

Hospital e Maternidade Municipal Dr. Uirajara Faria Lopes

Dr. Sérgio Antônio de Almeida Assis

Superintendente de Planejamento e Avaliação

Assessoria Regional de Gestão Assistencial de Ibatiba

A COORDENADORIA DE GESTÃO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL

DESAFIO - INGES, por meio do presente documento, apresenta o relatório de

gestão de outubro de 2025, referente ao Contrato N° 054/24.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de

licitação, e o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de licitação.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de

licitação, e o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de licitação.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de

licitação, e o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de licitação.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de

licitação, e o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de licitação.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de

licitação, e o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de licitação.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o item 12.0. do Edital N° 001/2024, de

Relatório de Gestão Assistencial de Outubro/2025

Contrato N° 054/24

Ibatiba-ES

04 de novembro de 2025



Da: Gerência Administrativa e Assistencial

Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação

Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de outubro/2025

A par de cumprimentá-los, o **INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGÉS**, 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 outubro 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.....	15
2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	15
2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE	16
3. ESTATÍSTICA GERAL DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	18
3.1. INDICADORES QUANTITATIVOS.....	18
3.1.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS ELETIVAS E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS	21
3.1.2 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DOPPLER VASCULAR	23
3.1.3 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	27
3.1.4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES	32
4 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS	36
5. RELATÓRIO DE DESISTÊNCIAS CIRÚRGICAS E AMBULATORIAIS	37
6. RELATÓRIO DE COMISSÕES	39
6.1 Comissão Segurança do Paciente.....	39
6.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	40
6.3 Comissão Prontuário	40
6.4 Comissão de Óbito	41
6.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado	43
6.6 Comissão Ética Médica	43
6.7 Comissão Ética de Enfermagem.....	44
7. RELATÓRIO DE MELHORIAS / acolhimento	45
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de outubro 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	Outubro
Metas de pacientes internados	45
Meta de ocupação	>55%
Total de pacientes internados	64
Média atingida	142%
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	Outubro
Meta de permanência (em dia)	< 5
Total de pacientes internados	64
Média em dias que os pacientes ficaram internados	3,90%
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. M	ENF – M	10/10/2025	15/10/2025	06
02	A. P. S	ENF – M	06/10/2025	08/10/2025	03
03	A. V	ENF – M	23/10/2025	26/10/2025	04
04	A. M. S	MAT	05/09/2025	06/09/2025	03
05	A. P. M	ENF – F	06/10/2025	08/10/2025	03
06	A. P. P. L	ENF – F	07/10/2025	09/10/2025	03
07	A. A. M. A	PO – F	14/10/2025	16/10/2025	03
08	B. R. S	ENF – F	10/10/2025	12/10/2025	03
09	B. C. Q. G	PPP	13/10/2025	14/10/2025	02
10	B. R. M	PPP	16/10/2025	19/10/2025	04
11	C. R. F	ENF – M	26/10/2025	28/10/2025	03
12	C. L. F. O	PO – M	16/10/2025	21/10/2025	06
13	C. M. P	ENF – F	28/10/2025	30/10/2025	03
14	D. S. D	ENF – F	07/10/2025	23/10/2025	17

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

46	N. R. S	ENF – F	16/10/2025	20/10/2025	05
47	N. S. P	ENF – F	19/10/2025	23/10/2025	05
48	O. C. S	PO-F	16/10/2025	17/10/2025	02
49	O. D. C	ENF – M	31/10/2025	02/11/2025	03
50	R. C. S. M	MAT	30/10/2025	31/10/2025	02
51	R. A. F	MAT	23/10/2025	25/10/2025	03
52	R. N. S. A	PO-F	28/10/2025	30/10/2025	03
53	S. S. B. S	PO-F	14/10/2025	16/10/2025	03
54	S. C. S. A	MAT	03/10/2025	04/10/2025	02
55	S. F. L	PO-F	14/10/2025	16/10/2025	03
56	S. M. L. S	ENF – F	02/10/2025	07/10/2025	06
57	S. V. O	MAT	25/10/2025	27/10/2025	03
58	T. R. F	PO-F	16/10/2025	18/10/2025	03
59	T. A. S	MAT	23/10/2025	25/10/2025	03
60	V. P	ENF – M	16/10/2025	23/10/2025	08
61	V. S. V	MAT	08/10/2025	10/10/2025	03
62	W. M. S	ENF – M	07/10/2025	10/10/2025	04
63	W. O. C	ENF – M	15/10/2025	17/10/2025	03
64	Y. C. P	ENF – F	23/10/2025	28/10/2025	06

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	Outubro
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	06
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
37552882-2	08/10/2025	A. P. M
37552893-8	06/10/2025	A. P
37552881-4	06/10/2025	I. O. S
37552892-0	01/10/2025	L. M. C
37552904-7	23/10/2025	M. E. R
37552905-5	23/10/2025	N. S. P

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	Outubro
Partos realizados no mês	15
Partos cesárea	10
Meta	< 45%
Taxa de cesárea	56%
Resultado observado	80%
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				02	53	100%
CONTROLADOR DE ACESSO				01	47	100%
ENFERMAGEM				01	54	100%
CLINICO GERAL					37	100%
SERVIÇO SOCIAL					55	100%
PEDIATRA				01	11	100%
OBSTETRA					15	100%
CIRURGIÃO GERAL					04	100%
CIRURGIÃO VASCULAR					15	100%
GINECOLOGISTA					03	100%
ANESTESIA				01	30	100%
ALIMENTAÇÃO	01		02	03	49	95%
ESTRUTURA FÍSICA			01	03	51	98%
HIGIENIZAÇÃO				01	54	100%
Média de Resultado Observado			100%			

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 55 pacientes. A taxa de porcentagem tem por indicador os índices de bom e excelente. Fonte: O autor 2025.

Tabela 12 - Taxa de satisfação.

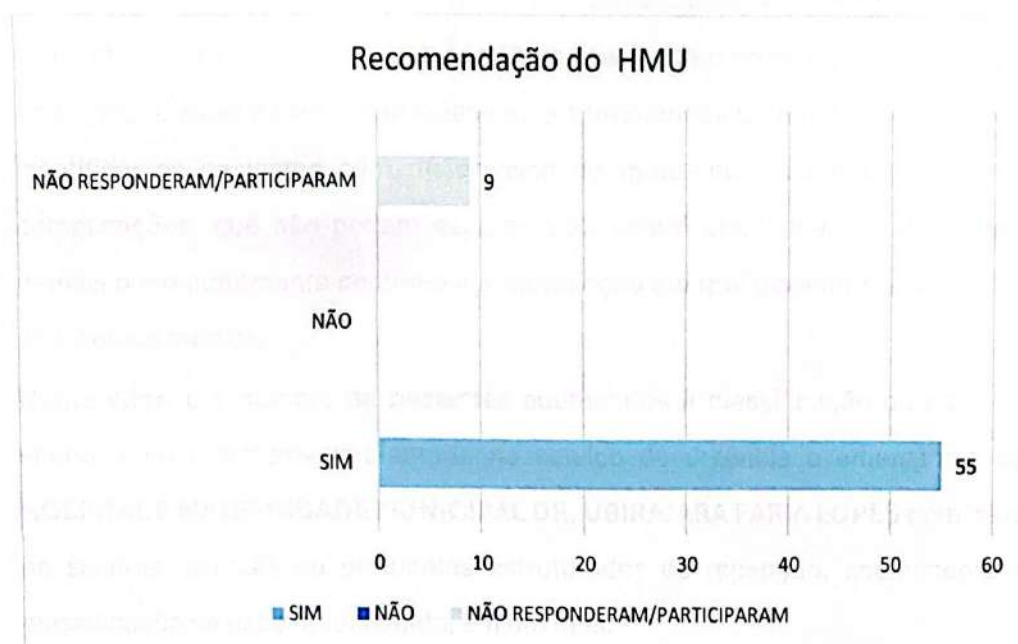
Taxa de satisfação	
Mês	Outubro
Meta de satisfação	>80%
Resultado observado	100%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Com base nos dados coletados ao longo do mês de outubro, 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.





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.

[Handwritten signature]

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 outubro		
Número	Bairro	Quantidade de atendimento
01	Bela Vista	06
02	Boa Esperança	28
03	Brasil Novo	55
04	Cambraia	02
05	Centro	62
06	Chácara Alvarino	07

07	Chácara Soniter	10
08	Floresta	74
09	Ipê	70
10	Lacerda	14
11	Novo Horizonte	98
12	Pimentel	01
13	Pro-morar 1	02
14	Pro-morar 2	01
15	Rural	360
16	Santa Clara	02
17	São José	46
18	São Sebastião	08
19	Toledo	07
20	Trocate	10
21	Vila nova	28
22	Municípios vizinhos	26
TOTAL		917

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)	858
Doppler	76
Internações	64
Partos	15
Cirurgias (dermatológica/ ginecológica/ vascular/ geral)	55

Fonte: O autor, 2025.

3.1.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS ELETIVAS E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

Tabela 16 - Atendimento em pediatria.

ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	
Mês	Outubro
Meta	500
Atendimento realizado	582
Média	116%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 17 - Atendimento em obstetrícia.

ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	
Mês	Outubro
Meta	-
Atendimento realizado	123
Média	100%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 18 - Atendimento clínico e cirúrgico - ginecológico.

AMBULATÓRIO GINECOLOGIA	
Mês	Outubro
Meta	48
Atendimento realizado	20
Média	42%
Pontuação	0

Fonte: O autor, 2025.

3.4.2 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DOPPLER VASCULAR

Tabela 19 - Ambulatório dermatologia.

AMBULATÓRIO DERMATOLOGIA	
Mês	Outubro
Meta	60
Atendimento realizado	63
Média	105%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 20 – Ambulatório clínico - vascular.

AMBULATÓRIO VASCULAR	
Mês	Outubro
Meta	30
Atendimento realizado	65
Média	217%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 21 - Ambulatório clínico – cirurgia geral.

AMBULATÓRIO CIRURGIA GERAL	
Mês	Outubro
Meta	30
Atendimento realizado	31
Média	103%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

3.1.2 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DOPPLER VASCULAR

Tabela 22 – Procedimento cirúrgico - Cirurgia Geral.

CIRURGIA GERAL	
Mês	Outubro
Meta	16
Cirurgia Realizada	05
Média	31%
Pontuação	0

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 23 – Procedimento cirúrgico – cirurgia vascular.

CIRURGIA VASCULAR	
Mês	Outubro
Meta	16
Cirurgia Realizada	24
Média	150%
Pontuação	10

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 24 - Doppler vascular.

DOPPLER VASCULAR	
Mês	Outubro
Meta	28
Exame realizado	38/76
Média	271%
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: 36/76), 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	E. R. A. S	VARICECTOMIA	
2	E. M. V. J	VARICECTOMIA	
3	V. A. S	VARICECTOMIA	
4	S. M. S	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
5	G. C. S	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
6	M. R. A. R	VARICECTOMIA	
7	A. A. M. A	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
8	S. S. B. S	VARICECTOMIA	

9	E. M. M	VARICECTOMIA	
10	M. B. C	VARICECTOMIA	
11	S. F. L	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
12	R. N. S	VARICECTOMIA	
13	M. R. N	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
14	K. C. S. C	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
15	E. F. C. S	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
16	C. M. P	VARICECTOMIA	SAFENECTOMIA
24 CIRURGIAS REALIZADAS			

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 26 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA GERAL			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	J. A. A	EXERESE DE LIPOMA	
2	L. L. V. D	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	
3	E. L. O	EXERESE DE LIPOMA	
4	C. R. F	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	
5	E. R. C	COLECISTECTOMIA	
05 CIRURGIAS REALIZADAS			

Tabela 27 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	K. L. F. M	PERINEORRAFIA	
2	O. C. S	PERINEORRAFIA	
3	J. C. L	PERINEORRAFIA	
4	N. R. S	CURETAGEM	
04 CIRURGIAS REALIZADAS			

Tabela 28 - Cirurgias realizadas.

CIRURGIA DERMATOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
1	M. J. J	EXERESE DE LESÃO	
2	L. A. A	EXERESE DE LESÃO	
3	V. F. A	EXERESE DE LESÃO	
4	C. S. C	BIÓPSIA	
5	V. L. F	CERATOSE ACTÍNICA	
6	C. A. O	BIÓPSIA	
7	I. B. F	BIÓPSIA	
8	E. A. F	EXERESE DE LESÃO	
9	S. S. S. S	BIÓPSIA	
10	J. F. O. S	CERATOSE ACTÍNICA	
11	E. V. R	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
12	I. A. O. G	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
13	R. M. R. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
14	J. A. P. C	EXERESE DE LESÃO	
15	N. S. R	EXERESE DE LESÃO	



[Handwritten signature]

Justificativa 2: No período avaliado, as metas referentes aos procedimentos cirúrgicos não foram integralmente alcançadas, em virtude de fatores operacionais diretamente relacionados à ausência de documentação clínica essencial para o agendamento e realização das cirurgias, tais como risco cirúrgico, exames laboratoriais e exames de imagem. Diversos pacientes relataram dificuldades para realizar os exames no município, devido à demora nos agendamentos e à limitação da oferta desses serviços, o que comprometeu o fluxo assistencial.

Essas pendências acabam prejudicando a organização da fila cirúrgica e inviabiliza a execução dos procedimentos programados dentro do prazo previsto.

Adicionalmente, foi realizada solicitação formal, via e-mail, (ANEXO II) à Regulação Municipal, para o envio de pacientes candidatos a procedimentos cirúrgicos. Contudo, foi encaminhado apenas um paciente, e a Regulação informou não haver demanda suficiente em algumas especialidades, como Ginecologia e Cirurgia Geral, o que reforça a limitação do volume de cirurgias eletivas no período.

Tal cenário impactou diretamente o alcance das metas institucionais pactuadas, além de gerar desgaste à população, que enfrenta demora na realização dos exames preparatórios e, consequentemente, na efetivação dos procedimentos cirúrgicos.

22 CIRURGIAS REALIZADAS			
22	G. B. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
21	N. S. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
20	E. A. C	CERATOSE SEBORREICA	
19	L. O. M	LIPOMA	
18	J. M. N	EXERESE DE LESÃO	
17	E. H. R	EXERESE DE LESÃO	
16	R. L	EXERESE DE LESÃO	



Devido à ausência do especialista em Ginecologia, não atingiu êxito na programação agenda por motivos pessoais, a unidade adotou medidas corretivas e estratégias de otimização dos resultados. Foi ampliada a oferta de atendimentos cirúrgicos e consultas em especialidades de maior demanda, como **vascular**, com a inclusão de um dia adicional de atendimento semanal. Com essa ação, foram registrados **113 atendimentos no total e 24 cirurgias** realizadas no período, evidenciando o esforço contínuo da equipe e da gestão para o cumprimento das metas estabelecidas, mesmo diante das limitações operacionais e regulatórias existentes.

3.1.3 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Tabela 29 - Partos realizados.

PARTOS REALIZADOS (VAGINAIS E CESÁREAS)	
Mês	Outubro
Meta	18
Total de partos	15
Partos vaginais	05
Partos cesarianos	10
Média	83%
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.

Tabela 30 - Teste do coraçãozinho.

TESTE DO CORAÇÃOZINHO						
DN	RN DE	Dados do recém-nascido				
		Peso (kg)	Apgar 5'	Spo2 % Mão D	Spo2 % Pé E	Resultado
03/10/2025	S. C. S. A	2540	09	98%	97%	Normal
06/10/2025	L. A. C	3150	09	98%	97%	Normal
08/10/2025	A. P. P. L	3270	10	98%	97%	Normal
08/10/2025	V. S. L	3590	09	97%	99%	Normal
13/10/2025	B. C. Q. G	3100	09	96%	97%	Normal
16/10/2025	B. R. M	2690	09	97%	98%	Normal
18/10/2025	F. G. F	3610	09	97%	98%	Normal
21/10/2025	J. B. R	3300	10	97%	97%	Normal
22/10/2025	L. C. D. C	3510	10	99%	98%	Normal
23/10/2025	T. A. S	3130	09	98%	97%	Normal
23/10/2025	M. R. L	3160	09	97%	98%	Normal
23/10/2025	R. A. F	3420	09	98%	98%	Normal
24/10/2025	A. M. S	3590	09	98%	96%	Normal
25/10/2025	S. V. O	3350	10	98%	97%	Normal
30/10/2025	J. R. A	3440	09	97%	98%	Normal
Total			15			

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 31 – Teste do olhinho.

TESTE DO OLHINHO				
DN	RN DE	Dados do recém-nascido		
		TRV	UNILATERAL	BILATERAL
03/10/2025	S. C. S. A	Normal		X
06/10/2025	L. A. C	Normal		X
08/10/2025	A. P. P. L	Normal		X
08/10/2025	V. S. L	Normal		X
13/10/2025	B. C. Q. G	Normal		X
16/10/2025	B. R. M	Normal		X
18/10/2025	F. G. F	Normal		X
21/10/2025	J. B. R	Normal		X
22/10/2025	L. C. D. C	Normal		X
23/10/2025	T. A. S	Normal		X
23/10/2025	M. R. L	Normal		X
23/10/2025	R. A. F	Normal		X
24/10/2025	A. M. S	Normal		X
25/10/2025	S. V. O	Normal		X
30/10/2025	J. R. A	Normal		X
Total		15		

Fonte: O autor 2025.

Tabela 32 - Nascidos vivos.

NASCIDOS VIVOS EM OUTUBRO					
DNV	DN	Nome da mãe	Parto	Médico	CRM
30-95024366-5	03/10/2025	S. C. S. A	Vaginal	Dr ^a Acácia Maria	45668 – MG
30-95024367-3	06/10/2025	L. A. C	Cesárea	Dr ^o Gustavo Abreu	94828 – MG
30-95024368-1	08/10/2025	A. P. P. L	Vaginal	Dr ^o Djair Mazirole	3655 - ES
30-95024369-0	08/10/2025	V. S. L	Cesárea	Dr ^a Acácia Maria	45668 – MG
30-95024370-3	13/10/2025	B. C. Q. G	Vaginal	Dr ^o Djair Mazirole	3655 - ES
30-95024371-1	16/10/2025	B. R. M	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024372-0	18/10/2025	F. G. F	Vaginal	Dr ^o Djair Mazirole	3655 - ES
30-95024374-6	21/10/2025	J. B. R	Vaginal	Dr ^o Djair Mazirole	3655 - ES
30-95024373-8	22/10/2025	L. C. D. C	Cesárea	Dr ^o Djair Mazirole	3655 - ES
30-95024375-4	23/10/2025	T. A. S	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES

30-95024376-2	23/10/2025	M. R. L	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024377-0	23/10/2025	R. A. F	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024378-9	24/10/2025	A. M. S	Cesárea	Dr ^a Acácia Maria	45668 - MG
30-95024379-7	25/10/2025	S. V. O	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
30-95024380-0	30/10/2025	J. R. A	Cesárea	Dr ^a Shamara Wayne	21317 - ES
Total		15			

Fonte: O autor, 2025

3.1.4 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES

Tabela 33 - Procedimentos avulsos.

PROCEDIMENTOS AVULSOS	
Procedimento	Quantidade
Coleta de material para exame laboratorial	266
Eletrocardiograma	05
Cardiotocografia	57
Glicemia capilar	436
Teste rápido para detecção de IST	15
Teste do coraçãozinho	15
Teste do olhinho	15
Consulta de profissionais na atenção especializada	858
Retirada de dispositivo intrauterino (DIU)	00

Inserção de dispositivo intrauterino (DIU)	05
Aferição de pressão arterial	1017
Cateterismo vesical de alívio	10
Cateterismo vesical de demora	41
Sondagem gástrica	02
Inalação/nebulização	207
Administração de medicamentos por via endovenosa	1972
Administração de medicamentos por via intramuscular	90
Administração de medicamentos por via oral	512
Administração tópica de medicamentos	27
Administração de medicamentos subcutâneo	100
Radiografia de crânio	00
Radiografia de tórax	08
Radiografia abdominal	05
Curativo especial	14
Curativo simples	82
Ultrassonografia obstétrica	04
Ultrassonografia transvaginal	05
Ultrassonografia de vias urinárias	02
Ultrassonografia de mama	00
Tomografia de pélvica	00
Tomografia abdômen total	00
Total	5.770

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 34 - Número de transferência.

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
Mês	Outubro
Ambulância do município	05
Removida	00
SAMU	00
Total	05

Fonte: O autor, 2025.

Tabela 35 - Exames laboratoriais

EXAMES LABORATORIAIS	
Mês	Outubro
Meta	1500
Exames realizados	266
Média	18%
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.

Tabela 36 – Treinamento.

TREINAMENTO	
Mês	Outubro
Enfermagem	02
Nutrição	00
Farmácia	02
Higienização	00
Recepção	01
Controlador de acesso	02
TI	04
Total	11

Fonte: O autor, 2025.



4 – ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS

Tabela 37 – Relatório consolidado.

RELATÓRIO CONSOLIDADO HMU / 2025	
OUTUBRO	
Consultas	
Ginecologia	16
Cirurgia geral	31
Vascular	65
Dermatológico	41
Pediatria	582
Obstétrico	123
Total de Consultas	858
Cirurgias	
Ginecológica	4
Cirurgia geral	5
Dermatológica	22
Vascular	24
Parto vaginal/cesárea	15
Total de Cirurgias	70
Internação	
Feminino/ masculino	64
Total de Internações	64
Exames	
Doppler	76

Exames laboratoriais	266
Total de Exames	342
Procedimentos	
Procedimentos avulsos	5770
Teste do coraçãozinho	15
Total de Procedimentos	5785

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	26/09/2025	08:34	R. M. C	NÃO ATENDEU O TELEFONE	-
2	26/09/2025	08:36	A. A. M. A	ESTÁ EM TRATAMENTO	REAGENDADO
3	24/10/2025	09:23	R. M. C	PEDIU PARA REAGENDAR	-

Tabela 40 – Desistência cirúrgica – dermatológica.

DESISTÊNCIAS CIRÚRGICA					
DERMATOLÓGICA					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO

1	02/10/2025	09:42	R. L	NÚMERO ERRADO	-
2	02/10/2025	09:43	E. O. F	NÃO ATENDEU	-
3	02/10/2025	10:02	I. A. O. G	NÃO ATENDEU	-

DESISTÊNCIAS CIRÚRGICA					
CIRURGIA GERAL					
ITEM	DATA DA LIGAÇÃO	HORÁRIO	PACIENTE	JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	RESOLUÇÃO
1	26/09/2025	08:35	A. S. R	QUER TIRAR DUVIDA COM O MÉDICO ANTES	-
2	24/10/2025	08:40	A. S. F	O FILHO NÃO DEU RESPOSTA DE CONFIRMAÇÃO	-
3	24/10/2025	09:20	A. L. P. C	PEDIU PARA REAGENDAR	REAGENDADO
4	24/10/2025	09:25	I. O	PEDIU PRA REAGENDAR	REAGENDADO



2. **REPORTING OF COVID-19**

2.1 **National Reporting of Figures**



2.1.1 **Reporting of COVID-19 cases to the National Health Authority**

2.1.1.1 **Reporting of COVID-19 cases to the National Health Authority**

1. Reporting of COVID-19 cases to the National Health Authority
2. Reporting of COVID-19 cases to the National Health Authority

2.1.1.2 **Reporting of COVID-19 cases to the National Health Authority**

2.1.1.3 **Reporting of COVID-19 cases to the National Health Authority**



6.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



ATO 17 DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

No dia 17/10/2023, foi realizada a reunião para implementações e melhorias
no CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) abordando os seguintes
temas:

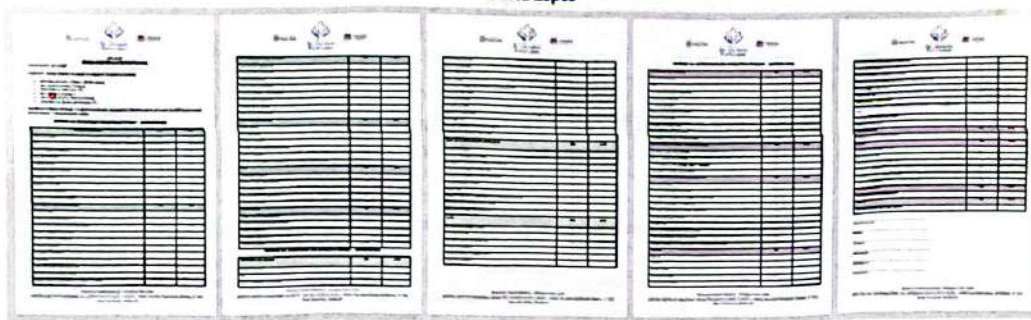
- Meta 5 da segurança do paciente.

Batão, 17 de outubro de 2023

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

6.3 Comissão Prontuário





6.4 Comissão de Óbito

ATA nº17

ATA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Data da reunião: 27/10/2025

Inicialmente, estavam presente na reunião os seguintes membros da comissão:

- Karla Eliza da Costa (médico e diretora clínica)
- Ana Carolina Leonardo (farmacêutica)
- Thaís Barbosa (enfermeira RT)
- Mara ~~Souza~~ (nutricionista)
- Camila ~~Costa~~ de Lima (assistente social)
- Cinda Karla de Oliveira (farmacêutica RT)

Reunião com o objetivo de conferência do índice de óbitos referente ao mês de outubro de 2025, durante o mês analisado, nosso hospital registrou um óbito. Análise realizada pela Drª Karla Eliza da Costa (médica e diretora clínica), CRM-ES nº 22679.

• **Óbito Hospitalar:**

Nº Declaração de óbito	Paciente:	Diagnóstico:	Data do óbito:
375529047	Maria Eler dos Reis	Insuficiência Respiratória	23/10/2025
375529055	Neleice de Souza Pereira	Pneumonia Complicada	23/10/2025
375528822	Ana de Paula Miranda	Sepse de Foco Pulmonar	08/10/2025
375528938	Isabela Paula	Pneumonia	05/10/2025
375528814	Isabela Alcantara de Oliveira	Choque Séptico	05/10/2025
375528920	Lucy Maria Chaves	Choque Sepsico.	01/10/2025

Por fim, por não haver nada mais para se tratar, a senhora Ana Carolina Leonardo deu por encerrada esta reunião, registrada neste ato. Estavam presente na reunião os seguintes membros da comissão:

(médico e diretor clínico)

(farmacêutica)

(enfermeira RT)

(assistente social)

(farmacêutica RT)

Hospital e Maternidade Dr. Ubirajara Faria Lopes
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES Rua Davi Gomes de Oliveira, nº 120, Novo Horizonte, Ibatiba ES

[Assinatura]

6.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado



ATA DA REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH

No dia 01 de outubro de 2025, reuniram-se na sala, Micael Thaus de Almeida Machado, Camila Celli de Lima, Myllena Florinda Leocádio Amorim, Thais Barbosa Ferreira, Ana Carolina Leonardo Souza, Cintia Karla de Oliveira e Mara Sangi da Cunha Silva.

Paula: Comemorações do mês de outubro.

Camila inicia a reunião comunicando que, no mês de outubro, são celebradas diversas datas importantes:

- Outubro Rosa: É uma campanha de conscientização que tem como objetivo principal alertar as mulheres e a sociedade sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama e mais recentemente sobre o câncer de colo do útero;

- 12 de outubro: Dia das Crianças;

- 16 de outubro: Dia da Anestesiologia;

- 18 de outubro: Dia do Médico;

- 19 de outubro: Dia do Técnico de Informática;

- 20 de outubro: Dia do Ginecologista e Obstetra.

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

- Para a comemoração do Outubro Rosa será ofertada a recepção e entregue uma lembrancinha para os pacientes;

- Para o Dia das Crianças, Dia da Anestesiologia, Dia do Médico, Dia do Técnico de Informática e Dia do Ginecologista e Obstetra, serão entregues uma lembrancinha.

Todos concordaram com as propostas.

Sem mais diligências, termina-se a reunião.

Micael Thaus de Almeida Machado _____
 Camila Celli de Lima _____
 Myllena Florinda 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.

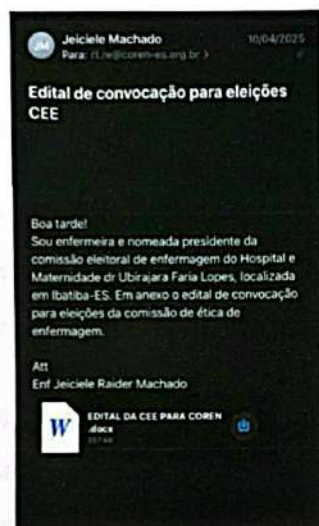
Cabe ressaltar que, conforme o artigo 4º da Resolução Cofen nº 593/2018, a criação e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem são exigidos para instituições que possuam, no mínimo, 50 profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores. **Para aquelas com um número inferior a esse quantitativo,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

7. RELATÓRIO DE MELHORIAS / ACOLHIMENTO

No mês de outubro de 2025, não foi possível implementar melhorias estruturais ou operacionais no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes (HMU), em razão da indisponibilidade orçamentária enfrentada pela instituição. A ausência de repasses financeiros regulares impactou diretamente a execução dos projetos planejados e a manutenção das metas assistenciais estabelecidas, limitando a realização de investimentos em infraestrutura.

Ainda assim, mesmo diante de um cenário financeiro adverso, a equipe do HMU manteve o compromisso com o cuidado integral, humanizado e contínuo, mobilizando recursos internos, parcerias e iniciativas voluntárias para garantir a continuidade das ações assistenciais e de acolhimento comunitário.

Durante o período, foram desenvolvidas atividades alusivas à campanha Outubro Rosa, com foco na conscientização e prevenção do câncer de mama, envolvendo profissionais, pacientes e acompanhantes.

Paralelamente, foram promovidas ações internas de valorização profissional, com homenagens aos aniversariantes do mês e atividades integrativas, reforçando o espírito de equipe e o reconhecimento do esforço coletivo, fundamentais para manter a motivação e o bem-estar dos colaboradores.

Além disso, o HMU recebeu uma visita técnica dos alunos do curso de Engenharia Ambiental do Instituto Federal do Espírito Santo - IFES, voltada ao estudo e observação das práticas de manejo e descarte de resíduos hospitalares. Na ocasião, foram realizadas trocas de conhecimento e experiências sobre o gerenciamento de resíduos comuns, infectantes, biológicos e orgânicos, fortalecendo o compromisso institucional com a sustentabilidade e o cumprimento das normas ambientais vigentes.

O conjunto dessas ações demonstra o empenho da equipe e da gestão em manter a qualidade assistencial, o acolhimento e a humanização dos cuidados, reafirmando o papel do HMU em responsabilidade social e comprometimento com a saúde pública.



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 Ferreira

Enfermeira RT
COREN N° 666.216 - 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

COREN-ES 666.216

ANEXO I - RELATÓRIO DE EXAMES LABORATORIAIS

Fichário Nome * 46353 Sexo F Data Nasc 29/09/1998 Anos 27 Meses 0 Dias 2 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 21317 Médico/Solicitante Q SHAMARA W FERREIRA

CONVÊNIO

Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	01-10-2025
☒	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	01-10-2025
☒	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	01-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46315 Sexo M Data Nasc 07/05/2008 Anos 17 Meses 4 Dias 25 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES

CONVÊNIO

Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	01-10-2025
☒	2	TC	TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	01-10-2025
☒	3	TAP	TEMPO DE PROTROMBINA	02.02.02.014-2	01-10-2025
☒	4	TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	02.02.02.013-4	01-10-2025

[Handwritten signature]

PACIENTE

Fichário Nome * 45409 Sexo M Data Nasc 05/03/1937 Anos 88 Meses 6 Dias 27 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Er

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	01-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	01-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	01-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46389 Sexo F Data Nasc 01/01/1977 Anos 48 Meses 9 Dias 1 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☐	1	CULT	CULTURA		02-10-2025
☐	2	ANTIB	ANTIBIOGRAMA		02-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46421 Sexo F Data Nasc 03/10/2025 Anos 0 Meses 0 Dias 0 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 758194 Médico/Solicitante Q LAVINY VIMERCATE Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Colet
JL	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	03-10-2025
JL	2	ABO	DETERMINACAO DO GRUPO SANGUINEO	02.02.12.002-3	03-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46309 Sexo F Data Nasc 16/05/1935 Anos 90 Meses 4 Dias 18 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Colet
JL	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	03-10-2025
JL	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	03-10-2025
JL	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	03-10-2025
JL	4	NA	SODIO	02.02.01.063-5	03-10-2025
JL	5	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	03-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 45409 Sexo M Data Nasc 05/03/1937 Anos 88 Meses 6 Dias 29 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

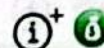
MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	03-10-2025
2	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	03-10-2025
3	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	03-10-2025
4	4	NA	SODIO	02.02.01.063-5	03-10-2025
5	5	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	03-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46389 S Sexo F Data Nasc 01/01/1977 Anos 48 Meses 9 Dias 3 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	04-10-2025
2	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	04-10-2025
3	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	04-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 46447 [Redacted] Sexo F Data Nasc 07/10/1996 Anos 28 Meses 11 Dias 30 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 94828 Médico/Solicitante Q GUSTAVO SILVEIRA PEREZ ABREU Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	06-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	06-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	06-10-2025
☒	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	06-10-2025
☒	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	06-10-2025
☐	6	LDH	LACTATO DESIDROGENASE - LDH		06-10-2025
☒	7	ACUR	ACIDO URICO		06-10-2025
☒	8	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	06-10-2025
☒	9	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	06-10-2025
☒	10	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	06-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46494 [Redacted] Sexo F Data Nasc 25/07/1933 Anos 92 Meses 2 Dias 13 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	07-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	07-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	07-10-2025
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	07-10-2025
☒	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	07-10-2025
☒	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	07-10-2025
☐	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	07-10-2025

[Handwritten signature]

PACIENTE

Fichário Nome * 46442 Sexo M Data Nasc 13/03/1979 Anos 46 Meses 6 Dias 25 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	07-10-2025
II	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	07-10-2025
II	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	07-10-2025
II	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	07-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 43210 Sexo F Data Nasc 07/08/1934 Anos 91 Meses 2 Dias 1 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	08-10-2025
II	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	08-10-2025
II	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	08-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 46577 Sexo F Data Nasc 08/10/2025 Anos 0 Meses 0 Dias 0 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 21317 Médico/Solicitante Q SHAMARA W FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES
Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	ABO	DETERMINACAO DO GRUPO SANGUINEO	02.02.12.002-3	08-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46613 Sexo F Data Nasc 22/04/2003 Anos 22 Meses 5 Dias 17 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 21317 Médico/Solicitante Q SHAMARA W FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES
Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	ABO	DETERMINACAO DO GRUPO SANGUINEO	02.02.12.002-3	09-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 46613 Sexo F Data Nasc 22/04/2003 Anos 22 Meses 5 Dias 17 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * Médico/Solicitante Q
21317 SHAMARA W FERREIRA

CONVÊNIO

Código Convênio *
ING HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	09-10-2025
2	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	09-10-2025
3	3	BHCG	HCG QUANTITATIVO		09-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46612 Sexo F Data Nasc 03/06/1987 Anos 38 Meses 4 Dias 6 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * Médico/Solicitante Q
21317 SHAMARA W FERREIRA

CONVÊNIO

Código Convênio *
ING HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	09-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46597 Sexo M Data Nasc 05/01/1988 Anos 37 Meses 9 Dias 4 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES
CONVÊNIO Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	09-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46641 Sexo M Data Nasc 07/02/1961 Anos 64 Meses 8 Dias 3 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19927 Médico/Solicitante Q PLINIO CERQUEIRA SANCHES
CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	10-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	10-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	10-10-2025
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	10-10-2025
☒	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	10-10-2025
☒	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	10-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 33126 [Redacted] Sexo M Data Nasc 26/08/1941 Anos 84 Meses 1 Dias 15 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q 19927 PLINIO CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	10-10-2025
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	10-10-2025
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	10-10-2025
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	10-10-2025
	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	10-10-2025
	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	10-10-2025
	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	10-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 33126 [Redacted] Sexo M Data Nasc 26/08/1941 Anos 84 Meses 1 Dias 16 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q 19487 PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	11-10-2025

Fichário Nome * 32762 [Redacted] Sexo F Data Nasc 15/08/1967 Anos 58 Meses 1 Dias 27 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Er

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid.Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	11-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	11-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	11-10-2025
☒	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	11-10-2025
☒	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	11-10-2025
☒	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	11-10-2025
☒	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	11-10-2025
☒	8	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	11-10-2025
☒	9	NA	SODIO	02.02.01.063-5	11-10-2025
☒	10	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	11-10-2025
☐	11	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	11-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 29451 [Redacted] Sexo F Data Nasc 26/07/1949 Anos 76 Meses 2 Dias 18 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid.Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	13-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	13-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	13-10-2025
☒	4	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	13-10-2025

[Handwritten Signature]

PACIENTE

Fichário Nome * 46702 Sexo F Data Nasc 25/03/1967 Anos 58 Meses 6 Dias 19 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA E

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	13-10-2025
II	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	13-10-2025
II	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	13-10-2025
II	4	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	13-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 29451 Sexo F Data Nasc 26/07/1949 Anos 76 Meses 2 Dias 19 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	14-10-2025
II	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	14-10-2025
II	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	14-10-2025
II	4	NA	SODIO	02.02.01.063-5	14-10-2025
II	5	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	14-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 410 Sexo M Data Nasc 07/04/1938 Anos 87 Meses 6 Dias 7 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular 28 99907-75

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	14-10-2025
☐	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	14-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	14-10-2025
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	14-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 29451 Sexo F Data Nasc 26/07/1949 Anos 76 Meses 2 Dias 20 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	TROPA	TROPONINA	02.02.03.120-9	15-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 29451 [Redacted] Sexo F Data Nasc 26/07/1949 Anos 76 Meses 2 Dias 20 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid.Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
J	1	TROPA	TROPONINA	02.02.03.120-9	15-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 45856 [Redacted] Sexo F Data Nasc 23/11/2003 Anos 21 Meses 10 Dias 23 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 93381 Médico/Solicitante Q PATRICIA DA MATA HUEBRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid.Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
J	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	16-10-2025
J	2	ABO	DETERMINACAO DO GRUPO SANGUINEO	02.02.12.002-3	16-10-2025
J	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	16-10-2025
J	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	16-10-2025
J	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	16-10-2025
J	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	16-10-2025
J	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	16-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 42064 [Redacted] Sexo M Data Nasc 25/01/1969 Anos 56 Meses 8 Dias 22 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
IC	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	16-10-2025
IC	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	16-10-2025
IC	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	16-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 34953 [Redacted] Sexo M Data Nasc 24/06/1998 Anos 27 Meses 3 Dias 23 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
IC	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	17-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 44163 [redacted] Sexo F Data Nasc 09/08/2004 Anos 21 Meses 2 Dias 8 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 21317 Médico/Solicitante Q SHAMARA W FERREIRA CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Err

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	17-10-2025
2	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	17-10-2025
3	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	17-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 37244 [redacted] Sexo M Data Nasc 24/06/1998 Anos 27 Meses 3 Dias 24 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Err

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	18-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 42064 Sexo M Data Nasc 25/01/1969 Anos 56 Meses 8 Dias 24 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q 19487 PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	18-10-2025
II	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	18-10-2025
II	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	18-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 40485 Sexo F Data Nasc 22/09/2008 Anos 17 Meses 0 Dias 27 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q 21317 SHAMARA W FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Em

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	19-10-2025
II	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	19-10-2025
II	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	19-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 46958 Sexo F Data Nasc 29/04/1994 Anos 31 Meses 5 Dias 20 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 21317 Médico/Solicitante Q SHAMARA W FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES En

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	19-10-2025
☒	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	19-10-2025
☒	3	AMILA	AMILASE	02.02.01.018-0	19-10-2025
☒	4	LIPAS	LIPASE	02.02.01.055-4	19-10-2025
☐	5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	19-10-2025
☒	6	BHCG	HCG QUANTITATIVO		19-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 37244 Sexo M Data Nasc 24/06/1998 Anos 27 Meses 3 Dias 25 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Em

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	19-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	19-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	19-10-2025
☒	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	19-10-2025
☒	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	19-10-2025
☒	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	19-10-2025
☒	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	19-10-2025
☒	8	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	19-10-2025
☒	9	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	19-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 4288 [Redacted] Sexo F Data Nasc 08/09/1936 Anos 89 Meses 1 Dias 12 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular 28 99905-07

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Er [Redacted]
 N°. Matrícula 709209251372531 Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☐	1	CULT	CULTURA		20-10-2025
☐	2	ANTIB	ANTIBIOGRAMA		20-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 31998 [Redacted] Sexo F Data Nasc 08/09/1927 Anos 98 Meses 1 Dias 12 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA
 N°. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	20-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	20-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	20-10-2025

[Handwritten signature]

PACIENTE

Fichário Nome * 34953 [Redacted] Sexo M Data Nasc 24/06/1998 Anos 27 Meses 3 Dias 26 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	20-10-2025
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	20-10-2025
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	20-10-2025
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	20-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 42064 [Redacted] Sexo M Data Nasc 25/01/1969 Anos 56 Meses 8 Dias 26 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	20-10-2025
	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	20-10-2025
	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	20-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 31998 Sexo F Data Nasc 08/09/1927 Anos 98 Meses 1 Dias 13 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	NA	SODIO		02.02.01.063-5	21-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 34953 Sexo M Data Nasc 24/06/1998 Anos 27 Meses 3 Dias 27 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	21-10-2025
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	21-10-2025
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	21-10-2025
4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA		02.02.01.064-3	21-10-2025
5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA		02.02.01.065-1	21-10-2025
6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE		02.02.01.046-5	21-10-2025
7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA		02.02.03.008-3	21-10-2025
8	AMILA	AMILASE		02.02.01.018-0	21-10-2025
9	URINA	URINA DE JATO MEDIO		02.02.05.001-7	21-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 46702 Sexo F Data Nasc 25/03/1967 Anos 58 Meses 6 Dias 28 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	22-10-2025
	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	22-10-2025
	3	COLTF	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES		22-10-2025
	4	TRI	TRIGLICERIDES		22-10-2025
	5	URE	UREIA	02.02.01.069-4	22-10-2025
	6	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	22-10-2025
	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	22-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 4288 Sexo F Data Nasc 08/09/1936 Anos 89 Meses 1 Dias 14 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular 28 99905-0

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut. 709209251372531

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	22-10-2025
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	22-10-2025
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	22-10-2025
	4	NA	SODIO	02.02.01.063-5	22-10-2025
	5	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	22-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 11314 Sexo F Data Nasc 04/03/1956 Anos 69 Meses 7 Dias 19 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone 999996309 Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	NA	SODIO	02.02.01.063-5	23-10-2025
☒	2	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	23-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 46702 Sexo F Data Nasc 25/03/1967 Anos 58 Meses 6 Dias 29 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	23-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	23-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	23-10-2025
☐	4	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	23-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 47032 [redacted] Sexo M Data Nasc 05/09/1991 Anos 34 Meses 1 Dias 18 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [redacted] Endereço [redacted] Cidade [redacted] Telefone [redacted] Celular [redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código PAM Convênio * PRONTO ATENDIMENTO DE IBATIBA E

Nº. Matrícula [redacted] Plano [redacted] Valid. Cartão [redacted] Guia [redacted] Titular [redacted] Senha Aut. [redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	23-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47179 [redacted] Sexo F Data Nasc 04/03/1956 Anos 69 Meses 7 Dias 20 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [redacted] Endereço [redacted] Cidade [redacted] Telefone [redacted] Celular [redacted]

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula [redacted] Plano [redacted] Valid. Cartão [redacted] Guia [redacted] Titular [redacted] Senha Aut. [redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	24-10-2025
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	24-10-2025
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	24-10-2025
4	NA	SODIO		02.02.01.063-5	24-10-2025
5	K	POTASSIO		02.02.01.060-0	24-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47149 Sexo M Data Nasc 14/07/1944 Anos 81 Meses 3 Dias 10 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	NA	SODIO	02.02.01.063-5	24-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47173 Sexo F Data Nasc 14/07/1944 Anos 81 Meses 3 Dias 10 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19487 Médico/Solicitante PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☐	1	NA	SODIO	02.02.01.063-5	24-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 47032 [Redacted] Sexo M Data Nasc 05/09/1991 Anos 34 Meses 1 Dias 19 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Em

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	24-10-2025
II	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	24-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47149 [Redacted] Sexo M Data Nasc 14/07/1944 Anos 81 Meses 3 Dias 11 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 19487 Médico/Solicitante Q PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empr

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
II	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	25-10-2025
II	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	25-10-2025
II	3	NA	SODIO	02.02.01.063-5	25-10-2025
II	4	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	25-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47322 Sexo F Data Nasc 21/03/1994 Anos 31 Meses 7 Dias 8 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES En

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	29-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	29-10-2025
☐	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	29-10-2025
☒	4	HCVA	HEPATITE C- ANTI HCV		29-10-2025
☒	5	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	29-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47321 Sexo F Data Nasc 12/06/1989 Anos 36 Meses 4 Dias 17 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Em

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	29-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	29-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 35854 Sexo F Data Nasc 03/08/2003 Anos 22 Meses 2 Dias 26 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	29-10-2025
2	GLI	GLICOSE		02.02.01.047-3	29-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47320 Sexo F Data Nasc 26/03/1994 Anos 31 Meses 7 Dias 3 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	29-10-2025
2	GLI	GLICOSE		02.02.01.047-3	29-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 28107 Sexo F Data Nasc 21/04/1986 Anos 39 Meses 6 Dias 9 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q 666216 THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empre

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025
☐	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	30-10-2025
☒	4	HCVA	HEPATITE C- ANTI HCV		30-10-2025
☒	5	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	30-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47354 Sexo F Data Nasc 18/03/1991 Anos 34 Meses 7 Dias 12 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q 666216 THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empre

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025
☐	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	30-10-2025
☒	4	HCVA	HEPATITE C- ANTI HCV		30-10-2025
☒	5	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	30-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 47353 Sexo F Data Nasc 02/11/1984 Anos 40 Meses 11 Dias 28 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular E-

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empresa

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47351 Sexo F Data Nasc 09/05/1989 Anos 36 Meses 5 Dias 21 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empresa

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 47350 [Redacted] Sexo M Data Nasc 15/08/1996 Anos 29 Meses 2 Dias 15 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 36229 [Redacted] Sexo F Data Nasc 08/05/2003 Anos 22 Meses 5 Dias 22 RG [Redacted] CPF [Redacted]
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep [Redacted] Endereço [Redacted] Cidade [Redacted] Telefone [Redacted] Celular [Redacted]

MÉDICO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA CONVÊNIO Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Em

Nº. Matrícula [Redacted] Plano [Redacted] Valid. Cartão [Redacted] Guia [Redacted] Titular [Redacted] Senha Aut. [Redacted]

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025
☐	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	30-10-2025
☒	4	HCVA	HEPATITE C - ANTI HCV		30-10-2025
☒	5	HBS	HEPATITE B - ANTI HBS		30-10-2025
☒	6	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	30-10-2025



Fichário Nome * 47349 [Redacted] Sexo M Data Nasc 22/12/1993 Anos 31 Meses 10 Dias 12 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empre

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	30-10-2025
☒	3	COL	COLESTEROL TOTAL		30-10-2025
☒	4	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	30-10-2025
☒	5	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	30-10-2025
☒	6	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	30-10-2025
☒	7	CPK	CREATINO FOSFOQUINASE(C.P.K.)	02.02.01.032-5	30-10-2025
☒	8	NA	SODIO	02.02.01.063-5	30-10-2025
☒	9	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	30-10-2025
☒	10	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	30-10-2025
☐	11	FERRI	FERRITINA		30-10-2025
☒	12	FEZES	PARASITOLÓGICO DE FEZES		03-11-2025
☐	13	PSA	PSA TOTAL		30-10-2025
☐	14	TSH	TSH - HORMONIO TIREOESTIMULANTE		30-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47394 [Redacted] Sexo F Data Nasc 03/08/1983 Anos 42 Meses 2 Dias 28 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☐	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	31-10-2025
☒	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	31-10-2025
☐	3	FEZES	PARASITOLÓGICO DE FEZES		31-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 47335 Sexo M Data Nasc 26/08/1941 Anos 84 Meses 2 Dias 5 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19927 Médico/Solicitante Q PLINIO CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	31-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	31-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	31-10-2025
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	31-10-2025
☒	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	31-10-2025
☒	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	31-10-2025
☐	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	31-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 31639 Sexo F Data Nasc 29/11/1955 Anos 69 Meses 11 Dias 2 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CRM * 19927 Médico/Solicitante Q PLINIO CERQUEIRA SANCHES Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
☒	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	31-10-2025
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	31-10-2025
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	31-10-2025
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	31-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 47393 Sexo F Data Nasc 26/07/1987 Anos 38 Meses 3 Dias 5 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	31-10-2025
	2	GLI	GLICOSE 	02.02.01.047-3	31-10-2025
	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	31-10-2025
	4	HCVA	HEPATITE C- ANTI HCV		31-10-2025
	5	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	31-10-2025

PACIENTE

Fichário Nome * 36071 Sexo F Data Nasc 15/07/1983 Anos 42 Meses 3 Dias 16 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * 666216 Médico/Solicitante Q THAÍS BARBOSA FERREIRA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES E

Nº. Matrícula Plano Valid.Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES

S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	31-10-2025
	2	GLI	GLICOSE 	02.02.01.047-3	31-10-2025
	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	31-10-2025
	4	HCVA	HEPATITE C- ANTI HCV		31-10-2025
	5	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	31-10-2025



PACIENTE

Fichário Nome * 37021 Sexo F Data Nasc 05/11/1982 Anos 42 Meses 11 Dias 26 RG CPF
☐ Nome Social ☒ Atualizar idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO

CONVÊNIO

CRM * Médico/Solicitante Q Código Convênio * Empr
666216 THAÍS BARBOSA FERREIRA ING HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES

Nº. Matrícula Plano Valid. Cartão Guia Titular Senha Aut.

EXAMES



S	Item	Exame	Descrição do Exame	Código AMB	Data da Coleta
1	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	31-10-2025
2	2	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	31-10-2025
3	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	31-10-2025
4	4	HCVA	HEPATITE C- ANTI HCV		31-10-2025
5	5	HBSAG	Hepatite B - HBsAg	02.02.03.097-0	31-10-2025

ANEXO II – EMAIL ENVIADO À REGULAÇÃO.

Re: Solicitação de informações sobre demanda de cirurgias ginecológicas



Regulação Ibatiba <regulacao.ibatiba@gmail.com>
Para hmu.coordadm@inges.org.br

Responder Responder a Todos Encaminhar ...

seg 13/10/2025 10:30

Bom dia,
No momento só temos demanda de uma paciente:

Paciente: Elizangela Rodrigues dos Santos Paula
Contato: 28 999684663

Atenciosamente,

Enfermeira Karla Karolina Vieira Simões
Regulação Ibatiba

Em seg., 13 de out. de 2025 às 08:10, hmu.coordadm@inges.org.br <hmu.coordadm@inges.org.br> escreveu:

Bom dia,
Tudo bem?

Venho por meio deste solicitar informações atualizadas sobre a demanda de cirurgias ginecológicas do nosso município. Gostaríamos de saber se há pacientes aguardando regulação ou se existe alguma programação de vagas prevista para os próximos dias, a fim de organizarmos nosso fluxo interno e acompanhamento das pacientes na fila de espera.

Agradeço desde já pela atenção e colaboração.
Fico no aguardo do retorno.

Atenciosamente,

Myllena Florindo Leocádio Amorim

Regulação do Hospital

Hospital e Maternidade Municipal Dr. Ubirajara Faria Lopes

ANEXO III - ACOLHIMENTO.

