ART	BPAC	030110003-9	3244	0,00	0,00			
INALAÇÃO	BPAC	030110010-1	255	0,00	0,00			
DREANGEM FURUNCULO	BPAC	040401007-5	3	14,66	43,98			
CORPO EST. SUBCUT	BPAC	040101011-2	5	11,84	59,20			
RETIR.CORPO ESTR.OELHO	BPAC	040505025-9	21	25,00	525,00			
DREBRID/QUEIMADO	BPAC	041504004-3	14	29,86	418,04			
GASOMETRIA	BPAC	020201073-2	46	15,65	719,90			
LABORATORIO	BPAC				4.338,27			
<b>TOTAL</b>					<b>60.338,44</b>			
			qtida					
<b>PRONTO SOCORRO BPAI</b>								
CURATIVO	BPAI	030110028-4	83	0,00	0,00			
EXCISÃO DE LESÃO /OU SUTURA	BPAI	040101005-8	54	23,16	1.250,64			
DRENAGEM DE ABSCESSO	BPAI	040101010-4	1	11,84	11,84			

RETIRADA DE CORPO EXTRANHO/OUVIDO/LARING	BPA I	040401031-8	5	26,42	132,10
CURAT/DEBRIDAMENTO	BPA I	040101001-5	24	32,40	777,60
BLOQUEIO/PICADA ESCORPIÃO	BPA I	041701005-2	75	22,27	1.670,25
TESTE COVID	BPA I	021401016-3	300	0,00	0,00
REDUÇÃO DE PUNHO	BPA I	040802017-2	1	28,74	28,74
REDUÇÃO DE OMBRO	BPA I	040802020-2	1	27,88	27,88
TROPONINA	BPA I	020203120-9	33	9,00	297,00
<b>TOTAL</b>					<b>4.196,05</b>
<b>RADIOGRAFIAS</b>	<b>QTDA</b>	<b>P. SOC</b>	<b>QTDA</b>	<b>P. S.F</b>	<b>TOTAL</b>
	789	6.112,93	1.118	8.964,83	15.077,76



<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: 10/11/202</b> <b>Versão: 001</b>	<b>Local:</b> <b>Santa Casa</b>

# ATA

## DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES COM PRODUTO NIPPOBAC

111

Instrumento Simple

03/15/2022

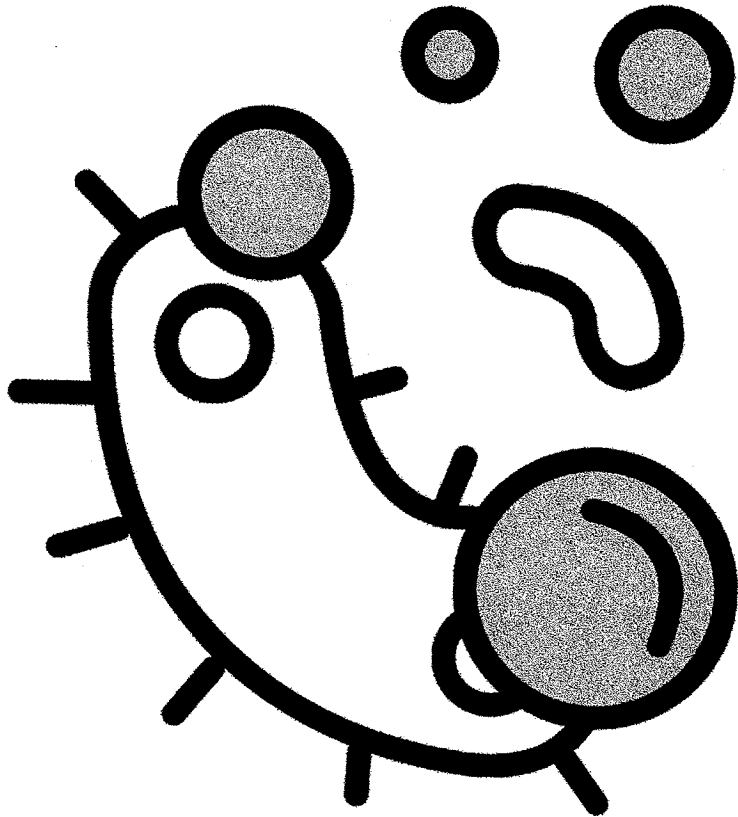
LISTA DE FUNCIONARIOS

- 1- Beatriz Honda Melo Rodrigues
- 2- Edmundo Cândido Torres
- 3- Aline de O. Martins
- 4- Larissa Jéssica Avelino Alves
- 5- Milene Marques Silva
- 6- Marcelene Maria de Conceição
- 7- Regina Márcia A dos Santos
- 8- Edineia C. dos Santos
- 9- Ana Paula Benfício
- 10- Joana Sara da Costa
- 11- Edneia Carla Ferreira Figueiredo
- 12- Solene Carolina de Almeida
- 13- William Manoel Santana

**SANTA CASA MISERICORDIA DE GUAIRA**

**ATA EDUCAÇÃO CONTINUADA DO MÊS DE NOVEMBRO DE 2022**

Reuniram-se os colaboradores profissionais de saúde do setor de limpeza, que se faz presente nesta unidade, nos períodos da manhã, tarde um, tarde dois, noturno, com objetivo de aprender o tema delegado da educação continuada, e juntos, disponibilizar nas reuniões o aprendizado, detectar dificuldade encontrada e o avanço 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. No entanto foi satisfatório o tema escolhido: Desinfecção de Superfícies com produto Nippobac.



### Desinfecção de Superfícies

A solução completa em higienização, tratamento e desinfecção do seu negócio.  
**NIPPO BAC PLUS**

Desinfetante hospitalar para superfícies fixas e artigos não críticos – Concentrado

#### CLINICAS E HOSPITAIS

Nippo Bac Plus é um desinfetante concentrado de primeiríssima linha, com altíssima diluição. Desinfetante desenvolvido exclusivamente para utilização hospitalar e em estabelecimentos relacionados com o atendimento à saúde. Destinado a desinfecção de pisos, paredes, mobiliários e superfícies fixas em geral.

**NIPPO BAC PLUS** possui eficácia comprovada frente às cepas de: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Salmonella choleraesuis*. Atende todas as áreas hospitalares, exceto SND

