



Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes

Relatório de Gestão Assistencial de Setembro/2025

Contrato Nº 054/24

Contrato N° 054/24**Ibatiba-ES**

01 de outubro de 2025



Da: Gerência Administrativa e Assistencial

Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação

Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de setembro/2025

A par de cumprimentá-los, o **INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como organização social sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 26.227.882/0006-20, com filial no endereço Rua Davi Gomes de Oliveira, nº 120, Novo Horizonte, Ibatiba – ES. CEP: 29.395-000, neste ato representado pelo Sra. **THAÍS BARBOSA FERREIRA**, brasileira, solteira, inscrito no CPF nº: 168.998.407-40, e portador do RG nº: 20.944.501 SSP/MG, Responsável Técnica de Enfermagem, em observância ao estabelecido no contrato supramencionado, submete à aprovação desta Comissão de Monitoramento e Avaliação, o Relatório Geral de Atividades de indicadores de qualidade referente ao mês de setembro de 2025. Atendendo além do preceito contratual, a apresentação dos Relatórios de Atividades de indicadores de qualidade traduz a preocupação desta Organização de Serviço com a transparência das informações repassadas mensalmente em cumprimento dos dispositivos legais disposto no contrato de Gestão nº 054/2024.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE.....	4
2. INDICADORES QUALITATIVOS.....	6
2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.....	6
2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA.....	6
2.3. REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL.....	9
2.4. TAXA DE CESÁREA	11
2.5. ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	12
2.6. RESOLUÇÕES DAS RECLAMAÇÕES.....	18
2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	18
2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE.....	19
3. ESTATÍSTICA GERAL DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	21
3.1. INDICADORES QUANTITATIVOS.....	21
3.1.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS ELETIVAS E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS	23
3.1.2 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DOPPLER VASCULAR	26
3.1.3 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	32
3.1.4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES	36
4 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS.....	41
5. RELATÓRIO DE DESISTÊNCIAS CIRÚRGICAS E AMBULATORIAIS	44
6. RELATÓRIO DE COMISSÕES	45
6.1 Comissão Segurança do Paciente.....	45
6.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	45
6.3 Comissão Prontuário	46
6.4 Comissão de Óbito	46
6.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado	47
6.6 Comissão Ética Médica	47
6.7 Comissão Ética de Enfermagem.....	48
7. RELATÓRIO DE MELHORIAS / acolhimento	50
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de setembro de 2025, referente aos Indicadores Assistenciais de Qualidade do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes – Ibatiba-ES, de acordo com o Contrato de Gestão nº 054/2024.

- Do objetivo: análise anual dos Indicadores Assistenciais de Qualidade, conforme metas pactuadas no Contrato de Gestão;
- Da metodologia: realizar centralização de dados de acordo com as Cláusulas do Contrato de Gestão nº 054/2024;

1.1 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE.

Os indicadores estão vinculados à excelência do atendimento prestado aos pacientes do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes, e avaliam fatores ligados à eficácia da administração e ao rendimento da unidade.

O pagamento da parte variável relacionada a cada indicador será estabelecido conforme os critérios definidos nas seguintes tabelas: 1. Resultado Observado, 2. Tabela de Pontuação Global, 3. Tabela de Indicadores Qualitativos e 4. Taxa de cesárea;

Tabela 1 – Tabela de resultados observados.

Resultados observados	
Resultado observado	Pontos
Acima de 95%	10
Acima de 90% a 95%	9,5
Acima de 80% a 90%	9
Acima de 65% a 80%	8,5
De 50% a 65%	8
< 50%	0

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 2 - Tabela de pontuação global

Tabela de Pontuação Global		
Pontuação Global	Conceito	Valor a receber da variável
9 a 10 pontos	A – Muito bom	100%
7,1 a 8,9 pontos	B- Bom	80%
6,1 a 7,0 pontos	C- Regular	60%
5 a 6 pontos	D- Ruim	30%
< 5 pontos	E- Insuficiente	Zero

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 3 - Tabela de indicadores qualitativos.

Tabela de Indicadores Qualitativos	
Taxa de ocupação hospitalar	>55%
Média de permanência (em dias)	< 5
Taxa de mortalidade	< 5%
Taxa de cesárea	< 45%
Taxa de satisfação	>80%

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 4 - Taxa de cesárea.

Taxa de cesárea	
Taxa de cesárea	Resultado observado
46% a 50%	Resultado observado será 90%
51% a 60%	Resultado observado será 80%
61% a 70%	Resultado observado será 70%
71% a 80%	Resultado observado será 60%
81% a 90%	Resultado observado será 50%
91% a 100%	Resultado observado será 40%

Fonte: O autor, 2025.

2. INDICADORES QUALITATIVOS

2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

O indicador recomendado é que esta taxa seja igual ou maior que 55%. Logo, para cálculo deste indicador, deve ser efetuado regra de três, onde a taxa recomendada de 55% está para 100% do resultado observado, e a taxa efetiva do mês estará para X. Após o cálculo, chegar-se-á ao efetivo resultado observado (valor apurado de X).

Tabela 5 - Taxa de ocupação hospitalar.

Taxa de ocupação hospitalar	
Mês	Setembro
Metas de pacientes internados	45
Meta de ocupação	>55%
Total de pacientes internados	67
Média atingida	149%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Representa o tempo médio em dias que o paciente permanece internado na instituição. Está relacionado as boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado a gestão eficiente do leito operacional.

Numerador: número de pacientes – dia – somatória de pacientes – dia no período de 01 (um) mês.

Denominador: número de saídas – somatório das altas, transferências externas e óbitos, no período de 01 (um) mês.

Tabela 6 - Média de permanência hospitalar.

Média de permanência hospitalar	
Mês	Setembro
Meta de permanência (em dia)	< 5
Total de pacientes internados	67
Média em dias que os pacientes ficaram internados	3,17
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 7 - Pacientes internados no mês de setembro.

Registro de pacientes internados no mês de setembro					
Nº de paciente	Iniciais dos pacientes	Leito	Data da internação	Data da alta	Quantidade de dias internados
01	A. A. O	ENF – M	18/09/2025	20/09/2025	03
02	A. H. R	ENF – M	04/09/2025	06/09/2025	03
03	A. P	ENF – M	04/09/2025	05/09/2025	02
04	B. F. A	PPP	05/09/2025	06/09/2025	02
05	B. S. S	MAT	26/09/2025	27/09/2025	02
06	B. C. S	ENF – F	16/09/2025	18/09/2025	03
07	C. F. S	MAT	12/09/2025	13/09/2025	02
08	C. D. C	MAT	10/09/2025	12/09/2025	03
09	C. H. S	ENF – M	19/09/2025	23/09/2025	05
10	C. A. H	MAT	13/09/2025	15/09/2025	03
11	D. O. B	ENF – F	26/09/2025	29/09/2025	04
12	E. O. C	ENF – F	16/09/2025	18/09/2025	03
13	E. R. A. S	ENF – F	02/09/2025	04/09/2025	03
14	E. R. M	ENF – M	28/09/2025	30/09/2025	03



[Handwritten signature]

15	E.M.I	ENF-F	01/09/2025	04/09/2025	04
16	E.F.B	PO-F	02/09/2025	04/09/2025	03
17	E.B	ENF-F	09/09/2025	09/09/2025	01
18	E.V.C.A	ENF-F	04/09/2025	07/09/2025	04
19	E.J.S	ENF-F	28/09/2025	30/09/2025	03
20	F.F.S	ENF-F	16/09/2025	18/09/2025	03
21	G.P.G	ENF-F	02/09/2025	04/09/2025	03
22	G.M.A	ENF-F	23/09/2025	25/09/2025	03
23	H.A	ENF-F	04/09/2025	08/09/2025	05
24	I.N.M	ENF-F	25/09/2025	27/09/2025	03
25	I.O.S	ENF-F	28/09/2025	-	-
26	I.R.B	ENF-F	16/09/2025	18/09/2025	03
27	J.F.A	PPP	29/09/2025	30/09/2025	02
28	J.G	ENF-F	23/09/2025	25/09/2025	03
29	J.P.L	ENF-M	15/09/2025	21/09/2025	07
30	J.P.B	ENF-M	11/09/2025	13/09/2025	03
31	J.G.S	ENF-F	18/09/2025	23/09/2025	06
32	K.A.R	MAT	20/09/2025	21/09/2025	02
33	L.V.C.D	ENF-F	23/09/2025	25/09/2025	03
34	L.G.O.I	ENF-F	09/09/2025	11/09/2025	03
35	L.D.A	ENF-F	21/09/2025	22/09/2025	02
36	L.M.O	PO-F	04/09/2025	06/09/2025	03
37	L.M.C	ENF-F	19/09/2025	-	-
38	L.C.F	ENF-F	19/09/2025	19/09/2025	01
39	M.L.A	ENF-M	28/09/2025	30/09/2025	03
40	M.A.S	ENF-F	11/09/2025	14/09/2025	04
41	M.C.S.F	MAT	08/09/2025	10/09/2025	03
42	M.J.C.V	ENF-F	16/09/2025	18/09/2025	03
43	M.R.D.S.P	MAT	03/09/2025	05/09/2025	03
44	M.A	ENF-F	02/09/2025	04/09/2025	03
45	M.L.B.S	ENF-F	11/09/2025	12/09/2025	02

46	M. R. V	ENF – M	02/09/2025	04/09/2025	03
47	M. N. S	MAT	06/09/2025	08/09/2025	03
48	M. C. S. S	MAT	24/09/2025	26/09/2025	03
49	M. F. R	ENF – M	10/09/2025	13/09/2025	04
50	O. G. M	ENF – F	19/09/2025	21/09/2025	03
51	O. S. O	ENF – F	09/09/2025	10/09/2025	03
52	R. S. A	MAT	03/09/2025	05/09/2025	03
53	R. B. S. S	ENF – F	02/09/2025	04/09/2025	03
54	S. S. M	MAT	14/09/2025	15/09/2025	02
55	S. C. P. S	MAT	17/09/2025	19/09/2025	03
56	S. D. C	ENF – F	24/09/2025	25/09/2025	02
57	S. D. M. C	PO – F	16/09/2025	18/09/2025	03
58	T. G. O	ENF – F	05/09/2025	12/09/2025	08
59	V. D. L	ENF – M	08/09/2025	13/09/2025	06
60	A. P	ENF – M	04/09/2025	-	-
61	E. R. A	ENF – F	30/09/2025	-	-
62	E. R. M	ENF – M	30/09/2025	-	-
63	E. M. V. J	ENF – F	30/09/2025	-	-
64	G. C. S	ENF – M	30/09/2025	-	-
65	M. R. A. R	ENF – F	30/09/2025	-	-
66	S. M. S	ENF – F	30/09/2025	-	-
67	V. A. S. M. S	ENF – F	30/09/2025	-	-

Fonte: O autor 2025.

2.3. REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

A taxa de mortalidade é um índice demográfico obtido pela relação entre o número de mortos de uma população em um determinado espaço de tempo, normalmente anualmente. Frequentemente a taxa é representada como o número de óbitos por cada 1000 habitantes.

Método de cálculo: $(n^{\circ} \text{ de óbitos} \geq 24\text{h de internação no período} / n^{\circ} \text{ de saídas hospitalares no período}) \times 100$.

Numerador: número de óbitos decorridos pelo menos 24h da admissão do paciente em um mês;

Denominador: número de saída da instituição (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito), em um mês.

Tabela 8 - Taxa de mortalidade hospitalar.

Taxa de mortalidade hospitalar	
Mês	Setembro
Nº de óbitos ocorridos >24h da admissão do paciente	00
Nº de óbitos ocorridos < 24h da admissão do paciente ou óbito domiciliar	00
Nº de óbitos em cuidados paliativos	02
Nº de saída	00
Taxa %	00
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 9 - Identificação de óbito.

Identificação de óbito		
Nº da DO	Data do óbito	Paciente
37552873-3	10/09/2025	O. S. O
37552891-1	19/09/2025	L. C. F

Fonte: O autor 2025.

Observação: Casos de óbito menor que 24hs e pacientes em cuidados paliativos definidos em outras instituições não computam a Taxa de Mortalidade, conforme instruído pela ANS e CQH.

2.4. TAXA DE CESÁREA

A taxa é apurada pela equipe assistencial demonstrando a quantidade de cesárea realizadas quando comparada com o número total de partos. Considerando que a meta é que a taxa de cesárea seja sempre igual ou menor que 45%, sempre que for atingida a meta, o resultado observado será de 100%. Já para os casos em que a meta não for atingida, o resultado observado será apurado conforme tabela em anexo IV:

Tabela 10 - Taxa de cesárea.

Taxa de cesárea	
Mês	Setembro
Partos realizados no mês	13
Partos cesárea	05
Meta	< 45%
Taxa de cesárea	38%
Resultado observado	100%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: A cesariana é indicada quando o parto vaginal pode colocar em risco a saúde da mãe ou do bebê, entretanto, existe uma enorme frente que defende a autonomia da mulher em todos os momentos do parto. A Resolução CFM nº 2.144/2016 também garante o direito da gestante de optar por cesariana, desde que ela receba informações detalhadas sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. A decisão deve ser registrada em um termo de consentimento livre e esclarecido. No mesmo sentido, Lei Ordinária Nº 12194, de 30 de julho de 2024, dispõe sobre a autonomia e os direitos da gestante e da parturiente no período do

parto até o período do puerpério, e dá outras providências no estado do Espírito Santo. Deste modo, apesar de todas as orientações dadas pelos profissionais envolvidos, em especial, os obstetras, muitas das gestantes optam pelo parto cesárea. Por fim, apesar de todos os esforços aplicados pelos profissionais da unidade, este indicador é grandemente afetado pelas legislações supramencionadas e outras.

2.5. ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário até o dia 20 do mês subsequente. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução da queixa o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A Política Nacional de Humanização, entre outras políticas do Sistema Único de Saúde tem exigido de nós gestores a adoção de modelos de gestão que ampliem a sua capacidade de atender, com eficácia e efetividade, as novas e crescentes demandas da sociedade. Simplificar a vida do cidadão e ampliar a capacidade de atendimento às demandas da sociedade em geral, com qualidade e eficácia.

Desta maneira, a organização dos Serviços do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes, em cumprimento ao contrato de gestão de 054/2024, realizou a implantação do Sistema de Pesquisa de Satisfação do usuário. Até o momento não foi recebido nenhuma reclamação formal, ou seja, descritas, todas as solicitações foram informais, diante destas atendidas e resolvidas.

O indicador recomendado é que esta taxa seja igual ou maior que 80%. Logo, para cálculo deste indicador, deve ser efetuado regra de três, onde a taxa recomendada de 80% está para 100% está para 100% do Resultado Observado, e a taxa efetiva do mês estará para X. Após o cálculo, chegar-se-á ao efetivo Resultado Observado (valor apurado de X).

Tabela 11 - Avaliação de satisfação.

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO						
	01 RUIM	02 REGULAR	03 MÉDIO	04 BOM	05 EXCELENTE	TAXA DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO				03	45	100%
CONTROLADOR DE ACESSO				01	40	100%
ENFERMAGEM				01	47	98%
CLINICO GERAL					29	100%
SERVIÇO SOCIAL					48	100%
PEDIATRA			01	01	09	91%
OBSTETRA					14	100%
CIRURGIÃO GERAL					02	100%
CIRURGIÃO VASCULAR					12	100%
GINECOLOGISTA		01			04	80%
ANESTESIA	01	01	01		22	88%
ALIMENTAÇÃO				03	45	100%
ESTRUTURA FÍSICA				02	46	100%
HIGIENIZAÇÃO					48	100%
Média de Resultado Observado			97%			

O relatório de satisfação é avaliado por pontuações de 01 – 05, sendo 01 (ruim); 02 (regular); 03 (médio); 04 (bom); 05 (excelente). A pesquisa foi realizada por 48 pacientes. A taxa de porcentagem tem por indicador os índices de bom e excelente. Fonte: O autor 2025.

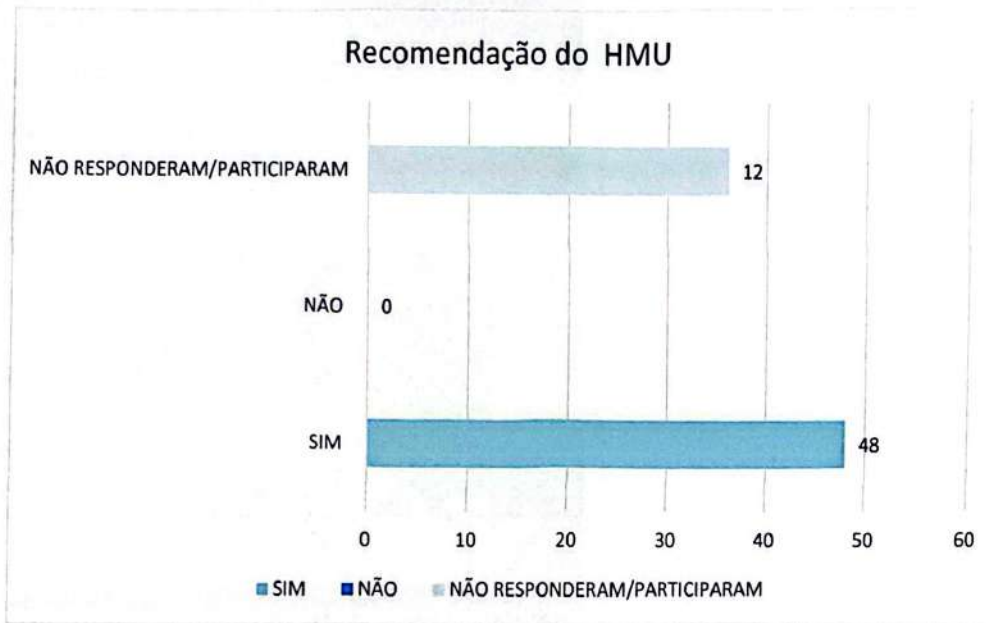
Tabela 12 - Taxa de satisfação.

Taxa de satisfação	
Mês	Setembro
Meta de satisfação	>80%
Resultado observado	97%
Pontuação	10

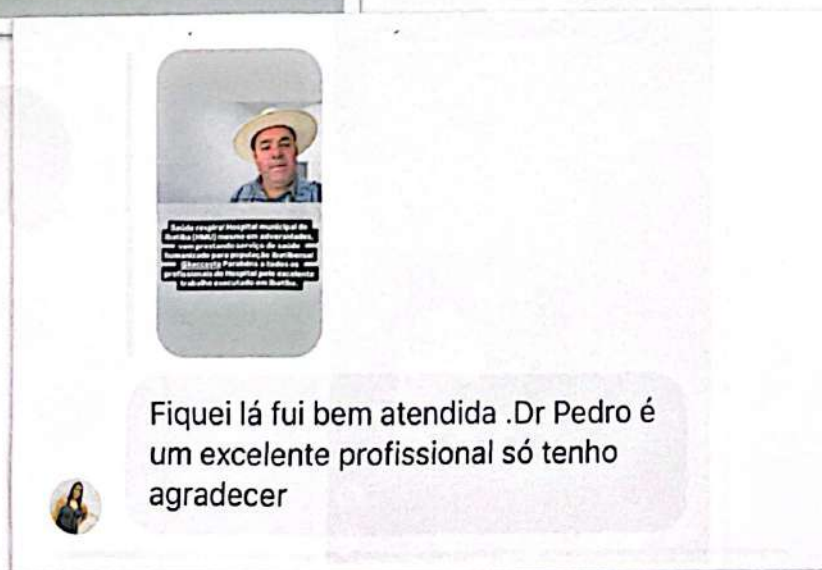
Fonte: O autor, 2025.

Com base nos dados coletados ao longo do mês de setembro, verificou-se que 100% dos pacientes que participaram da pesquisa de satisfação declararam que recomendariam o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes (HMU) a familiares ou amigos. Este resultado reflete a plena confiança depositada na instituição e evidencia o comprometimento contínuo da equipe em proporcionar um atendimento humanizado, eficiente e centrado nas necessidades dos usuários, fortalecendo a excelência da assistência prestada.

Para reforçar esse reconhecimento, seguem anexos contendo mensagens e cartas enviadas pelos pacientes, registrando de forma concreta sua gratidão pelo acolhimento humanizado e pela qualidade dos serviços oferecidos.



MENSAGENS NA PÁGINA DA INSTITUIÇÃO



respondeu ao seu story



Ontem eu estava com emorragia e o
doutor que estava de plantão me deu
maior assistência
Chamou obstetra pra mim ver me ajuda
em um conselho
E fui medicada
Só tenho que agradecer
Cada profissional que nós acolhe



2.6. RESOLUÇÕES DAS RECLAMAÇÕES

Conforme alinhado com a gestão municipal, o Instituto Nacional de Gestão em Educação e Saúde – INGES, realizou a confecção de um e-mail (hmu.ouvidoria@inges.org.br), como ferramenta para realizar as críticas. Nesse sentido, no mês de fevereiro não houve reclamações formalizadas via e-mail, entretanto todas as queixas informais foram apuradas junto a Gestão Municipal.

2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A meta é a entrega de relatório de acolhimento e classificação de risco com a estratificação dos volumes por risco de atendimento.

Acolhimento: é o modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir o acesso à eficácia desses encaminhamentos. Deverá ser incluído no atendimento a política de humanização do SUS.

Classificação de risco: é a implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, tendo como objetivo a classificação dos pacientes que chegam ao serviço de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, da maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidas, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica.

Numerador: é o número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência do **HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES** com base no sistema, escalas ou protocolos estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco reconhecido, em um mês.



Denominador: é o número de pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, em um mês. Tempo de Espera na Urgência e Emergência Fonte: (ANS/CQH), o Tempo de Espera na Urgência e Emergência é o tempo decorrido entre a chegada do paciente no HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco. É um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência.

Observação: Conforme os indicadores classificação de risco, numerador e denominador, não são implementados no nosso hospital, todavia, o serviço não é abrangido pelo contrato de gestão 054/2024. À vista disso, solicito que desconsidere os devidos indicadores para análise.

2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do Hospital e Maternidade Municipal Drº Ubirajara Faria Lopes, por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos.

O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código IBGE, obrigatórios no Sistema Informações (SIH/SUS) e atendimento ambulatorial do paciente.

A meta é atingir 95% de CEP válido, onde corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico, e 95% de CEP compatíveis com o código IBGE.

Numerador: número de CEP válido;

Denominador: número total de CEP apresentado;

Resultado da divisão multiplicado por 100

CEP compatível: é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um



número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

Numerador: número de CEP compatíveis com código de IBGE;

Denominador: número total de CEP apresentado;

Resultado da divisão multiplicado por 100.

Tabela 13 - Atendimentos por bairro.

Número de atendimentos por bairro realizados no mês de setembro		
Número	Bairro	Quantidade de atendimento
01	Bela Vista	02
02	Boa Esperança	25
03	Brasil Novo	43
04	Cambraia	04
05	Centro	78
06	Chácara Alvarino	04
07	Chácara Soniter	08
08	Floresta	79
09	Ipê	68
10	Lacerda	11
11	Novo Horizonte	83
12	Rural	374
13	São José	36
14	São Sebastião	10
15	Toledo	15
16	Trocate	15
17	Vila nova	34
18	Municípios vizinhos	41
TOTAL		930

Fonte: O autor, 2025.

Justificativa 1: O número de consultas por bairro mencionado refere-se às consultas efetivamente realizadas. Considerando as discrepâncias da *tabela de PRODUÇÃO MENSAL*, em relação ao número de acolhimento especializado, onde o resultado é registrado por meio de agendamento de consultas.

3. ESTATISTICA GERAL DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

3.1. INDICADORES QUANTITATIVOS

Os processos de produção de registros e dados que irão se constituir na informação produzida no hospital, dizem respeito a todos aqueles que ali trabalham, fazendo parte de processos de trabalho técnicos e organizacionais.

Serão abordados nesse tópico somente dados relativos aos registros clínicos, as estatísticas hospitalares e os processos de informatização, face à sua importância para a produção de informações essenciais para o desenvolvimento de indicadores assistenciais.

Para cálculo dos indicadores quantitativos, deve ser efetuado regra de três para se determinar o Resultado Observado, seguindo os seguintes critérios: A meta pactuada está para 100%, e o indicador atingido está para X. Após o cálculo, chegar-se-á ao efetivo Resultado Observado (valor de X) do indicador para fins de pontuar de acordo com a Tabela de Referência de Pontos para Resultados Observados.

Tabela 14 - Produção mensal.

INDICADORES QUANTITATIVOS		
DESCRIÇÃO	META	OBSERVAÇÃO



Atendimento Pediátrico	500	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.
Atendimento Obstétrico	-	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.
Atendimento clínico/ cirúrgico - Ginecológico	48	-
Atendimento clínico/ cirúrgico - Dermatológico	60	-
Atendimento clínico/ cirúrgico - Vascular	30	-
Atendimento clínico/ cirúrgico - Cirurgia Geral	30	-
Cirurgia vascular	16	-
Doppler vascular	28	-
Cirurgia geral	16	-
Partos	18	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e

		exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.
Exames laboratoriais	1500	Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada do cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 15 - Produção mensal.

PRODUÇÃO MENSAL	
Consultas (eletivas/ pediátricas/ obstétricas)	865
Doppler	50
Internações	67
Partos	13
Cirurgias (dermatológica/ ginecológica/ vascular/ geral)	62

Fonte: O autor, 2025.

3.1.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS ELETIVAS E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

Tabela 16 - Atendimento em pediatria.

ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	
Mês	Setembro
Meta	500
Atendimento realizado	588
Média	118%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 17 - Atendimento em obstetrícia.

ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	
Mês	Setembro
Meta	-
Atendimento realizado	119
Média	100%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 18 - Atendimento clínico e cirúrgico - ginecológico.

AMBULATÓRIO GINECOLOGIA	
Mês	Setembro
Meta	48
Atendimento realizado	39
Média	81%
Pontuação	9

Fonte: O autor, 2025.

AMBULATÓRIO DERMATOLOGIA



Mês	Setembro
Meta	60
Atendimento realizado	82
Média	137%
Pontuação	10

Tabela 19 -

Ambulatório dermatologia.

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 20 – Ambulatório clínico - vascular.

AMBULATÓRIO VASCULAR	
Mês	Setembro
Meta	30
Atendimento realizado	39
Média	130%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 21 - Ambulatório clínico – cirurgia geral.

AMBULATÓRIO CIRURGIA GERAL	
Mês	Setembro
Meta	30
Atendimento realizado	43
Média	143%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

3.1.2 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DOPPLER VASCULAR

Tabela 22 – Procedimento cirúrgico - Cirurgia Geral.

CIRURGIA GERAL	
Mês	Setembro
Meta	16
Cirurgia Realizada	02
Média	13%
Pontuação	0

Fonte: O autor, 2025.

Justificativa 2: A não execução plena das metas estabelecidas para o setor de Cirurgia Geral decorre, de forma direta e comprovável, de fatores estruturais relacionados à gestão municipal, cuja responsabilidade pela provisão orçamentária e financeira não tem sido devidamente cumprida.

Destaca-se, com ênfase, que a ausência recorrente de repasse das verbas variáveis contratualizadas compromete gravemente a operação da unidade hospitalar, tornando inviável a aquisição de materiais e insumos cirúrgicos essenciais. Como exemplo concreto, cita-se a indisponibilidade dos cliques cirúrgicos utilizados em procedimentos de colecistectomia videolaparoscópica, o que impede, na prática, a realização de cirurgias mesmo diante da presença de equipe técnica habilitada e estrutura instalada.

É crucial registrar que não se trata de negligência ou falha da equipe técnica, mas sim de um entrave logístico-financeiro que extrapola a governabilidade da gestão hospitalar, comprometendo não apenas a execução das metas assistenciais

pactuadas, mas também o direito de acesso ao cuidado oportuno por parte da população.

Além disso, observa-se uma redução considerável na demanda cirúrgica encaminhada pelo próprio município, o que, somado à carência de insumos, aprofunda ainda mais o cenário de inviabilização das metas.

Cabe ressaltar que a falta de regularização dos repasses financeiros, além de obstaculizar o cumprimento de metas contratadas, gera impactos sistêmicos, como a sobrecarga de municípios vizinhos, custos adicionais à gestão pública e o agravamento da condição clínica dos usuários.

Entretanto, é imprescindível registrar que o não cumprimento das metas estabelecidas no âmbito da cirurgia geral decorre exclusivamente da omissão da gestão municipal no repasse dos valores pactuados, o que compromete a aquisição de insumos essenciais, inviabiliza a realização dos procedimentos e retira da unidade as condições mínimas para o cumprimento de suas obrigações assistenciais. Assim, eventuais prejuízos no desempenho contratual não podem, sob nenhuma hipótese, ser atribuídos à gestão hospitalar, mas sim à falha administrativa e financeira da esfera municipal, cuja responsabilidade é intransferível.

Tabela 23 – Procedimento cirúrgico – cirurgia vascular.

CIRURGIA VASCULAR	
Mês	Setembro
Meta	16
Cirurgia Realizada	12
Média	75%
Pontuação	8,5

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 24 - Doppler vascular.

DOPPLER VASCULAR	
Mês	Setembro
Meta	28
Exame realizado	25/50
Média	179%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: Os agendamentos de doppler são por quantidade de pacientes, no entanto, esses exames são contabilizados pela unidade (1 paciente = 2 exames), essa discrepância ocorre porque o exame de doppler, são realizados de forma bilateral, conforme as necessidades clínicas.

Por tanto, as descrições citadas acima (exames realizados: 25/50), são referentes a quantidade de paciente e a quantidade de exame doppler realizados.

Tabela 25 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA VASCULAR			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	M. J. C. V	VARICECTOMIA	
2	B. C. S	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
3	I. R. B	VARICECTOMIA	

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO	ALÉM DO AGENDADO PROCEDIMENTO EXEC.
1	L. G. O	OOFORECTOMIA	
2	J. G	PERINEORRAFIA	
3	G. M. A	OOFORECTOMIA	

Tabela 27 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA GERAL			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO	ALÉM DO AGENDADO PROCEDIMENTO EXEC.
1	M. L. A	HERNIOPLASTIA INGUINAL	
2	E. R. M	HERNIOPLASTIA INGUINAL	
02 CIRURGIAS REALIZADAS			

Tabela 26 - Cirurgias realizadas.

12 CIRURGIAS REALIZADAS			
4	F. F. S	VARICECTOMIA	
5	E. O. C	VARICECTOMIA	
6	E. F. B	VARICECTOMIA	
7	M. A	VARICECTOMIA	
8	E. R. A. S	VARICECTOMIA	
9	G. P. G	VARICECTOMIA	
10	M. R. V	VARICECTOMIA	
11	R. B. S. S	VARICECTOMIA	

Fonte: O autor, 2025.

Handwritten signature

CIRURGIA DERMATOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO	ALÉM DO AGENDADO PROCEDIMENTO EXEC.
1	A.M.R.M	EXERESE DE LESÃO	
2	A.B.S.T	EXERESE DE LESÃO	
3	D.P.A	EXERESE DE LESÃO	
4	K.R.S.B	BIOPSIA	
5	L.J.L.P	CERATOSE ACTÍNICA	
6	A.F.V	BIOPSIA	
7	E.P.R.S	BIOPSIA	
8	E.H.T	EXERESE DE LESÃO	
9	E.G.S	BIOPSIA	
10	A.F.S	CERATOSE ACTÍNICA	
11	E.C.T.F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
12	J.T.S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
13	V.R.S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
14	M.F.M.P	EXERESE DE LESÃO	
15	L.A.M	EXERESE DE LESÃO	
16	W.C.A	EXERESE DE LESÃO	
17	E.F.L	EXERESE DE LESÃO	
18	L.R.R.G	EXERESE DE LESÃO	
19	R.S.A.O	LIPOMA	
20	V.A.F.O	CERATOSE SEBORREICA	

Tabela 28 - Cirurgias realizadas.

05 CIRURGIAS REALIZADAS			
4	L.V.C.D	LAQUEADURA TUBARIA	
5	S.D.C	PERINEORRAFIA	



21	E. O. R	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
22	S. C. T. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
23	J. T. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
24	V. X. M	CERATOSE ACTÍNICA	
25	R. B. S. S	EXERESE DE LESÃO	
26	V. K. C. C	EXERESE DE LESÃO	
27	T. S. S	EXERESE DE LESÃO	
28	K. V. S	EXERESE DE LESÃO	
29	M. A. B. A	CRAVO PLANTAR	
30	A. T. C	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
31	M. O. C. F	BIÓPSIA	
32	C. M. O	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
33	G. A. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
34	J. S. B	EXERESE DE LESÃO	
35	A. B	EXERESE DE LESÃO	
36	F. J. O. S	EXERESE DE LESÃO	
37	L. C	EXERESE DE LESÃO	
38	N. S. V	EXERESE DE LESÃO	
39	V. A. F. O	BIÓPSIA	
40	E. F	BIÓPSIA	
40 CIRURGIAS REALIZADAS			

JUSTIFICATIVA 3: No período avaliado, as metas relativas aos procedimentos cirúrgicos não foram alcançadas, em decorrência de obstáculos operacionais diretamente relacionados à ausência de documentação clínica indispensável, a exemplo de risco cirúrgico, exames laboratoriais e exames de imagem. Tais pendências têm origem, em grande parte, nos constantes atrasos por parte das Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), os quais comprometem o fluxo assistencial e inviabilizam o agendamento e a realização dos procedimentos programados.

[Handwritten signature]

PARTOS REALIZADOS (VAGINAIS E CESÁREAS)	
Mês	Setembro
Meta	18
Total de partos	13
Partos vaginais	08
Partos cesarianos	05
Média	72%

3.1.3 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Diante do exposto, solicita-se a devida regularização dos repasses financeiros e o alinhamento das condutas das equipes de Atenção Básica com as diretrizes pactuadas, de forma a garantir o fortalecimento da rede municipal, o aproveitamento integral da estrutura disponível e a promoção de uma assistência resolutive, econômica e centrada nas necessidades da população.

programados.

Cabe ainda destacar que o montante em aberto referente aos repasses financeiros devidos à unidade impacta de forma progressiva no cumprimento das metas assistenciais, ao inviabilizar a aquisição regular de insumos e materiais imprescindíveis para a realização dos procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais

Adicionalmente, foi confirmado que os encaminhamentos estão sendo inseridos no sistema MV Regulação Estadual com direcionamento de pacientes para realização de cirurgias e procedimentos ambulatoriais em municípios vizinhos. Destarte, mesmo havendo plena capacidade técnica e estrutura física local para a execução desses atendimentos. Tal conduta compromete diretamente o alcance das metas institucionais pactuadas, além de gerar custos adicionais evitáveis à gestão pública e impor à população usuário um desgaste físico, emocional e logístico desnecessário.

[Handwritten signature]

TESTE DO CORAÇÃOZINHO						
Resultado	RN DE	Peso (kg)	Apagar 5'	Mão D % Spo2	Pê E % Spo2	Dados do recém-nascido

Tabela 30 - Teste do coraçãozinho.

Observação: Na hipótese de a Contratada não alcançar as metas estipuladas, tendo como justificativa legítima e comprovada a inexistência de demanda espontânea oriunda do próprio município, não incidirão descontos sobre os valores contratualmente devidos. Destaca-se que a Contratada tem se mantido diligente no cumprimento de suas atribuições, assegurando a plena disponibilidade de recursos humanos, estruturais e materiais indispensáveis à efetivação dos atendimentos previstos, demonstrando comprometimento com a execução integral dos serviços pactuados.

Fonte: O autor, 2025.

Pontuação	10
realizados.	

Partos

Tabela 29 -

03/09/2025	M. R. D. S. P	3060	09	98%	97%	Normal
05/09/2025	B. F. A	3340	09	98%	97%	Normal
06/09/2025	M. N. S	3480	09	98%	97%	Normal
08/09/2025	M. C. S. F	3120	09	97%	99%	Normal
10/09/2025	C. D. C	3180	09	96%	97%	Normal
12/09/2025	C. F. S	3460	09	97%	98%	Normal
13/09/2025	C. A. H	3170	09	97%	98%	Normal
14/09/2025	S. S. M	3040	09	97%	97%	Normal
17/09/2025	S. C. P. S	3280	10	99%	98%	Normal
20/09/2025	K. A. R	3130	09	98%	97%	Normal
24/09/2025	M. C. S. S	4070	09	97%	98%	Normal
26/09/2025	B. S. S	3020	09	98%	98%	Normal
29/09/2025	J. F. A	3340	09	98%	96%	Normal
Total			13			

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 31 – Teste do olhinho.

TESTE DO OLHINHO				
DN	RN DE	Dados do recém-nascido		
		TRV	UNILATERAL	BILATERAL
03/09/2025	M. R. D. S. P	Normal		X
05/09/2025	B. F. A	Normal		X
06/09/2025	M. N. S	Normal		X
08/09/2025	M. C. S. F	Normal		X
10/09/2025	C. D. C	Normal		X

12/09/2025	C. F. S	Normal		X
13/09/2025	C. A. H	Normal		X
14/09/2025	S. S. M	Normal		X
17/09/2025	S. C. P. S	Normal		X
20/09/2025	K. A. R	Normal		X
24/09/2025	M. C. S. S	Normal		X
26/09/2025	B. S. S	Normal		X
29/09/2025	J. F. A	Normal		X
TOTAL		13		

Fonte: O autor 2025.

Tabela 32 - Nascidos vivos.

NASCIDOS VIVOS EM SETEMBRO					
DNV	DN	Nome da mãe	Parto	Médico	CRM
30-95024350-9	03/09/2025	M. R. D. S. P	Vaginal	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024351-7	05/09/2025	B. F. A	Vaginal	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024352-5	06/09/2025	M. N. S	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES



30-95024353-3	08/09/2025	M. C. S. F	Cesárea	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024354-1	10/09/2025	C. D. C	Cesárea	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024358-4	12/09/2025	C. F. S	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024359-2	13/09/2025	C. A. H	Cesárea	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024360-6	14/09/2025	S. S. M	Vaginal	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024361-4	17/09/2025	S. C. P. S	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024362-2	20/09/2025	K. A. R	vaginal	Drº Gustavo Abreu	94828 - MG
30-95024363-0	24/09/2025	M. C. S. S	Cesárea	Drª Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024364-9	26/09/2025	B. S. S	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
30-95024365-7	29/09/2025	J. F. A	Vaginal	Drº Djair Maziole	3655 - ES
Total			13		

Fonte: O autor, 2025

3.1.4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES

Tabela 33 - Procedimentos avulsos.

PROCEDIMENTOS AVULSOS	
Procedimento	Quantidade
Coleta de material para exame laboratorial	192
Eletrocardiograma	03
Cardiotocografia	52
Glicemia capilar	420
Teste rápido para detecção de IST	20
Teste do coraçãozinho	13
Teste do olhinho	13
Consulta de profissionais na atenção especializada	865
Retirada de dispositivo intrauterino (DIU)	01
Inserção de dispositivo intrauterino (DIU)	05
Aferição de pressão arterial	1015
Cateterismo vesical de alívio	07
Cateterismo vesical de demora	32
Sondagem gástrica	01
Inalação/nebulização	200
Administração de medicamentos por via endovenosa	1923
Administração de medicamentos por via intramuscular	82
Administração de medicamentos por via oral	500
Administração tópica de medicamentos	30
Administração de medicamentos subcutâneo	100
Radiografia de crânio	00
Radiografia de tórax	07
Radiografia abdominal	03
Curativo especial	13
Curativo simples	90
Ultrassonografia obstétrica	04

Ultrassonografia transvaginal	00
Ultrassonografia de vias urinárias	02
Ultrassonografia de mama	00
Tomografia de pélvica	00
Tomografia abdômen total	00
Total	5.593

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 34 - Número de transferência.

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
Mês	Setembro
Ambulância do município	07
Removida	02
SAMU	00
Total	09

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 35 - Exames laboratoriais

EXAMES LABORATORIAIS	
Mês	Setembro
Meta	1500
Exames realizados	202
Média	13%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Observação: Na hipótese de a Contratada não alcançar as metas estipuladas, tendo como justificativa legítima e comprovada a inexistência de demanda espontânea oriunda do próprio município, não incidirão descontos sobre os valores contratualmente devidos. Destaca-se que a Contratada tem se mantido diligente no cumprimento de suas atribuições, assegurando a plena disponibilidade de recursos humanos, estruturais e materiais indispensáveis à efetivação dos atendimentos previstos, demonstrando comprometimento com a execução integral dos serviços pactuados.

TREINAMENTO	
Mês	Setembro
Enfermagem	01
Nutrição	00
Farmácia	00
Higienização	00
Recepção	02

Controlador de acesso	02
TI	04
Total	08

Tabela 36–

Treinamento.

Fonte: O autor, 2025.



4 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS

Tabela 37 - Indicadores quantitativos / qualitativos – Pontuação Global.

Acompanhamento de Indicadores de Metas - Pontuação Global			
SETEMBRO			
	Meta estabelecida	Meta cumprida	Pontuação global
Média de permanência hospitalar	< 5%	3,17%	10 (A)
Taxa de ocupação hospitalar	>55%	133%	10 (A)
Taxa de mortalidade	< 5%	0%	10 (A)
Taxa de cesárea	< 45%	38%	10 (A)
Taxa de satisfação	>80%	97%	10 (A)
Atendimento pediátrico	500	588	10 (A)
Atendimento obstétrico	-	119	10 (A)
Atendimento clínico/ cirúrgico - ginecológico	48	39	9 (A)
Atendimento clínico/ cirúrgico - dermatológico	60	82	10 (A)

8/10/2025

Com base na **Tabela 2 - Pontuação Global**, a unidade alcançou 9,21% das metas pactuadas, situando-se na faixa de 9 a 10 pontos, classificada como "Muito Bom". Este resultado comprova o cumprimento integral das metas estabelecidas, refletindo o elevado comprometimento da equipe e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Este desempenho evidencia a excelência operacional da unidade e justifica a percepção integral (100%) do valor da variável.

Fonte: O autor, 2025.

MÉDIA DE PONTUAÇÃO GLOBAL			9,21 (A)
147,5/16 = 9,21			
Atendimento clínico/ cirúrgico - vascular	30	39	10 (A)
Cirurgia vascular	16	12	8,5 (B)
Doppler vascular	28	50	10 (A)
Atendimento clínico/ cirúrgico - cirurgia geral	30	43	10 (A)
Cirurgia geral	16	02	0 (E)
Partos	18	13	10 (A)
Exames laboratoriais	1500	192	10 (A)

Tabela 38 – Relatório consolidado.

RELATÓRIO CONSOLIDADO HMU / 2025	
SETEMBRO	
Consultas	
Ginecologia	34
Cirurgia geral	43
Vascular	39
Dermatológico	42
Pediatra	588
Obstétrico	119
Total de Consultas	865
Cirurgias	
Ginecológica	5
Cirurgia geral	2
Dermatológica	40
Vascular	12
Parto vaginal/cesárea	13
Total de Cirurgias	72
Internação	
Feminino/ masculino	67
Total de Internações	67
Exames	
Doppler	50
Exames laboratoriais	202
Total de Exames	252
Procedimentos	
Procedimentos avulsos	5926
Teste do coraçãozinho	13

Total de Procedimentos

5943

5. RELATÓRIO DE DESISTÊNCIAS CIRÚRGICAS E AMBULATORIAIS

Tabela 39 – Desistência cirúrgica – vascular

DESISTÊNCIAS CIRÚRGICA					
VASCULAR					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	01/09/2025	09:00	M. J. C. V	NÃO ATENDEU O TELEFONE	-
2	01/09/2025	09:00	B. C. S	ITU	REAGENDADO

Tabela 40 – Desistência cirúrgica – dermatológica.

DESISTÊNCIAS CIRÚRGICA					
DERMATOLÓGICA					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	01/09/2025	09:42	H. A. S	COMPROMISSOS PESSOAIS	REAGENDADO
2	01/09/2025	09:43	E. C. T	PERDEU A HORA	REAGENDADO

6. RELATÓRIO DE COMISSÕES

6.1 Comissão Segurança do Paciente



ATO 16 DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A reunião foi iniciada por Thaís Barbosa Ferreira (RT Enfermagem), que deu as boas-vindas aos presentes e reforçou a importância das ações da Comissão de Segurança do Paciente.

Foram abordados os seguintes temas:

- Segurança do paciente

Thaís Barbosa Ferreira
RT Enfermagem

Ibatiba, 19 de setembro de 2025

6.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



ATO 16 DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

No dia 14/09/2025, foi realizada a reunião para implementação e melhoria no CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) abordando os seguintes temas:

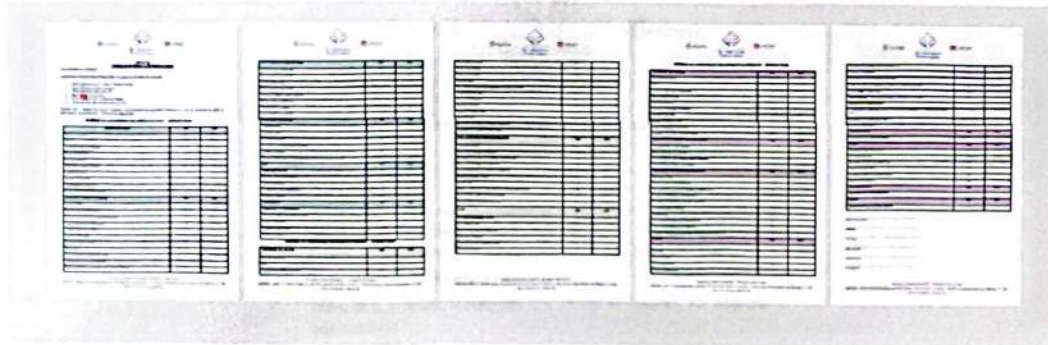
- Lavagem das mãos

Ibatiba, 19 de setembro de 2025

Thaís Barbosa Ferreira
Enfermeira RT
Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes



6.3 Comissão Prontuário



6.4 Comissão de Óbito



ATA nº 01

ATA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Data da reunião: 25/09/2023

Presença: estavam presentes na reunião os seguintes membros da comissão:

- Karla Elcio de Costa (médica e diretora clínica)
- Ana Carolina Lacerda (nutrícia)
- Tássia Brito (enfermeira RT)
- Maria Sampaio (nutricionista)
- Camila Cabral de Lima (assistente social)
- Camila Maria de Oliveira (farmacêutica RT)

Reunião com o objetivo de conferência de índices de óbitos referente ao mês de setembro de 2023. Durante a reunião, a comissão analisou os dados de óbitos registrados no sistema. A análise realizada para o Dr. Karla Elcio de Costa (médica e diretora clínica) CRM-ES nº 22879.

• Óbito Hospitalar:

Nº Declaração de óbito	Paciente	Diagnóstico	Data do Óbito
375528733	Onildo Soares de Oliveira	Sepsis de Foco Urinário	10/09/23
375528911	Lúcia Carvalho Faria	Pneumonia Bacteriana	19/09/23

Por fim, por não haver mais nada para se tratar, a comissão Ana Carolina Lacerda deu por encerrada esta reunião. Segue em anexo a ata. Estavam presentes na reunião os seguintes membros da comissão:

Presidente: _____
 Secretário: _____
 Coordenador: _____
 Assessor: _____
 Assessor: _____
 Assessor: _____
 Assessor: _____

Hospital e Maternidade Dr. Ubirajara Faria Lopes
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE - DNES Rua José Gomes de Oliveira, nº 130, Nova
 Horizonte, Bahia



6.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado

ATA DA REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO – GTH

No dia 01 de setembro de 2023, reuniram-se na sala, Micael Thaus de Almeida Machado, Camila Celli de Lima, Myllena Florindo Leocádio Amorim, Thais Barbosa Ferreira, Ana Carolina Leonardo Souza, Cintia Karla de Oliveira e Mara Sangi da Cunha Silva.

Paula: Comemorações do mês de setembro.

Camila inicia a reunião comunicando que, no mês de setembro, são celebradas as seguintes datas:

- Setembro Amarelo: É dedicado à conscientização sobre a prevenção do suicídio;
- 17 de setembro: Dia Mundial da Segurança do Paciente;

Após a apresentação das pautas, foram deliberadas as seguintes ações:

- Para a comemoração do Setembro Amarelo, será elaborado post no Instagram Institucional e uma lembrancinha para os colaboradores;
- Para celebrar o Dia Mundial da Segurança do Paciente, será feito um treinamento com a equipe.

Todos concordaram com as propostas.

Sem mais diligências, termina-se a reunião.

Micael Thaus de Almeida Machado _____
Camila Celli de Lima _____
Myllena Florindo Leocádio Amorim _____
Ana Carolina Leonardo Souza _____
Thais Barbosa Ferreira _____
Cintia Karla de Oliveira _____
Mara Sangi da Cunha Silva _____

6.6 Comissão Ética Médica

Conforme a Resolução CFM n.º 2.152/2016, publicada no Diário Oficial da União, pelo Conselho Federal de Medicina, onde estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. A resolução, que traz todo o regulamento das Comissões de Ética, revoga a n.º 1.657, que estava em vigência desde 2002.

A nova resolução estabelece como facultativa a formação de uma Comissão de Ética Médica em instituições com até 30 médicos. Nesses casos, cabe ao diretor clínico, encaminhar as questões éticas ao Conselho Regional de Medicina.

6.7 Comissão Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes (HMU) segue um conjunto de etapas essenciais para sua constituição. Essas etapas incluem a nomeação da comissão eleitoral, a convocação para a eleição da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), a realização da eleição e, por fim, a divulgação do resultado.

Informamos que os documentos referentes à constituição da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) foram devidamente encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo (Coren-ES) e, no momento, encontram-se em fase de análise. Paralelamente, está em andamento o processo de convocação para a eleição da referida comissão, conduzido em estrita observância aos trâmites e exigências estabelecidos pelas normativas vigentes. Reforçamos que todas as etapas estão sendo executadas com o compromisso de assegurar a transparência e a plena conformidade legal do processo.

O procedimento segue as diretrizes estabelecidas pela Resolução Cofen nº 593/2018, que regulamenta a criação e o funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem. Dessa forma, a realização do processo eleitoral deve ocorrer em conformidade com as orientações do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), assegurando a representatividade e a legitimidade dos membros eleitos.

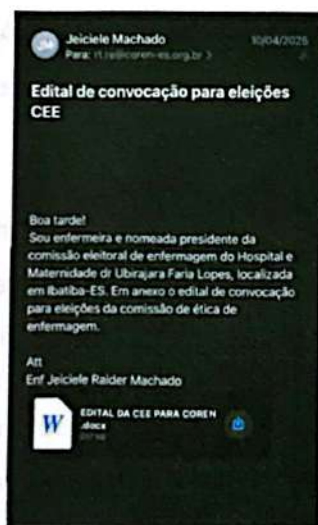
Cabe ressaltar que, conforme o artigo 4º da Resolução Cofen nº 593/2018, a criação e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem são exigidos para instituições que possuam, no mínimo, 50 profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores. **Para aquelas com um número inferior a esse quantitativo, a constituição da comissão torna-se opcional.**

Atualmente, o quadro de servidores da área de enfermagem do HMU conta com 20 profissionais, número inferior ao exigido para a necessidade da CEE. No entanto, a

implementação da comissão está sendo conduzida de acordo com as orientações do Manual das Comissões de Ética de Enfermagem do Estado do Espírito Santo, dando sequência ao processo de seleção.

Adicionalmente, a Lei nº 5.905/1973, que regulamenta o funcionamento dos Conselhos de Enfermagem, reforça a relevância das comissões de ética na fiscalização e orientação do exercício profissional, bem como na garantia da conduta ética dos profissionais da área.

Ressaltamos que, até o presente momento, seguimos no aguardo do retorno do COREN-ES para darmos prosseguimento ao processo. Concluída a etapa de análise documental por parte do COREN-ES, daremos continuidade ao cronograma estabelecido, com o objetivo de efetivar a instalação da Comissão. Dessa forma, a CEE estará apta a desempenhar seu papel essencial de orientação e fiscalização ética no HMU, contribuindo diretamente para o fortalecimento e a qualificação das práticas profissionais em nossa instituição.



7. RELATÓRIO DE MELHORIAS / ACOLHIMENTO

No mês de setembro de 2025, não foi possível implementar melhorias estruturais ou operacionais no HMU devido à indisponibilidade orçamentária enfrentada pela instituição. A ausência de repasses financeiros regulares impactou diretamente a execução de projetos previstos e a manutenção de metas assistenciais estabelecidas.

Tal cenário decorre da inadimplência por parte da gestão municipal, que, até a presente data, mantém débitos em aberto junto à unidade hospitalar. A omissão em realizar os devidos pagamentos compromete tanto o funcionamento regular da instituição quanto a segurança e a qualidade da assistência prestada à população.

A falta de recursos inviabilizou a aquisição de insumos essenciais, medicamentos e materiais hospitalares, assim impactando a realização de determinados procedimentos assistenciais, os quais precisaram ser reduzidos ou suspensos parcialmente.

Essas limitações interferem negativamente nos indicadores de desempenho, produtividade e atendimento humanizado, além de colocar em risco o cumprimento de metas pactuadas.

Mesmo diante de um cenário adverso e fragilizado financeiramente, a equipe do HMU manteve o compromisso com o cuidado integral e humanizado, mobilizando recursos internos e voluntários para dar continuidade às ações de promoção à saúde e acolhimento comunitário.

Neste mês, a equipe organizou atividades alusivas à campanha Setembro Amarelo, com foco na conscientização sobre a prevenção ao suicídio, envolvendo profissionais, pacientes e acompanhantes em um ambiente de escuta, empatia e cuidado coletivo. Concomitantemente, foram realizadas ações internas de



valorização profissional, com homenagens aos aniversariantes do mês, reafirmando o espírito de equipe e a importância do reconhecimento mesmo em tempos adversos, fortalecendo os laços entre os colaboradores.

Reforça-se a urgência de providências administrativas por parte da gestão municipal e atuação imediata da Comissão de Monitoramento do Contrato, para a regularização dos repasses, de modo a restabelecer a sustentabilidade da unidade hospitalar e garantir a continuidade dos serviços essenciais com segurança, qualidade e responsabilidade institucional.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, reafirma-se o compromisso com uma gestão responsável, transparente e alinhada aos preceitos éticos, legais e técnicos que regem a saúde pública. Todas as ações aqui apresentadas foram conduzidas com base em critérios de eficiência, segurança assistencial e melhoria contínua dos processos, em estrita conformidade com as normativas vigentes e com foco na qualificação dos serviços prestados à população.

Colocamo-nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, reiterando o compromisso institucional com a excelência, a legalidade e a construção de uma assistência cada vez mais resolutiva, equânime e humanizada.

Thaís Barbosa Ferrelra
Enfermeira RT
COREN N° 666216 - ES
Hospital Maternidade Municipal
Dr. Ubirajara Faria Lopes

INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO p/

Thaís Barbosa Ferreira

Responsável Técnica de Enfermagem - HMU

ANEXO 1 – RELATÓRIO DE EXAMES LABORATORIAIS

1. Registro ANS		2. Número do Guia Principal		3. Data de Autenticação		4. Sessão		5. Data de Validade da Sessão		6. Número do Guia Attribuído para Operadora	
Identificação do Paciente											
8. Número da Carteira		9. Nome do Paciente		10. Nome				11. Número do Cartão Nacional de Saúde		12. Atendimento a RH	
Identificação da Unidade											
13. Código da Unidade (CRM) / UPE		14. Nome da Unidade									
Identificação do Profissional											
15. Nome do Profissional Solicitante				16. Conselho Profissional		17. Número do Conselho		18. UF		19. Código CBO	
BRUNO W. FERREIRA				CRM		27317		RJ		30. Assinatura do Profissional Solicitante	
Identificação do Procedimento e Exames Solicitados											
21. Caracter de Solicitação		22. Data de Solicitação		23. Indicar Códigos (Obrigatório em pequenos orçamentos, terapias, consultas de referência e alto custo)							
E: E-Exame U: Urgência/Emergência		03/05/2025									
24. Tabela		25. Código de Procedimento		26. Descrição				27. QT. Sess.		28. QT. Anos	
0		02.02.02.028-0		HEMORRAGIA COMPLETA				1		1	
0		02.02.02.014-2		TEMPO DE PROCTOMIBINA				1		1	
0		02.02.02.014-4		TEMPO DE TRICHOPLASTIA PARCIAL				1		1	
0		02.02.01.004-3		TRANSAMINASE ALFA LACTICA				1		1	
0		02.02.01.005-1		TRANSAMINASE ALFA LACTICA PARCIAL				1		1	

4. Número da Carteira		5. Nome do Paciente		10. Nome				11. Número do Cartão Nacional de Saúde		12. Atendimento a RH	
Identificação do Paciente											
8. Número da Carteira		9. Nome do Paciente		10. Nome				11. Número do Cartão Nacional de Saúde		12. Atendimento a RH	
Identificação da Unidade											
13. Código da Unidade (CRM) / UPE		14. Nome da Unidade									
Identificação do Profissional											
15. Nome do Profissional Solicitante				16. Conselho Profissional		17. Número do Conselho		18. UF		19. Código CBO	
BRUNO W. FERREIRA				CRM		27317		RJ		30. Assinatura do Profissional Solicitante	
Identificação do Procedimento e Exames Solicitados											
21. Caracter de Solicitação		22. Data de Solicitação		23. Indicar Códigos (Obrigatório em pequenos orçamentos, terapias, consultas de referência e alto custo)							
E: E-Exame U: Urgência/Emergência		03/05/2025									
24. Tabela		25. Código de Procedimento		26. Descrição				27. QT. Sess.		28. QT. Anos	
0		02.02.01.004-3		HEMORRAGIA TOTAL E FRACÇÕES				1		1	
0		02.02.01.004-4		URINA				1		1	
0		02.02.01.005-1		CREATININA				1		1	
0		02.02.01.005-2		URINA DE JATO MEIO				1		1	

1. Registro ANS		2. Número do Guia Principal		3. Data de Autenticação		4. Sessão		5. Data de Validade da Sessão		6. Número do Guia Attribuído para Operadora	
Identificação do Paciente											
8. Número da Carteira		9. Nome do Paciente		10. Nome				11. Número do Cartão Nacional de Saúde		12. Atendimento a RH	
Identificação da Unidade											
13. Código da Unidade (CRM) / UPE		14. Nome da Unidade									
Identificação do Profissional											
15. Nome do Profissional Solicitante				16. Conselho Profissional		17. Número do Conselho		18. UF		19. Código CBO	
BRUNO W. FERREIRA				CRM		27317		RJ		30. Assinatura do Profissional Solicitante	
Identificação do Procedimento e Exames Solicitados											
21. Caracter de Solicitação		22. Data de Solicitação		23. Indicar Códigos (Obrigatório em pequenos orçamentos, terapias, consultas de referência e alto custo)							
E: E-Exame U: Urgência/Emergência		03/05/2025									
24. Tabela		25. Código de Procedimento		26. Descrição				27. QT. Sess.		28. QT. Anos	
0		02.02.02.028-0		HEMORRAGIA COMPLETA				1		1	
0		02.02.02.014-2		TEMPO DE PROCTOMIBINA				1		1	
0		02.02.02.014-4		TEMPO DE TRICHOPLASTIA PARCIAL				1		1	
0		02.02.01.004-3		TRANSAMINASE ALFA LACTICA				1		1	
0		02.02.01.005-1		TRANSAMINASE ALFA LACTICA PARCIAL				1		1	

21. Caracter de Solicitação		22. Data de Solicitação		23. Indicar Códigos (Obrigatório em pequenos orçamentos, terapias, consultas de referência e alto custo)							
E: E-Exame U: Urgência/Emergência		03/05/2025									
24. Tabela		25. Código de Procedimento		26. Descrição				27. QT. Sess.		28. QT. Anos	
0		02.02.01.004-3		HEMORRAGIAS TOTAL E FRACÇÕES				1		1	
0		02.02.01.004-4		URINA				1		1	
0		02.02.01.005-1		CREATININA				1		1	
0		02.02.01.005-2		URINA DE JATO MEIO				1		1	

[Assinatura]

1- Número de Guia Principal		2- Data de Autenticação		3- Seriado		4- Data de Validade da Seriação		5- Número de Guia Atrelada para Operações	
Nome do Beneficiário 6- Número da Carteira 10- Nome: AMILA ELZA DA COSTA 11- Número da Carteira Nacional de Saúde 12- Atendimento a RH									
Nome do Contribuinte Beneficiário 13- Código de Operadora - CNPJ - UIN 14- Assunto de Contribuinte: AMILA ELZA DA COSTA									
15- Nome do Profissional Solicitante: AMILA ELZA DA COSTA				16- Conselho Profissional: CRM		17- Número de Conselho: 60816		18- UF	
						19- Código CBO		20- Assinatura do Profissional Solicitante	
Nome do Solicitante/Procedimento e a Exame Solicitado 21- Código do Subproduto 22- Data de Solicitação: 05/06/2025 23- Indicação Clínica (Opcional: se prescrição, exame, resultado de esfíncter e etc)									
24- Exames 25- Código do Procedimento 26- Componente 27- QT Seria 28- QT Auto									
0		02 02 01 531-F		01ATM01A		1			
0				COLATERAL TOTAL E FRAÇÕES		3			
0		02 02 01 547-B		GLICONE		1			
0		02 02 01 583-B		BIOXO		1			
0		02 02 01 585-B		POTASSIO		1			

1-Registro ANS	2-Número de Guia Principal	3-Data de Autenticação	4-Serviço	5-Data de Validade da Guia	6-Número de Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
		12-Atendimento a RSE			
Dados do Contratado/Operadora					
13-Código de Operadora - CNPJ - CPF	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Código Profissional		17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação/Procedimento e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, tratamento de referência e alto custo)			
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Diagnóstico	27-QT Selo	28-QT Autor	
1	02 02 02 000-0	VERM. LUM DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGÜÍNEO	1	1	

1-Registro ANS	2-Número de Guia Principal	3-Data de Autenticação	4-Serviço	5-Data de Validade da Guia	6-Número de Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
		12-Atendimento a RSE			
Dados do Contratado/Operadora					
13-Código de Operadora - CNPJ - CPF	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Código Profissional		17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação/Procedimento e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, tratamento de referência e alto custo)			
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Diagnóstico	27-QT Selo	28-QT Autor	
0	02 02 02 000-0	HEMOGRAMA COMPLETO PROTEÍNA C REATIVA	1	1	

1-Registro ANS	2-Número de Guia Principal	3-Data de Autenticação	4-Serviço	5-Data de Validade da Guia	6-Número de Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
		12-Atendimento a RSE			
Dados do Contratado/Operadora					
13-Código de Operadora - CNPJ - CPF	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Código Profissional		17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação/Procedimento e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, tratamento de referência e alto custo)			
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Diagnóstico	27-QT Selo	28-QT Autor	
0	02 02 02 000-0	DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGÜÍNEO HEMOGRAMA COMPLETO VERM. LUM	1	1	

1-Registro ANS	2-Número de Guia Principal	3-Data de Autenticação	4-Serviço	5-Data de Validade da Guia	6-Número de Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
		12-Atendimento a RSE			
Dados do Contratado/Operadora					
13-Código de Operadora - CNPJ - CPF	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Código Profissional		17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação/Procedimento e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, tratamento de referência e alto custo)			
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Diagnóstico	27-QT Selo	28-QT Autor	
0	02 02 02 000-0	HEMOGRAMA COMPLETO PROTEÍNA C REATIVA URINA DE JATO MEIO	1	1	

1-Registro ANS	2-Número de Guia Principal	3-Data de Autenticação	4-Serviço	5-Data de Validade da Guia	6-Número de Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
		12-Atendimento a RSE			
Dados do Contratado/Operadora					
13-Código de Operadora - CNPJ - CPF	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Código Profissional		17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação/Procedimento e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, tratamento de referência e alto custo)			
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Diagnóstico	27-QT Selo	28-QT Autor	
0	02 02 02 000-0	HEMOGRAMA COMPLETO PROTEÍNA C REATIVA URINA DE JATO MEIO	1	1	

VE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/BAU

V089/48 / 1

1 Registro ANS	2 Nome do Cuidado Principal	3 Data de Autorização	4 Data	5 Data de Validade da Sentença	6 Registro de Cuidado Autorizado para Operações																								
Unidade de Referência 8 Nome da Clínica 9 Endereço da Clínica 10 Nome 11 Nome do Centro Nacional de Saúde 12 Atendimento a 90%																													
Unidade de Referência Substituta 13 Código de Referência - CNRP / CPT 14 Nome do Contratado 15 Nome do Profissional Substituto 16 Conselho Profissional 17 Número do Conselho 18 UF 19 Código CBO 20 Assinatura do Profissional Substituto																													
Unidade de Referência/Procedimento e Exames Solicitados 21 Cuidado de Referência 22 Data de Solicitação 23 Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, controle de infecção e alto custo)																													
24 Tabela <table border="1"> <thead> <tr> <th>25 Código de Procedimento</th> <th>26 Descrição</th> <th>27 QTD Solic.</th> <th>28 QTD Autor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>HEMOCROMA COMPLETO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>PROTEÍNA C REATIVA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>UREIA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>CREATININA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>URINA DE JATO MEDIO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>						25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.	0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1	0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1	0	UREIA	1	1	0	CREATININA	1	1	0	URINA DE JATO MEDIO	1	1
25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.																										
0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1																										
0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1																										
0	UREIA	1	1																										
0	CREATININA	1	1																										
0	URINA DE JATO MEDIO	1	1																										

1 Registro ANS	2 Nome do Cuidado Principal	3 Data de Autorização	4 Data	5 Data de Validade da Sentença	6 Registro de Cuidado Autorizado para Operações																								
Unidade de Referência 8 Nome da Clínica 9 Endereço da Clínica 10 Nome 11 Nome do Centro Nacional de Saúde 12 Atendimento a 90%																													
Unidade de Referência Substituta 13 Código de Referência - CNRP / CPT 14 Nome do Contratado 15 Nome do Profissional Substituto 16 Conselho Profissional 17 Número do Conselho 18 UF 19 Código CBO 20 Assinatura do Profissional Substituto																													
Unidade de Referência/Procedimento e Exames Solicitados 21 Cuidado de Referência 22 Data de Solicitação 23 Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, controle de infecção e alto custo)																													
24 Tabela <table border="1"> <thead> <tr> <th>25 Código de Procedimento</th> <th>26 Descrição</th> <th>27 QTD Solic.</th> <th>28 QTD Autor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>HEMOCROMA COMPLETO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>PROTEÍNA C REATIVA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>UREIA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>CREATININA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>URINA DE JATO MEDIO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>						25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.	0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1	0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1	0	UREIA	1	1	0	CREATININA	1	1	0	URINA DE JATO MEDIO	1	1
25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.																										
0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1																										
0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1																										
0	UREIA	1	1																										
0	CREATININA	1	1																										
0	URINA DE JATO MEDIO	1	1																										

1 Registro ANS	2 Nome do Cuidado Principal	3 Data de Autorização	4 Data	5 Data de Validade da Sentença	6 Registro de Cuidado Autorizado para Operações																								
Unidade de Referência 8 Nome da Clínica 9 Endereço da Clínica 10 Nome 11 Nome do Centro Nacional de Saúde 12 Atendimento a 90%																													
Unidade de Referência Substituta 13 Código de Referência - CNRP / CPT 14 Nome do Contratado 15 Nome do Profissional Substituto 16 Conselho Profissional 17 Número do Conselho 18 UF 19 Código CBO 20 Assinatura do Profissional Substituto																													
Unidade de Referência/Procedimento e Exames Solicitados 21 Cuidado de Referência 22 Data de Solicitação 23 Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, controle de infecção e alto custo)																													
24 Tabela <table border="1"> <thead> <tr> <th>25 Código de Procedimento</th> <th>26 Descrição</th> <th>27 QTD Solic.</th> <th>28 QTD Autor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>HEMOCROMA COMPLETO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>PROTEÍNA C REATIVA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>UREIA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>CREATININA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>URINA DE JATO MEDIO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>						25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.	0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1	0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1	0	UREIA	1	1	0	CREATININA	1	1	0	URINA DE JATO MEDIO	1	1
25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.																										
0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1																										
0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1																										
0	UREIA	1	1																										
0	CREATININA	1	1																										
0	URINA DE JATO MEDIO	1	1																										

1 Registro ANS	2 Nome do Cuidado Principal	3 Data de Autorização	4 Data	5 Data de Validade da Sentença	6 Registro de Cuidado Autorizado para Operações																								
Unidade de Referência 8 Nome da Clínica 9 Endereço da Clínica 10 Nome 11 Nome do Centro Nacional de Saúde 12 Atendimento a 90%																													
Unidade de Referência Substituta 13 Código de Referência - CNRP / CPT 14 Nome do Contratado 15 Nome do Profissional Substituto 16 Conselho Profissional 17 Número do Conselho 18 UF 19 Código CBO 20 Assinatura do Profissional Substituto																													
Unidade de Referência/Procedimento e Exames Solicitados 21 Cuidado de Referência 22 Data de Solicitação 23 Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, controle de infecção e alto custo)																													
24 Tabela <table border="1"> <thead> <tr> <th>25 Código de Procedimento</th> <th>26 Descrição</th> <th>27 QTD Solic.</th> <th>28 QTD Autor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>HEMOCROMA COMPLETO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>PROTEÍNA C REATIVA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>UREIA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>CREATININA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>URINA DE JATO MEDIO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>						25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.	0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1	0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1	0	UREIA	1	1	0	CREATININA	1	1	0	URINA DE JATO MEDIO	1	1
25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.																										
0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1																										
0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1																										
0	UREIA	1	1																										
0	CREATININA	1	1																										
0	URINA DE JATO MEDIO	1	1																										

1 Registro ANS	2 Nome do Cuidado Principal	3 Data de Autorização	4 Data	5 Data de Validade da Sentença	6 Registro de Cuidado Autorizado para Operações																								
Unidade de Referência 8 Nome da Clínica 9 Endereço da Clínica 10 Nome 11 Nome do Centro Nacional de Saúde 12 Atendimento a 90%																													
Unidade de Referência Substituta 13 Código de Referência - CNRP / CPT 14 Nome do Contratado 15 Nome do Profissional Substituto 16 Conselho Profissional 17 Número do Conselho 18 UF 19 Código CBO 20 Assinatura do Profissional Substituto																													
Unidade de Referência/Procedimento e Exames Solicitados 21 Cuidado de Referência 22 Data de Solicitação 23 Indicação Clínica (Obrigatório ao prescrever cirurgia, terapia, controle de infecção e alto custo)																													
24 Tabela <table border="1"> <thead> <tr> <th>25 Código de Procedimento</th> <th>26 Descrição</th> <th>27 QTD Solic.</th> <th>28 QTD Autor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>HEMOCROMA COMPLETO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>PROTEÍNA C REATIVA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>UREIA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>CREATININA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>URINA DE JATO MEDIO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>						25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.	0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1	0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1	0	UREIA	1	1	0	CREATININA	1	1	0	URINA DE JATO MEDIO	1	1
25 Código de Procedimento	26 Descrição	27 QTD Solic.	28 QTD Autor.																										
0	HEMOCROMA COMPLETO	1	1																										
0	PROTEÍNA C REATIVA	1	1																										
0	UREIA	1	1																										
0	CREATININA	1	1																										
0	URINA DE JATO MEDIO	1	1																										

[Handwritten signature]

1-Registro ANS	2-Numero da Guia Principal	3-Data de Autodicação	4-Sentença	5-Data de Validade da Sentença	6-Numero da Guia Autorizada para Operadora
Identificação do Paciente					
8-Numero da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Numero da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Identificação do Contratado/Operadora					
13-Código do Operador (CNPJ / CPF)	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Contrato Profissional					
17-Numero do Contrato					
18-UF					
19-Código CBO					
20-Assinatura do Profissional Solicitante					
Identificação do Contratado/Operadora e do Profissional Solicitante					
21-Cidade de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório em algumas situações, sempre, consulte seu representante e/ou representante)			
24-Tipo de Solicitação	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sessão	28-QT. Anos	
0	02 02 02 020-0	HEMORRAGIA COMPLETA	1	1	
0	02 02 02 020-1	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-2	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-3	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-4	PROTEINA C REATIVA	1	1	

1-Registro ANS	2-Numero da Guia Principal	3-Data de Autodicação	4-Sentença	5-Data de Validade da Sentença	6-Numero da Guia Autorizada para Operadora
Identificação do Paciente					
8-Numero da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Numero da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Identificação do Contratado/Operadora					
13-Código do Operador (CNPJ / CPF)	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Contrato Profissional					
17-Numero do Contrato					
18-UF					
19-Código CBO					
20-Assinatura do Profissional Solicitante					
Identificação do Contratado/Operadora e do Profissional Solicitante					
21-Cidade de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório em algumas situações, sempre, consulte seu representante e/ou representante)			
24-Tipo de Solicitação	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sessão	28-QT. Anos	
0	02 02 02 020-0	HEMORRAGIA COMPLETA	1	1	
0	02 02 02 020-1	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-2	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-3	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-4	PROTEINA C REATIVA	1	1	

1-Registro ANS	2-Numero da Guia Principal	3-Data de Autodicação	4-Sentença	5-Data de Validade da Sentença	6-Numero da Guia Autorizada para Operadora
Identificação do Paciente					
8-Numero da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Numero da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Identificação do Contratado/Operadora					
13-Código do Operador (CNPJ / CPF)	14-Nome do Contratado				
15-Nome do Profissional Solicitante					
16-Contrato Profissional					
17-Numero do Contrato					
18-UF					
19-Código CBO					
20-Assinatura do Profissional Solicitante					
Identificação do Contratado/Operadora e do Profissional Solicitante					
21-Cidade de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório em algumas situações, sempre, consulte seu representante e/ou representante)			
24-Tipo de Solicitação	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sessão	28-QT. Anos	
0	02 02 02 020-0	HEMORRAGIA COMPLETA	1	1	
0	02 02 02 020-1	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-2	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-3	PROTEINA C REATIVA	1	1	
0	02 02 02 020-4	PROTEINA C REATIVA	1	1	

UE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SAU						0089558 / 1
1-Registro ANS	2-Numero da Guia Principal	3-Data de Autodicação	4-Sentença	5-Data de Validade da Sentença	6-Numero da Guia Autorizada para Operadora	
Identificação do Paciente						
8-Numero da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Numero da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE	
Identificação do Contratado/Operadora						
13-Código do Operador (CNPJ / CPF)	14-Nome do Contratado					
15-Nome do Profissional Solicitante						
16-Contrato Profissional						
17-Numero do Contrato						
18-UF						
19-Código CBO						
20-Assinatura do Profissional Solicitante						
Identificação do Contratado/Operadora e do Profissional Solicitante						
21-Cidade de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório em algumas situações, sempre, consulte seu representante e/ou representante)				
24-Tipo de Solicitação	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sessão	28-QT. Anos		
0	02 02 02 020-0	HEMORRAGIA COMPLETA	1	1		
0	02 02 02 020-1	PROTEINA C REATIVA	1	1		
0	02 02 02 020-2	PROTEINA C REATIVA	1	1		
0	02 02 02 020-3	PROTEINA C REATIVA	1	1		
0	02 02 02 020-4	PROTEINA C REATIVA	1	1		

UE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SAU						0089558 / 1
1-Registro ANS	2-Numero da Guia Principal	3-Data de Autodicação	4-Sentença	5-Data de Validade da Sentença	6-Numero da Guia Autorizada para Operadora	
Identificação do Paciente						
8-Numero da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Numero da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE	
Identificação do Contratado/Operadora						
13-Código do Operador (CNPJ / CPF)	14-Nome do Contratado					
15-Nome do Profissional Solicitante						
16-Contrato Profissional						
17-Numero do Contrato						
18-UF						
19-Código CBO						
20-Assinatura do Profissional Solicitante						
Identificação do Contratado/Operadora e do Profissional Solicitante						
21-Cidade de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicação Clínica (Obrigatório em algumas situações, sempre, consulte seu representante e/ou representante)				
24-Tipo de Solicitação	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sessão	28-QT. Anos		
0	02 02 02 020-0	HEMORRAGIA COMPLETA	1	1		
0	02 02 02 020-1	PROTEINA C REATIVA	1	1		
0	02 02 02 020-2	PROTEINA C REATIVA	1	1		
0	02 02 02 020-3	PROTEINA C REATIVA	1	1		
0	02 02 02 020-4	PROTEINA C REATIVA	1	1		

[Handwritten signature]

1-Registro ANS	2-Número de Guia Primária	3-Data de Admissão	4-Serviço	5-Data de Validade da Nota	6-Número de Guia Atrelado para Operações
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Endereço da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Dados do Contrato/Serviço					
13-Código de Operadora - CNPJ / CNP	14-Nome do Contratado	15-Contrato Profissional	16-Número do Contrato	18-UF	19-Código CBO
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Contrato Profissional	18-Número do Contrato	19-UF	20-Assinatura do Profissional Solicitante
PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES		CNP	7987		
Dados de Solicitação/Prescrição e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicar em Clímax (Obrigatório no primeiro dia) tempo, duração de internação e alto custo			
8: 8-Estado: 10-Urgência/Emergência	16/05/2025				
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sess.	28-QT. Autor.	
8	02 02 01 003.9	BOCIO	1	1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0089976 / 1

1-Registro ANS	2-Número de Guia Primária	3-Data de Admissão	4-Serviço	5-Data de Validade da Nota	6-Número de Guia Atrelado para Operações
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Endereço da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Dados do Contrato/Serviço					
13-Código de Operadora - CNPJ / CNP	14-Nome do Contratado	15-Contrato Profissional	16-Número do Contrato	18-UF	19-Código CBO
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Contrato Profissional	18-Número do Contrato	19-UF	20-Assinatura do Profissional Solicitante
PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES		CNP	7987		
Dados de Solicitação/Prescrição e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicar em Clímax (Obrigatório no primeiro dia) tempo, duração de internação e alto custo			
8: 8-Estado: 10-Urgência/Emergência	16/05/2025				
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sess.	28-QT. Autor.	
8	02 02 01 003.9	HEMOCORRIMA COMPLETO	1	1	
8	02 02 01 008.8	PROTEINA C REATIVA	1	1	
8	02 02 01 001.7	URINA DE JATO MEDIO	1	1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0089976 / 1

1-Registro ANS	2-Número de Guia Primária	3-Data de Admissão	4-Serviço	5-Data de Validade da Nota	6-Número de Guia Atrelado para Operações
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Endereço da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Dados do Contrato/Serviço					
13-Código de Operadora - CNPJ / CNP	14-Nome do Contratado	15-Contrato Profissional	16-Número do Contrato	18-UF	19-Código CBO
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Contrato Profissional	18-Número do Contrato	19-UF	20-Assinatura do Profissional Solicitante
KARLA ELZA DA COSTA		CNP	22879		
Dados de Solicitação/Prescrição e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicar em Clímax (Obrigatório no primeiro dia) tempo, duração de internação e alto custo			
8: 8-Estado: 10-Urgência/Emergência	16/05/2025				
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sess.	28-QT. Autor.	
8	02 02 01 003.9	HEMOCORRIMA COMPLETO	1	1	
8	02 02 01 008.8	PROTEINA C REATIVA	1	1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0089976 / 1

1-Registro ANS	2-Número de Guia Primária	3-Data de Admissão	4-Serviço	5-Data de Validade da Nota	6-Número de Guia Atrelado para Operações
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Endereço da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Dados do Contrato/Serviço					
13-Código de Operadora - CNPJ / CNP	14-Nome do Contratado	15-Contrato Profissional	16-Número do Contrato	18-UF	19-Código CBO
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Contrato Profissional	18-Número do Contrato	19-UF	20-Assinatura do Profissional Solicitante
PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES		CNP	7987		
Dados de Solicitação/Prescrição e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicar em Clímax (Obrigatório no primeiro dia) tempo, duração de internação e alto custo			
8: 8-Estado: 10-Urgência/Emergência	16/05/2025				
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sess.	28-QT. Autor.	
8	02 02 01 003.9	HEMOCORRIMA COMPLETO	1	1	
8	02 02 01 008.8	PROTEINA C REATIVA	1	1	
8	02 02 01 001.7	URINA DE JATO MEDIO	1	1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0089976 / 1

1-Registro ANS	2-Número de Guia Primária	3-Data de Admissão	4-Serviço	5-Data de Validade da Nota	6-Número de Guia Atrelado para Operações
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Endereço da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Dados do Contrato/Serviço					
13-Código de Operadora - CNPJ / CNP	14-Nome do Contratado	15-Contrato Profissional	16-Número do Contrato	18-UF	19-Código CBO
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Contrato Profissional	18-Número do Contrato	19-UF	20-Assinatura do Profissional Solicitante
PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES		CNP	7987		
Dados de Solicitação/Prescrição e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicar em Clímax (Obrigatório no primeiro dia) tempo, duração de internação e alto custo			
8: 8-Estado: 10-Urgência/Emergência	16/05/2025				
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sess.	28-QT. Autor.	
8	02 02 01 003.9	HEMOCORRIMA COMPLETO	1	1	
8	02 02 01 008.8	PROTEINA C REATIVA	1	1	
8	02 02 01 001.7	URINA DE JATO MEDIO	1	1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0089976 / 1

1-Registro ANS	2-Número de Guia Primária	3-Data de Admissão	4-Serviço	5-Data de Validade da Nota	6-Número de Guia Atrelado para Operações
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Endereço da Carteira	10-Nome	11-Número da Carteira Nacional de Saúde		12-Atendimento a RSE
Dados do Contrato/Serviço					
13-Código de Operadora - CNPJ / CNP	14-Nome do Contratado	15-Contrato Profissional	16-Número do Contrato	18-UF	19-Código CBO
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Contrato Profissional	18-Número do Contrato	19-UF	20-Assinatura do Profissional Solicitante
PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES		CNP	7987		
Dados de Solicitação/Prescrição e Exames Solicitados					
21-Caracter de Solicitação	22-Data de Solicitação	23-Indicar em Clímax (Obrigatório no primeiro dia) tempo, duração de internação e alto custo			
8: 8-Estado: 10-Urgência/Emergência	16/05/2025				
24-Tabela	25-Código de Procedimento	26-Descrição	27-QT. Sess.	28-QT. Autor.	
8	02 02 01 003.9	HEMOCORRIMA COMPLETO	1	1	
8	02 02 01 008.8	PROTEINA C REATIVA	1	1	
8	02 02 01 001.7	URINA DE JATO MEDIO	1	1	

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATENDIMENTO

UNIDADE DE REGISTRO DE ATENDIMENTO - SP/SADT

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090320 / 2

1-Registro AMB	2-Numero de Guia Principal	3-Data de Autorizacao	4-Serico	5-Data de Validade da Servico	6-Numero de Guia Autorizada para Operacoes
Unidade de Beneficiarios 7-Numero de Carteira 8-Endereco da Carteira 9-Nome LUCY MARIA CHAVES					
Unidade de Atendimento 10-Codigo de Operacao - CNPJ - CPM 11-Nome do Contratado PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES					
12-Data de Inicio da Atividade 13-Data de Fim da Atividade 14-Data de Validade da Atividade					
15-Data de Inicio da Atividade 16-Data de Fim da Atividade 17-Data de Validade da Atividade					
18-Data de Inicio da Atividade 19-Data de Fim da Atividade 20-Data de Validade da Atividade					
21-Data de Inicio da Atividade 22-Data de Fim da Atividade 23-Data de Validade da Atividade					
24-Data de Inicio da Atividade 25-Data de Fim da Atividade 26-Data de Validade da Atividade					
27-Data de Inicio da Atividade 28-Data de Fim da Atividade 29-Data de Validade da Atividade					

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090338 / 1

1-Registro AMB	2-Numero de Guia Principal	3-Data de Autorizacao	4-Serico	5-Data de Validade da Servico	6-Numero de Guia Autorizada para Operacoes
Unidade de Beneficiarios 7-Numero de Carteira 8-Endereco da Carteira 9-Nome LUCY MARIA CHAVES					
Unidade de Atendimento 10-Codigo de Operacao - CNPJ - CPM 11-Nome do Contratado PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES					
12-Data de Inicio da Atividade 13-Data de Fim da Atividade 14-Data de Validade da Atividade					
15-Data de Inicio da Atividade 16-Data de Fim da Atividade 17-Data de Validade da Atividade					
18-Data de Inicio da Atividade 19-Data de Fim da Atividade 20-Data de Validade da Atividade					
21-Data de Inicio da Atividade 22-Data de Fim da Atividade 23-Data de Validade da Atividade					
24-Data de Inicio da Atividade 25-Data de Fim da Atividade 26-Data de Validade da Atividade					
27-Data de Inicio da Atividade 28-Data de Fim da Atividade 29-Data de Validade da Atividade					

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090338 / 2

1-Registro AMB	2-Numero de Guia Principal	3-Data de Autorizacao	4-Serico	5-Data de Validade da Servico	6-Numero de Guia Autorizada para Operacoes
Unidade de Beneficiarios 7-Numero de Carteira 8-Endereco da Carteira 9-Nome LUCY MARIA CHAVES					
Unidade de Atendimento 10-Codigo de Operacao - CNPJ - CPM 11-Nome do Contratado PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES					
12-Data de Inicio da Atividade 13-Data de Fim da Atividade 14-Data de Validade da Atividade					
15-Data de Inicio da Atividade 16-Data de Fim da Atividade 17-Data de Validade da Atividade					
18-Data de Inicio da Atividade 19-Data de Fim da Atividade 20-Data de Validade da Atividade					
21-Data de Inicio da Atividade 22-Data de Fim da Atividade 23-Data de Validade da Atividade					
24-Data de Inicio da Atividade 25-Data de Fim da Atividade 26-Data de Validade da Atividade					
27-Data de Inicio da Atividade 28-Data de Fim da Atividade 29-Data de Validade da Atividade					

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090337 / 1

1-Registro AMB	2-Numero de Guia Principal	3-Data de Autorizacao	4-Serico	5-Data de Validade da Servico	6-Numero de Guia Autorizada para Operacoes
Unidade de Beneficiarios 7-Numero de Carteira 8-Endereco da Carteira 9-Nome LUCY MARIA CHAVES					
Unidade de Atendimento 10-Codigo de Operacao - CNPJ - CPM 11-Nome do Contratado PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES					
12-Data de Inicio da Atividade 13-Data de Fim da Atividade 14-Data de Validade da Atividade					
15-Data de Inicio da Atividade 16-Data de Fim da Atividade 17-Data de Validade da Atividade					
18-Data de Inicio da Atividade 19-Data de Fim da Atividade 20-Data de Validade da Atividade					
21-Data de Inicio da Atividade 22-Data de Fim da Atividade 23-Data de Validade da Atividade					
24-Data de Inicio da Atividade 25-Data de Fim da Atividade 26-Data de Validade da Atividade					
27-Data de Inicio da Atividade 28-Data de Fim da Atividade 29-Data de Validade da Atividade					

[Handwritten signature]

1. Registro AMB	2. Número da Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Sessão	5. Data de Validade da Sessão	7. Número da Guia Atrelada para Operadora
Unidade de Referência 8. Número da Carteira 9. Unidade da Carteira 10. Nome OLIVIA GONCALVES DE MATOS					
Unidade de Referência Substituta 13. Código de Operadora - CNPJ - CPF 14. Nome do Contratado EVELYN DE RENEVA LINS PIRES					
Unidade de Referência Substituta 15. Nome do Profissional Solicitante EVELYN DE RENEVA LINS PIRES 16. Conselho Profissional CRM 17. Número do Conselho 1908 18. UF 19. Código CBO 20. Assinatura do Profissional Solicitante					
Unidade de Referência Substituta e Carteira Substituta 21. Carteira de Identificação 22. Data de Substituição 23. Indicação Clínica (Obrigatório se presente: urgência, tempo, urgência de referência e alto custo)					
24. Tabula	25. Código de Procedimento	26. Descrição	27-QT Sess.	28-QT Auto	
0	02 02 01 000-0	POSTAÇÃO	1		

1. Registro AMB	2. Número da Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Sessão	5. Data de Validade da Sessão	7. Número da Guia Atrelada para Operadora
Unidade de Referência 8. Número da Carteira 9. Unidade da Carteira 10. Nome OLIVIA GONCALVES DE MATOS					
Unidade de Referência Substituta 13. Código de Operadora - CNPJ - CPF 14. Nome do Contratado EVELYN DE RENEVA LINS PIRES					
Unidade de Referência Substituta 15. Nome do Profissional Solicitante EVELYN DE RENEVA LINS PIRES 16. Conselho Profissional CRM 17. Número do Conselho 1908 18. UF 19. Código CBO 20. Assinatura do Profissional Solicitante					
Unidade de Referência Substituta e Carteira Substituta 21. Carteira de Identificação 22. Data de Substituição 23. Indicação Clínica (Obrigatório se presente: urgência, tempo, urgência de referência e alto custo)					
24. Tabula	25. Código de Procedimento	26. Descrição	27-QT Sess.	28-QT Auto	
0	02 02 01 000-0	POSTAÇÃO	1		

HOSPITAL UBRAJARA FARIA LOPES

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090336 / 1

1. Registro AMB	2. Número da Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Sessão	5. Data de Validade da Sessão	7. Número da Guia Atrelada para Operadora
Unidade de Referência 8. Número da Carteira 9. Unidade da Carteira 10. Nome MARCELO ANDREAS RODRIGUES					
Unidade de Referência Substituta 13. Código de Operadora - CNPJ - CPF 14. Nome do Contratado LETICIA MARTINS FARIAS					
Unidade de Referência Substituta 15. Nome do Profissional Solicitante LETICIA MARTINS FARIAS 16. Conselho Profissional CRM 17. Número do Conselho 2070 18. UF 19. Código CBO 20. Assinatura do Profissional Solicitante					
Unidade de Referência Substituta e Carteira Substituta 21. Carteira de Identificação 22. Data de Substituição 23. Indicação Clínica (Obrigatório se presente: urgência, tempo, urgência de referência e alto custo)					
24. Tabula	25. Código de Procedimento	26. Descrição	27-QT Sess.	28-QT Auto	
0	02 02 02 000-0	HEMOCAMAR COMPLETO	1		

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090337 / 1

1. Registro AMB	2. Número da Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Sessão	5. Data de Validade da Sessão	7. Número da Guia Atrelada para Operadora
Unidade de Referência 8. Número da Carteira 9. Unidade da Carteira 10. Nome LETICIA MARTINS FARIAS					
Unidade de Referência Substituta 13. Código de Operadora - CNPJ - CPF 14. Nome do Contratado PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES					
Unidade de Referência Substituta 15. Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES 16. Conselho Profissional CRM 17. Número do Conselho 1907 18. UF 19. Código CBO 20. Assinatura do Profissional Solicitante					
Unidade de Referência Substituta e Carteira Substituta 21. Carteira de Identificação 22. Data de Substituição 23. Indicação Clínica (Obrigatório se presente: urgência, tempo, urgência de referência e alto custo)					
24. Tabula	25. Código de Procedimento	26. Descrição	27-QT Sess.	28-QT Auto	
0	02 02 02 000-0	HEMOCAMAR COMPLETO	1		
0	02 02 02 001-7	URINA DE JATO MEDIO	1		
0	02 02 02 000-0	PROTEINA C-REATIVA	1		

HOSPITAL UBRAJARA FARIA LOPES

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090370 / 1

1. Registro AMB	2. Número da Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Sessão	5. Data de Validade da Sessão	7. Número da Guia Atrelada para Operadora
Unidade de Referência 8. Número da Carteira 9. Unidade da Carteira 10. Nome LUCY MARIA CHAVES					
Unidade de Referência Substituta 13. Código de Operadora - CNPJ - CPF 14. Nome do Contratado PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES					
Unidade de Referência Substituta 15. Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES 16. Conselho Profissional CRM 17. Número do Conselho 1907 18. UF 19. Código CBO 20. Assinatura do Profissional Solicitante					
Unidade de Referência Substituta e Carteira Substituta 21. Carteira de Identificação 22. Data de Substituição 23. Indicação Clínica (Obrigatório se presente: urgência, tempo, urgência de referência e alto custo)					
24. Tabula	25. Código de Procedimento	26. Descrição	27-QT Sess.	28-QT Auto	
0	02 02 02 000-0	HEMOCAMAR COMPLETO	1		
0	02 02 02 000-0	PROTEINA C-REATIVA	1		
0	02 02 02 000-0	URINA	1		
0	02 02 02 001-7	URINA DE JATO MEDIO	1		
0	02 02 02 001-7	URINA DE JATO MEDIO	1		

[Handwritten signature]

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090369 / 1

1 Registro ANS	2 Número de Guia Principal	3 Data de Autorização	4 Sessão	5 Data de Validade da Sessão	7 Número de Guia Atrelado para Operações
Identificação do Paciente					
6 Número da Carteira	8 Endereços de Contato	10 Nome	11 Número de Cartão Nacional de Saúde		12 Atendimento a RM
Identificação da Instituição					
13 Código de Operadora - CNPJ - CUP	14 Nome do Contratado		15 Nome do Profissional Solicitante		
16 Nome do Profissional Solicitante		17 Nome do Contratado	18 UF	19 Código CBO	20 Assinatura do Profissional Solicitante
Identificação da Instituição e do Paciente					
21 Centro de Solicitação	22 Data de Solicitação	23 Indicação Clínica (Obrigatório no primeiro estágio, sempre atualizada de referência a este caso)			
24 E-Exatidão	25 Urgência/Emergência				
26 Tabela					
26-Código de Procedimento		26-Diagnóstico		27-QT Sess.	28-QT Auto
00 02 02 000-0		HEMORRAGIA COMPLETA		1	
00 02 02 000-0		PROCTENAL C/REACTIVA		1	
00 02 02 000-0		LINFAS		1	
00 02 02 000-0		CNE ALTA		1	
00 02 02 000-0		URINA DE JATO MEDIO		1	
Identificação da Instituição e do Paciente					
29 Código de Operadora - CNPJ - CUP	30 Nome do Contratado		31 Código CBO		

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090356 / 1

1 Registro ANS	2 Número de Guia Principal	3 Data de Autorização	4 Sessão	5 Data de Validade da Sessão	7 Número de Guia Atrelado para Operações
Identificação do Paciente					
6 Número da Carteira	8 Endereços de Contato	10 Nome	11 Número de Cartão Nacional de Saúde		12 Atendimento a RM
Identificação da Instituição					
13 Código de Operadora - CNPJ - CUP	14 Nome do Contratado		15 Nome do Profissional Solicitante		
16 Nome do Profissional Solicitante		17 Nome do Contratado	18 UF	19 Código CBO	20 Assinatura do Profissional Solicitante
Identificação da Instituição e do Paciente					
21 Centro de Solicitação	22 Data de Solicitação	23 Indicação Clínica (Obrigatório no primeiro estágio, sempre atualizada de referência a este caso)			
24 E-Exatidão	25 Urgência/Emergência				
26 Tabela					
26-Código de Procedimento		26-Diagnóstico		27-QT Sess.	28-QT Auto
00 02 02 000-0		HEMORRAGIA COMPLETA		1	
00 02 02 000-0		TIGR - HEMORRAGIA TRANSUTERINA		1	
00 02 02 000-0		LINFAS		1	
00 02 02 000-0		CNE ALTA		1	
00 02 02 000-0		TRANSUTERINA GLUTAMICA DIALACTICA		1	
Identificação da Instituição e do Paciente					
29 Código de Operadora - CNPJ - CUP	30 Nome do Contratado		31 Código CBO		

1 Registro ANS	2 Número de Guia Principal	3 Data de Autorização	4 Sessão	5 Data de Validade da Sessão	7 Número de Guia Atrelado para Operações
Identificação do Paciente					
6 Número da Carteira	8 Endereços de Contato	10 Nome	11 Número de Cartão Nacional de Saúde		12 Atendimento a RM
Identificação da Instituição					
13 Código de Operadora - CNPJ - CUP	14 Nome do Contratado		15 Nome do Profissional Solicitante		
16 Nome do Profissional Solicitante		17 Nome do Contratado	18 UF	19 Código CBO	20 Assinatura do Profissional Solicitante
Identificação da Instituição e do Paciente					
21 Centro de Solicitação	22 Data de Solicitação	23 Indicação Clínica (Obrigatório no primeiro estágio, sempre atualizada de referência a este caso)			
24 E-Exatidão	25 Urgência/Emergência				
26 Tabela					
26-Código de Procedimento		26-Diagnóstico		27-QT Sess.	28-QT Auto
00 02 02 000-0		TRANSUTERINA GLUTAMICA PRONICA		1	
00 02 02 000-0		SUERO		1	
00 02 02 000-0		POTASSIO		1	
Identificação da Instituição e do Paciente					
29 Código de Operadora - CNPJ - CUP	30 Nome do Contratado		31 Código CBO		

1 Registro ANS	2 Número de Guia Principal	3 Data de Autorização	4 Sessão	5 Data de Validade da Sessão	7 Número de Guia Atrelado para Operações
Identificação do Paciente					
6 Número da Carteira	8 Endereços de Contato	10 Nome	11 Número de Cartão Nacional de Saúde		12 Atendimento a RM
Identificação da Instituição					
13 Código de Operadora - CNPJ - CUP	14 Nome do Contratado		15 Nome do Profissional Solicitante		
16 Nome do Profissional Solicitante		17 Nome do Contratado	18 UF	19 Código CBO	20 Assinatura do Profissional Solicitante
Identificação da Instituição e do Paciente					
21 Centro de Solicitação	22 Data de Solicitação	23 Indicação Clínica (Obrigatório no primeiro estágio, sempre atualizada de referência a este caso)			
24 E-Exatidão	25 Urgência/Emergência				
26 Tabela					
26-Código de Procedimento		26-Diagnóstico		27-QT Sess.	28-QT Auto
00 02 02 000-0		HEMORRAGIA COMPLETA		1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090359 / 1

1 Registro ANS	2 Número de Guia Principal	3 Data de Autorização	4 Sessão	5 Data de Validade da Sessão	7 Número de Guia Atrelado para Operações
Identificação do Paciente					
6 Número da Carteira	8 Endereços de Contato	10 Nome	11 Número de Cartão Nacional de Saúde		12 Atendimento a RM
Identificação da Instituição					
13 Código de Operadora - CNPJ - CUP	14 Nome do Contratado		15 Nome do Profissional Solicitante		
16 Nome do Profissional Solicitante		17 Nome do Contratado	18 UF	19 Código CBO	20 Assinatura do Profissional Solicitante
Identificação da Instituição e do Paciente					
21 Centro de Solicitação	22 Data de Solicitação	23 Indicação Clínica (Obrigatório no primeiro estágio, sempre atualizada de referência a este caso)			
24 E-Exatidão	25 Urgência/Emergência				
26 Tabela					
26-Código de Procedimento		26-Diagnóstico		27-QT Sess.	28-QT Auto
00 02 02 000-0		HEMORRAGIA COMPLETA		1	
00 02 02 000-0		PROCTENAL C/REACTIVA		1	
00 02 02 000-0		TRANSUTERINA GLUTAMICA DIALACTICA		1	
00 02 02 000-0		TRANSUTERINA GLUTAMICA PRONICA		1	
00 02 02 000-0		LINFAS		1	

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090460 / 2

1. Registro ANS	2. Número de Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Nome	5. Data de Validade da Guia	6. Número de Guia Adicional para Operações
Identificação do Paciente 7. Nome do Paciente: MANOEL RODRIGUES VIEIRA DE MELLO 8. Número da Carteira: 11 9. Unidade da Carteira: 11 10. Nome do Centro de Referência de Saúde: 11 11. Atendimento a RSE: 11					
Identificação do Profissional 12. Nome do Profissional: CLAUDE M. CHACAS 13. Número do Conselho: 13 14. Data de Registro: 14 15. Data de Validade: 15 16. Assinatura do Profissional: 16					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 17. Nome do Centro: 17 18. Endereço: 18 19. Telefone: 19 20. E-mail: 20					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 21. Nome do Centro: 21 22. Endereço: 22 23. Telefone: 23 24. E-mail: 24					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 25. Nome do Centro: 25 26. Endereço: 26 27. Telefone: 27 28. E-mail: 28					

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090462 / 1

1. Registro ANS	2. Número de Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Nome	5. Data de Validade da Guia	6. Número de Guia Adicional para Operações
Identificação do Paciente 7. Nome do Paciente: CARLOS HENRIQUE DEO SANTOS 8. Número da Carteira: 11 9. Unidade da Carteira: 11 10. Nome do Centro de Referência de Saúde: 11 11. Atendimento a RSE: 11					
Identificação do Profissional 12. Nome do Profissional: PELTONI HENRIQUE DE OLIVEIRA SANCHES 13. Número do Conselho: 13 14. Data de Registro: 14 15. Data de Validade: 15 16. Assinatura do Profissional: 16					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 17. Nome do Centro: 17 18. Endereço: 18 19. Telefone: 19 20. E-mail: 20					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 21. Nome do Centro: 21 22. Endereço: 22 23. Telefone: 23 24. E-mail: 24					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 25. Nome do Centro: 25 26. Endereço: 26 27. Telefone: 27 28. E-mail: 28					

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090463 / 1

1. Registro ANS	2. Número de Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Nome	5. Data de Validade da Guia	6. Número de Guia Adicional para Operações
Identificação do Paciente 7. Nome do Paciente: LUIS CARLOS CHAVES 8. Número da Carteira: 11 9. Unidade da Carteira: 11 10. Nome do Centro de Referência de Saúde: 11 11. Atendimento a RSE: 11					
Identificação do Profissional 12. Nome do Profissional: PELTONI HENRIQUE DE OLIVEIRA SANCHES 13. Número do Conselho: 13 14. Data de Registro: 14 15. Data de Validade: 15 16. Assinatura do Profissional: 16					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 17. Nome do Centro: 17 18. Endereço: 18 19. Telefone: 19 20. E-mail: 20					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 21. Nome do Centro: 21 22. Endereço: 22 23. Telefone: 23 24. E-mail: 24					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 25. Nome do Centro: 25 26. Endereço: 26 27. Telefone: 27 28. E-mail: 28					

DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

0090467 / 1

1. Registro ANS	2. Número de Guia Principal	3. Data de Autenticação	4. Nome	5. Data de Validade da Guia	6. Número de Guia Adicional para Operações
Identificação do Paciente 7. Nome do Paciente: JOAO DA SILVA OLIVEIRA 8. Número da Carteira: 11 9. Unidade da Carteira: 11 10. Nome do Centro de Referência de Saúde: 11 11. Atendimento a RSE: 11					
Identificação do Profissional 12. Nome do Profissional: JOAO DA SILVA OLIVEIRA 13. Número do Conselho: 13 14. Data de Registro: 14 15. Data de Validade: 15 16. Assinatura do Profissional: 16					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 17. Nome do Centro: 17 18. Endereço: 18 19. Telefone: 19 20. E-mail: 20					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 21. Nome do Centro: 21 22. Endereço: 22 23. Telefone: 23 24. E-mail: 24					
Identificação do Centro de Referência de Saúde 25. Nome do Centro: 25 26. Endereço: 26 27. Telefone: 27 28. E-mail: 28					

[Handwritten signature]

0090658 / 1

VE LAMPADEIRA E TAPETA - BFM/VI				VZV/1.0 / 1	
1-Quantidade And		3-Número de Guia Projeção		5-Cidade de Instalação do Sistema	
2-Número de Guia Projeção		4-Cidade de Instalação do Sistema		7-Número de Guia Atribuído para Operações	
Área de Instalação 6-Número de Contagem 8-Endereço de Contagem 9-Número LUCY MARIA OLIVEIRA 11-Número de Contagem Nacional de Saúde 12-Atendimento à MS					
Unidade de Controle de Instalação 13-Controle de Instalação - UNP / UNP 14-Nome do Controlador PEDRO HENRIQUE CENQUERIAN SCHNEIDER					
15-Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE CENQUERIAN SCHNEIDER		16-Categoria Profissional CDP		17-Número de Controle 18-UF 19-Código CIBUS 20-Assinatura do Profissional Solicitante	
Unidade de Instalação/Instalação e Exame de Instalação 21-Código de Instalação 22-Data de Instalação 23-Indicação Clínica (Osteopatia ou qualquer doença, lesão, síndrome ou afeto similar)					
24-Endereço de Instalação		25-Endereço de Instalação		26-Endereço de Instalação	
27-Endereço de Instalação		28-Endereço de Instalação		29-Endereço de Instalação	
30-Endereço de Instalação		31-Endereço de Instalação		32-Endereço de Instalação	
33-Endereço de Instalação		34-Endereço de Instalação		35-Endereço de Instalação	
36-Endereço de Instalação		37-Endereço de Instalação		38-Endereço de Instalação	
39-Endereço de Instalação		40-Endereço de Instalação		41-Endereço de Instalação	
42-Endereço de Instalação		43-Endereço de Instalação		44-Endereço de Instalação	
45-Endereço de Instalação		46-Endereço de Instalação		47-Endereço de Instalação	
48-Endereço de Instalação		49-Endereço de Instalação		50-Endereço de Instalação	
51-Endereço de Instalação		52-Endereço de Instalação		53-Endereço de Instalação	
54-Endereço de Instalação		55-Endereço de Instalação		56-Endereço de Instalação	
57-Endereço de Instalação		58-Endereço de Instalação		59-Endereço de Instalação	
60-Endereço de Instalação		61-Endereço de Instalação		62-Endereço de Instalação	
63-Endereço de Instalação		64-Endereço de Instalação		65-Endereço de Instalação	
66-Endereço de Instalação		67-Endereço de Instalação		68-Endereço de Instalação	
69-Endereço de Instalação		70-Endereço de Instalação		71-Endereço de Instalação	
72-Endereço de Instalação		73-Endereço de Instalação		74-Endereço de Instalação	
75-Endereço de Instalação		76-Endereço de Instalação		77-Endereço de Instalação	
78-Endereço de Instalação		79-Endereço de Instalação		80-Endereço de Instalação	
81-Endereço de Instalação		82-Endereço de Instalação		83-Endereço de Instalação	
84-Endereço de Instalação		85-Endereço de Instalação		86-Endereço de Instalação	
87-Endereço de Instalação		88-Endereço de Instalação		89-Endereço de Instalação	
90-Endereço de Instalação		91-Endereço de Instalação		92-Endereço de Instalação	
93-Endereço de Instalação		94-Endereço de Instalação		95-Endereço de Instalação	
96-Endereço de Instalação		97-Endereço de Instalação		98-Endereço de Instalação	
99-Endereço de Instalação		100-Endereço de Instalação		101-Endereço de Instalação	

555 10 10 / 1

 De La Laguna Felipe Lopez		 INSTITUTO INGÉS		Código IT FIC-01
Título: Tecnico de Profesional de Salud			Revisión: 001	Página 1 de 1
Elaborado por: Graci E. Fajó Asesorado: Date: 2004/02/08	Analizó: Cristina Argente Asesorado: Date: 2004/02/08	Aprobado por: Miguel Trías Asesorado: Date: 2004/02/08		

È proibita la riproduzione parziale o totale degli documenti.
Ciascun inserimento deve essere scritto in lingua originale e accompagnato da una traduzione in italiano.

	ORIENTAÇÃO NA UNIDADE DE TRABALHO	
---	--	---

(+) ORIENTAÇÃO TÉCNICA (-) ORIENTAÇÃO DISCIPLINAR

Nome: **BAUS A-1**
 Hospital e Maternidade Municipal Dr. Manoel de Faria Lopes
 Setor: **Fisioterapia**
 Responsável: **Ans Carlos de Lencastre**
 Assunto: **Minimização de impactos no processo de fisioterapia**

RESUMO DA ORIENTAÇÃO

Fazer alguns testes rápidos e avaliar alguns pontos fundamentais que impactam diretamente no processo de fisioterapia e que precisam de maior atenção no dia a dia.

- Cadastro de Pacientes no Sistema Presabi / Sysinter.**
 - Área de realizar qualquer cadastro, verificar se o paciente já possui registro no sistema.
 - Evitar erros em duplicidade e com informações incorretas, pois isso gera retrabalho desnecessário.
- Cadastro deve ser preenchido de forma completa, sem erros. A ausência de informações prejudica o tratamento, principalmente em casos de interações.**