

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.



INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO p/
Thaís Barbosa Ferreira
Responsável Técnica de Enfermagem - HMU
COREN-ES 666.216

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES
R: David Gomes de Oliveira, nº 120, B: Novo Horizonte, Ibatiba – ES.

Relatório de Gestão Assistencial Janeiro/2026
Contrato Nº 054/24

01 de fevereiro de 2026

Da: Gerência Administrativa e Assistencial

Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação

Assunto: Relatório de Gestão Assistencial de janeiro/2026

A par de cumprimentá-los, o **INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como organização social sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 26.227.882/0006-20, com filial no endereço Rua Davi Gomes de Oliveira, nº 120, Novo Horizonte, Ibatiba – ES. CEP: 29.395-000, neste ato representado pelo Sra. **THAÍS BARBOSA FERREIRA**, brasileira, solteira, inscrito no CPF nº: 168.998.407-40, e portador do RG nº: 20.944.501 SSP/MG, Responsável Técnica de Enfermagem, em observância ao estabelecido no contrato supramencionado, submete à aprovação desta Comissão de Monitoramento e Avaliação, o Relatório Geral de Atividades de indicadores de qualidade referente ao mês de janeiro de 2026. 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	5
2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.....	5
2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA	6
2.3. REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	8
2.4. TAXA DE CESÁREA.....	9
2.5. ATENÇÃO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	10
2.6. RESOLUÇÕES DAS RECLAMAÇÕES	12
2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	12
2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE.....	13
3. ESTATÍSTICA GERAL DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	15
3.1. INDICADORES QUANTITATIVOS.....	15
3.1.2. ATENDIMENTO CIRÚRGICO, PARTOS E DOPPLER VASCULAR	19
3.1.3. CIRURGIAS REALIZADAS.....	22
3.1.4. EXAMES LABORATORIAIS	24
3.2 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	24
3.3 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES	27
3.4 NÚMERO DE TRANSFÊNCIAS	27
3.5 TREINAMENTO	28
4. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS	28
5. RELATÓRIO DE DESISTÊNCIA CIRÚRGICA.....	30
6. RELATÓRIO DE COMISSÕES.....	31
6.1 Comissão Segurança do Paciente.....	31
6.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	32
6.3 Comissão Prontuário.....	32
6.4 Comissão de Óbito	33
6.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado	33
6.6 Comissão Ética Médica.....	34
6.7 Comissão Ética de Enfermagem.....	34
7. RELATÓRIO DE MELHORIAS/ ACOLHIMENTO	35
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta a centralização dos resultados alcançados no mês de janeiro de 2026, 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: Resultado Observado

RESULTADO OBSERVADO	
RESULTADO OBSERVADO	PONTUAÇÃO
ACIMA DE 65%	10
ACIMA DE 60% A 65%	9,5
ACIMA DE 50% A 60%	9
ACIMA DE 45% A 50%	8,5
DE 40% A 45%	8
< 40%	0

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 2: Pontuação Global

PONTUAÇÃO GLOBAL		
PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO	VALOR A RECEBER DA VARIÁVEL
G 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, 2026.

Tabela 3: indicadores Qualitativos

INDICADORES QUALITATIVOS	
Taxa de Ocupação Hospitalar	> 55%
Média de permanência (em dia)	< 5
Taxa de Mortalidade	< 5%
Taxa de Cesárea	< 45%
Taxa de Satisfação	> 80%

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 4: Taxa de Cesárea

TAXA DE CESÁREA	
TAXA DE CESAREA	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, 2026.

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 05: Taxa de Ocupação Hospitalar

TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	
JANEIRO	
META DE OCUPAÇÃO	> 55%
MÉDIA ATINGIDA	124%
PONTUAÇÃO	10

Fonte: O autor, 2026.

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 06: Média de Permanência Hospitalar

MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	
JANEIRO	
Meta de permanência em dia	< 5 dias
Média em dias que os pacientes ficaram internados	3,6
PONTUAÇÃO	10

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 07: Registro de Permanência Hospitalar

REGISTRO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR				
Nº de Pacientes	Pacientes	Data de Internação	Data de Alta	Tempo de Permanência
01	A. C. F	06/01/2026	08/01/2026	3
02	A. J. F	08/01/2026	09/01/2026	2
03	A. F. Z	15/01/2026	17/01/2026	3
04	A. A. M	03/01/2026	05/01/2026	3
05	A. L. S. S	13/01/2026	15/01/2026	3
06	A. L. F	17/01/2026	18/01/2026	2
07	A. L. O	28/01/2026		5
08	A. C. O	13/01/2026	18/01/2026	6
0G	C. C. J	20/01/2026	22/01/2026	3
10	E. O. F	28/01/2026	31/01/2026	4
11	E. V. F	06/01/2026	08/01/2026	3
12	E. S. C	25/01/2026	27/01/2026	3
13	E. B. Q	19/01/2026	21/01/2026	3
14	F. S. S	02/01/2026	02/01/2026	1
15	F. R. O	26/01/2026	28/01/2026	3
16	F. S. B	05/01/2026	08/01/2026	4
17	F. V. O	02/01/2026	07/01/2026	6
18	G. P. S	16/01/2026	20/01/2026	5
1G	G. L. O	13/01/2026	15/01/2026	3
20	I. M. S. S	28/01/2026	29/01/2026	2
21	I. R. S	29/01/2026	31/01/2026	3
22	J. V. A	26/01/2026	28/01/2026	3
23	K. S. V	20/01/2026	22/01/2026	3
24	K. V. B	26/01/2026	28/01/2026	3
25	L. K. S. S	22/01/2026	25/01/2026	4
26	L. S. S	07/01/2026	08/01/2026	2
27	L. M. G	15/01/2026	17/01/2026	3
28	L. R. P	28/01/2026	29/01/2026	2
2G	L. F. M	31/01/2026	01/02/2026	2
30	M. C. L. C	01/01/2026	02/01/2026	2
31	M. F. P	21/01/2026	27/01/2026	7
32	M. F. P	27/01/2026	31/01/2026	5
33	M. A. A. C	27/01/2026	29/01/2026	3
34	M. C. S. S	13/01/2026	15/01/2026	3
35	M. C. S. A	21/01/2026	23/01/2026	3
36	M. G	20/01/2026	22/01/2026	3
37	M. F. F. C	06/01/2026	08/01/2026	3
38	M. S. S. A	06/01/2026	08/01/2026	3
3G	M. O. C. S	11/01/2026	20/01/2026	10
40	N. A. S	30/01/2026		3
41	N. J. L	12/01/2026	14/01/2026	3
42	N. P. S	22/01/2026	23/01/2026	2
43	N. G. P	15/01/2026	27/01/2026	13
44	N. F. G	17/01/2026	21/01/2026	5

45	O. S. O	26/01/2026	28/01/2026	3
46	P. H. B. Q	14/01/2026	16/01/2026	3
47	R. S. S	16/01/2026	17/01/2026	2
48	R. M. S. S	20/01/2026	22/01/2026	3
4G	S. V. O	22/01/2026	28/01/2026	7
50	S. M. S	22/01/2026	24/01/2026	3
51	S. L. T	26/01/2026	31/01/2026	6
52	T. S. F	06/01/2026	09/01/2026	4
53	T. M. F	25/01/2026	28/01/2026	4
54	V. M. O	08/01/2026	10/01/2026	3
55	V. L. S	15/01/2026	17/01/2026	3
56	V. A. S	13/01/2026	15/01/2026	3

Fonte: O autor, 2026.

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 08: Taxa de Mortalidade Hospitalar

TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	
JANEIRO	
Nº de óbitos > 24h da admissão do paciente	0
Nº de óbitos < 24h da admissão do paciente	
Nº de óbitos em cuidados paliativos	
Nº de saída	0
Taxa de mortalidade	< 5%
Taxa atingida %	0%

PONTUAÇÃO	10
------------------	-----------

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 09: Identificação de Óbito

IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO		
DATA DO ÓBITO	Nº DA DO	PACIENTES

Fonte: O autor, 2026.

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	
JANEIRO	
Partos realizados no mês	13
Cesárea	07
Meta	< 45%
Taxa de cesárea atingida	54%
Resultado observado	80%
PONTUAÇÃO	10

Fonte: O autor, 2026.

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 esclarecida. No mesmo sentido, Lei Ordinária Nº 12194, de 30 de julho de 2024,

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES

R: David Gomes de Oliveira, nº 120, B: Novo Horizonte, Ibatiba – ES.

CNPJ: 26.227.882/0006-20

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: Taxa de Satisfação

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO						
	01 RUIM	02 REGULAR	03 MÉDIO	04 BOM	05 EXCELENTE	TAXA DE SATISFAÇÃO
Recepção				02	18	100%
Controlador de Acesso			01	01	18	95%
Serviço Social					20	100%
Enfermagem					20	100%
Clinico Geral					09	100%
Pediatra					04	90%
Obstetra					07	100%
Cirurgião Geral					-	-
Cirurgião Vascular					04	100%
Cirurgião Ginecológico					04	100%
Anestesista				02	09	100%
Nutrição				01	19	92%
Estrutura Física				02	18	100%
Higienização					20	100%
META						> 80%
MÉDIA DE RESULTADO OBSERVADO						G8%
PONTUAÇÃO						10

Fonte: O autor, 2026.

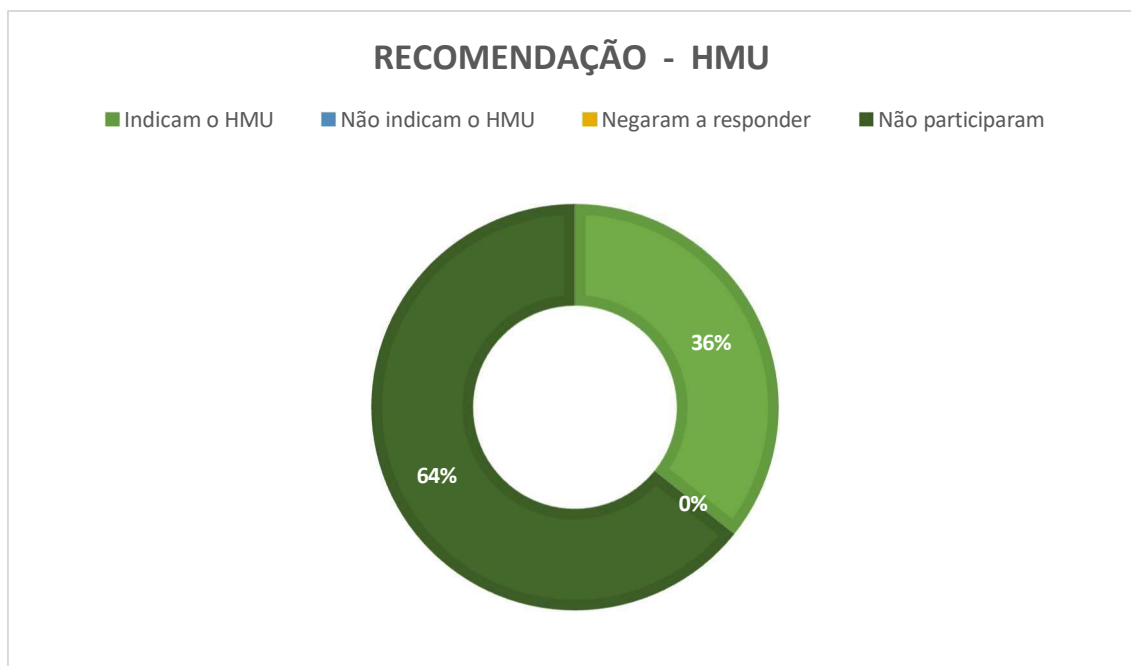
Observação: O relatório de satisfação é avaliado por pontuações de 01 – 05, sendo 01 (ruim); 02 (regular); 03 (médio); 04 (bom); 05 (excelente). A pesquisa foi realizada por **20** pacientes. A taxa de porcentagem tem por indicador os índices de bom e excelente.

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

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES

R: David Gomes de Oliveira, nº 120, B: Novo Horizonte, Ibatiba – ES.

CNPJ: 26.227.882/0006-20



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 janeiro não houve reclamações formalizadas via e-mail, entretanto todas as queixas informais foram apuradas junto a Gestão Municipal.

2.7. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Acolhimento: é o modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com

esses serviços para garantir o acesso à eficácia desses encaminhamentos. Deverá ser incluído no atendimento a política de humanização do SUS.

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

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

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

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

2.8. TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do Hospital e Maternidade Municipal Drº Ubirajara Faria Lopes, por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador

permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos.

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

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

Numerador: número de CEP válido;

Denominador: número total de CEP apresentado;

Resultado da divisão multiplicado por 100.

CEP compatível: é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente;

Numerador: número de CEP compatíveis com código de IBGE;

Denominador: número total de CEP apresentado;

Resultado da divisão multiplicado por 100.

Tabela 12: Taxa de Identificação de Origem do Paciente

NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS POR BAIRRO		
Item	Bairro	Quant. de Atendimento
01	ALVARINO	06
02	BELA VISTA	04
03	BOA ESPERANÇA	25

04	BRASIL NOVO	36
05	CAMBRAIA	01
06	CENTRO	43
07	CHACARA SONITER	08
08	FLORESTA	61
0G	IPE	35
10	LACERDA	13
11	NOVO HORIZONTE	81
12	PRO MORAR 1	01
13	PRO MORAR 2	03
14	RURAL	263
15	SÃO JOSÉ	28
16	SÃO SEBASTIÃO	04
17	TOLEDO	02
18	TROCATE	06
1G	VILA NOVA	17
20	MUNICIPIO VIZINHO	33
TOTAL DE ATENDIMENTO		671

Fonte: O autor, 2026.

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 13: Indicadores Quantitativos

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 Clínico Adulto (Nº de internação)	45	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 ambulatorial/ cirúrgico – Ginecológico	48	
Atendimento ambulatorial/ cirúrgico – Dermatológico	60	
Atendimento ambulatorial – Vascular	30	

Atendimento ambulatorial – Cirurgia Geral	30	
Cirurgia Vascular	16	
Cirurgia Geral	16	
Doppler Vascular	28	
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, 2026.

Tabela 14: Produção Mensal

PRODUÇÃO MENSAL	
Consultas (eletivas/ pediátricas/ obstétricas)	623
Doppler vascular	32
Internações em geral	56
Partos	13
Cirurgias (dermatológica/ ginecológica/ vascular/ geral)	54

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 15: Atendimento Ambulatorial e Urgência e Emergência

ATENDIMENTO AMBULATORIAL E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
ESPECIALIDADE	META	ATENDIMENTO REALIZADO	MÉDIA ATINGIDA	PONTUAÇÃO
PEDIATRIA	500	408	82%	10
OBSTETRÍCIA	-	106	-	-
CIRURGIA GERAL	30	30	100%	10
VASCULAR	30	34	107%	10
DERMATOLOGISTA	60	52	87%	9
GINECOLOGISTA	48	33	69%	8,5

Fonte: O autor, 2026.

O não alcance da meta de consultas ginecológicas no período avaliado decorreu da insuficiência de demanda no âmbito municipal. A gestão da unidade adotou as providências cabíveis, realizando solicitação formal à Central de Regulação de Vagas, por meio de comunicação eletrônica, com a finalidade de verificar a possibilidade de encaminhamento de pacientes e ampliação do quantitativo de atendimentos. Contudo, conforme retorno do setor regulador, **não havia demanda reprimida ou pacientes aguardando avaliação para atendimento ginecológico**, inviabilizando, assim, o atingimento do quantitativo pactuado.

De forma semelhante, o não alcance da meta referente aos atendimentos clínicos e cirúrgicos em dermatologia não se deu por indisponibilidade do serviço, mas sim pelo não comparecimento dos pacientes previamente regulados e agendados, fato alheio à governabilidade da unidade e devidamente registrado nos controles internos.

Cumprе ressaltar o disposto no **Anexo Técnico do Contrato nº 054/2024**, o qual estabelece que, nos casos de descumprimento de metas ocasionado **exclusivamente por ausência de demanda do município ou fatores externos à gestão da unidade**, os valores correspondentes **não poderão ser objeto de glosa**.

Considerando-se, ainda, que, a **oferta de vagas pelo HMU foi devidamente realizada**, não havendo, entretanto, demanda suficiente por parte do município, entende-se que, nos termos contratuais, a **pontuação atribuída a este item deverá ser de 10 pontos**, uma vez que o cumprimento da meta está condicionado exclusivamente à demanda municipal.

Ressalta-se, por fim, que os serviços permanecem **regularmente disponíveis, estruturados e aptos à realização dos atendimentos**, sendo que, à medida que novas demandas sejam inseridas no sistema de regulação, as consultas e procedimentos serão prontamente ofertados, conforme o fluxo estabelecido e os critérios de prioridade assistencial vigentes.

3.1.2. ATENDIMENTO CIRÚRGICO, PARTOS E DOPPLER VASCULAR

Tabela 16: Atendimento Cirúrgico, Partos e Doppler Vascular

ATENDIMENTO CIRÚRGICO, PARTOS E DOPPLER VASCULAR				
ESPECIALIDADE	META	ATENDIMENTO REALIZADO	MÉDIA ATINGIDA	PONTUAÇÃO
PARTOS	18	13	72%	10
CIRURGIA GERAL	16	05	31%	0
CIRURGIA VASCULAR	16	09	56%	8
DOPPLER VASCULAR	28	32	114%	10

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 17: Número de Internação Clínico Adulto

NÚMERO DE INTERNAÇÃO CLÍNICO ADULTO		
Clinica Adulta	Obstetrícia	Clínica Cirúrgica
19	13	24
Meta Nº de Internação Clínica Adulto	1G	
Média Atingida	42%	
Pontuação	0	

Fonte: O autor, 2026.

Justificativa 3: Na hipótese de a Contratada não alcançar as metas estipuladas, tendo como justificativa 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 18: Número de Internação por Especialidade – Clínica Adulto

NÚMERO DE INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE			
Nº de Paciente	Paciente	Data de internação	AIH
CLÍNICA ADULTO			
01	A. L. O	28/01/2026	
02	A. C. O	13/01/2026	
03	E. O. F	28/01/2026	

04	F. S. B	05/01/2026	
05	F. V. O	02/01/2026	
06	G. P. S	16/01/2026	
07	I. R. S	29/01/2026	
08	M. F. P	21/01/2026	
0G	M. O. C. S	11/01/2026	
10	N. A. S	30/01/2026	
11	N. P. S	22/01/2026	
12	N. G. P	15/01/2026	
13	N. F. G	17/01/2026	
14	O. S. O	26/01/2026	
15	P. H. B. Q	14/01/2026	
16	S. V. O	22/01/2026	
17	S. M. S	22/01/2026	
18	S. L. T	26/01/2026	
1G	T. S. F	06/01/2026	
1G INTERNAÇÕES CLÍNICA ADULTO			

Fonte: o autor, 2026.

Tabela 19: Número de Internação por Especialidade - Obstetrícia

OBSTERÍCIA			
01	A. A. M	03/01/2026	
02	A. L. F	17/01/2026	
03	E. S. C	25/01/2026	
04	E. B. Q	19/01/2026	
05	J. V. A	26/01/2026	
06	L. K. S. S	22/01/2026	
07	L. F. M	31/01/2026	
08	M. C. L. C	01/01/2026	
0G	M. C. S. A	21/01/2026	
10	N. J. L	12/01/2026	
11	R. S. S	16/01/2026	
12	T. M. F	25/01/2026	
13	V. M. O	08/01/2026	
13 INTERNAÇÕES OBSTÉTRICA			

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 20: Número de Internação por Especialidade – Clínica Cirúrgica

CLÍNICO CIRÚRGICO			
01	A. C. F	06/01/2026	
02	A. F. Z	15/01/2026	3225103143306
03	A. L. S. S	13/01/2026	
04	C. C. J	20/01/2026	
05	E. V. F	06/01/2026	
06	F. R. O	26/01/2026	
07	G. L. O	13/01/2026	
08	I. M. S. S	28/01/2026	

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES

R: David Gomes de Oliveira, nº 120, B: Novo Horizonte, Ibatiba – ES.

CNPJ: 26.227.882/0006-20

0G	K. S. V	20/01/2026	
10	K. V. B	26/01/2026	
11	L. M. G	15/01/2026	
12	L. R. P	28/01/2026	
13	M. F. P	27/01/2026	
14	M. A. A. C	27/01/2026	
15	M. C. S. S	13/01/2026	
16	M. G	20/01/2026	
17	M. F. F. C	06/01/2026	
18	M. S. S. A	06/01/2026	32251031442G6
1G	R. M. S. S	20/01/2026	
20	V. L. S	15/01/2026	
21	V. A. S	13/01/2026	
22	A. J. F	08/01/2026	
23	F. S. S	02/01/2026	
24	L. S. S	07/01/2026	
24 INTERNAÇÕES CLÍNICA CIRÚRGICA			

Fonte: o autor, 2026.

Justificativa 4: Em relação às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), esclarece-se que os pacientes da clínica cirúrgica que ainda não apresentam número de AIH encontram-se nessa condição em razão do trâmite de liberação junto à Secretaria Municipal de Saúde. As AIHs foram devidamente inseridas no sistema e encaminhadas para análise por meio dos seguintes ofícios:

- **Ofício nº 01 internação** (12/01/26 (encaminhado à secretaria));
- **Ofício nº 02 internação** (21/01/26 (encaminhado à secretaria));
- **Ofício nº 03 internação** (aguardando responsável da secretaria);
- **Ofício nº 01 cirúrgico** (12/01/26 (encaminhado à secretaria));
- **Ofício nº 03 cirúrgico** (16/01/2026 (encaminhado à secretaria));
- **Ofício nº 04 cirúrgico** (19/01/2026 (encaminhado à secretaria)).

Até o presente momento, não houve retorno com os respectivos números de autorização, permanecendo as solicitações em análise pelo setor competente.

No que se refere aos pacientes da clínica médica e maternidade, registra-se que a ausência temporária dos números de AIH decorre do fluxo regular de processamento do sistema. A competência é consolidada ao final do mês vigente,

de modo que a geração e liberação das AIHs ocorre somente no mês subsequente, após conferência, validação e autorização pelos órgãos responsáveis.

Ressalta-se, portanto, que a inexistência dos números de AIH até o momento não decorre de falhas operacionais por parte desta unidade hospitalar, mas sim dos prazos administrativos e técnicos inerentes ao processo de análise, liberação e autorização das internações.

3.1.3. CIRURGIAS REALIZADAS

Tabela 21: Cirurgia Realizada – Cirurgia Geral

CIRURGIA GERAL			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	A. F. Z	COLECISTECTOMIA	
02	L. M. G	HERNIOPLASTIA INGUINAL	
03	V. L. S	HERNIOPLASTIA INGUINAL	
04	K. V. B	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	
05	F. R. O	HERNIOPLASTIA INGUINAL	
05 CIRURGIAS REALIZADAS			

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 22: Cirurgia Realizada – Cirurgia Vascular

CIRURGIA VASCULAR			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	M. S. S	VARICECTOMIA	
02	M. F. F. C	VARICECTOMIA	
03	A. C. F	VARICECTOMIA	
04	E. V. F	VARICECTOMIA	
05	K. S. V	VARICECTOMIA	
06	M. G	VARICECTOMIA	
07	R. M. S. S	VARICECTOMIA	
08	C. C. J	VARICECTOMIA	
09	L. R. P	VARICECTOMIA	
09 CIRURGIAS REALIZADAS			

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 23: Cirurgia Realizada – Cirurgia Dermatológica

CIRURGIA DERMATOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	S. M. J. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
02	V. A. R	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
03	G. D. O	EXERESE DE PELE	
04	G. L. C. A	EXERESE DE PELE	
05	S. L. T	CISTO SINOVIAL	
06	G. P. M	CISTO SEBACEO	
07	V. L. C	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
08	A. M. C. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
09	F. M. B	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
10	M. A. P. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
11	J. B. A	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
12	I. A. F. M	EXERESE DE UNHA	
13	M. F. N	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
14	A. M. C	NEVO MELANOCITO	
15	M. J. F	EXERESE DE LIPOMA	
16	J. F. F	BIÓPSIA	
17	E. D. S. G	EXERESE DE PELE	
18	C. M. M. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
19	D. M. J. V	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
20	V. V. S. R	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
21	S. H. R	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
22	Z. M. B. O	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
23	J. L. C	EXERESE DE LIPOMA	
24	M. J. F	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
25	E. M. A	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
26	A. J. G. R	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
27	R. J. S	ELETROCAUTERIZAÇÃO	
28	A. C. S. S	EXERESE DE UNHA	
29	R. A. S	BIÓPSIA	
30	H. J. B. M	BIÓPSIA	
31	S. H. R	CISTO SINOVIAL	
32	C. A. C	EXERESE DE UNHA	
32 CIRURGIAS REALIZADAS			

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 24: Cirurgia Realizada – Cirurgia Ginecológica

CIRURGIA GINECOLÓGICA			
ITEM	PACIENTE	PROCEDIMENTO AGENDADO	PROCEDIMENTO EXEC. ALÉM DO AGENDADO
01	I. A. O	OOFORECTOMIA	
02	M. F. P	PERINEORRAFIA	
03	I. M. S	MARSUPIALIZAÇÃO DA GLANDULA DE BARTHOLIN	
04	M. A. A	PERINEORRAFIA	
05	V. A. S	NINFOPLASTIA	
06	A. L. S. S	PERINEORRAFIA	
07	G. L. O	LAQUEADURA	
08	M. C. S. S	PERINEORRAFIA	
08 CIRURGIAS REALIZADAS			

Fonte: O autor, 2026.

Justificativa 5: Considerando as metas pactuadas para os procedimentos de cirurgia geral, ressaltamos que o quantitativo previsto não foi alcançado no período. A situação decorre, sobretudo, da inexistência de demanda local suficiente para composição das agendas cirúrgicas. Com o intuito de assegurar o cumprimento das metas e evitar ociosidade de serviço, a gestão realizou contato formal com a Central de Regulação do município, solicitando levantamento de usuárias(os) com indicação cirúrgica e possibilidade de encaminhamento de novos casos. Em resposta, foi informado que, no momento, não há fila ativa ou número significativo de pacientes aguardando para esses tipos de procedimentos.

3.1.4. EXAMES LABORATORIAIS

Tabela 25: Exames Laboratoriais

EXAMES LABORATORIAIS	
JANEIRO	
MET A	1500
EXAMES REALIZADOS	244
MÉDIA ATINGIDA	16%
PONTUAÇÃO	10

Fonte: O autor, 2026.

3.2 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Tabela 26: Partos Realizados

PARTOS REALIZADOS	
JANEIRO	
META	18
TOTAL DE PARTOS REALIZADOS	13
MÉDIA ATINGIDA	72%
PONTUAÇÃO	10

Fonte: O autor, 2026.

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 27: Teste do Coraçãozinho

TESTE DO CORAÇÃOZINHO						
DN	RN DE	DADOS DO RECÉM-NASCIDO				
		Peso (kg)	APGAR	SpO2 Mão D	SpO2 Pé E	RESULTADO
01/01/2026	M. C. L. C	3920	10	98%	99%	Normal
03/01/2026	A. A. M	4050	09	97%	96%	Normal
08/01/2026	V. M. O	3830	09	98%	98%	Normal
12/01/2026	N. J. L	3330	09	96%	96%	Normal
16/01/2026	R. S. S	2970	10	96%	97%	Normal
17/01/2026	A. L. F	3080	09	97%	96%	Normal
19/01/2026	E. B. Q	2600	08	95%	95%	Normal
22/01/2026	M. C. S. A	3460	10	98%	99%	Normal
23/01/2026	L. K. S. S	2910	09	97%	96%	Normal
25/01/2026	E. S. C	2640	09	98%	97%	Normal
26/01/2026	T. M. F	3250	07	95%	97%	Normal
26/01/2026	J. V. A	3520	09	97%	98%	Normal
31/01/2026	S. V. L	3440	10	97%	98%	Normal
Total			13			

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 28: Teste do Olhinho

TESTE DO OLHINHO				
DN	RN DE	TRV	UNILATERAL	BILATERAL
01/01/2026	M. C. L. C	Normal		X
03/01/2026	A. A. M	Normal		X
08/01/2026	V. M. O	Normal		X
12/01/2026	N. J. L	Normal		X
16/01/2026	R. S. S	Normal		X
17/01/2026	A. L. F	Normal		X
19/01/2026	E. B. Q	Normal		X
22/01/2026	M. C. S. A	Normal		X
23/01/2026	L. K. S. S	Normal		X
25/01/2026	E. S. C	Normal		X
26/01/2026	T. M. F	Normal		X
26/01/2026	J. V. A	Normal		X
31/01/2026	S. V. L	Normal		X
Total				13

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 29: Declaração de Nascido Vivo

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO				
QUANT.	NOME DA MÃE	DNV	VIA DE PARTO	OBSTETRA
01	M. C. L. C	3095024412-2	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
02	A. A. M	3095024413-0	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
03	V. M. O	3095024414-9	Cesário	Djair Mazirole - 3655/ES
04	N. J. L	3095024415-7	Cesário	Djair Mazirole - 3655/ES
05	R. S. S	3095024416-5	Vaginal	Djair Mazirole - 3655/ES
06	A. L. F	3095024417-3	Vaginal	Djair Mazirole - 3655/ES
07	E. B. Q	3095024418-1	Cesário	Djair Mazirole - 3655/ES
08	M. C. S. A	3095024419-0	Vaginal	Acácia Maria – 45668/MG
09	L. K. S. S	3095024420-3	Cesário	Djair Mazirole - 3655/ES
10	E. S. C	3095024421-1	Cesário	Barbara Maria – 20524/ES
11	T. M. F	3095024422-0	Cesário	Barbara Maria – 20524/ES

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FARIA LOPES
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES

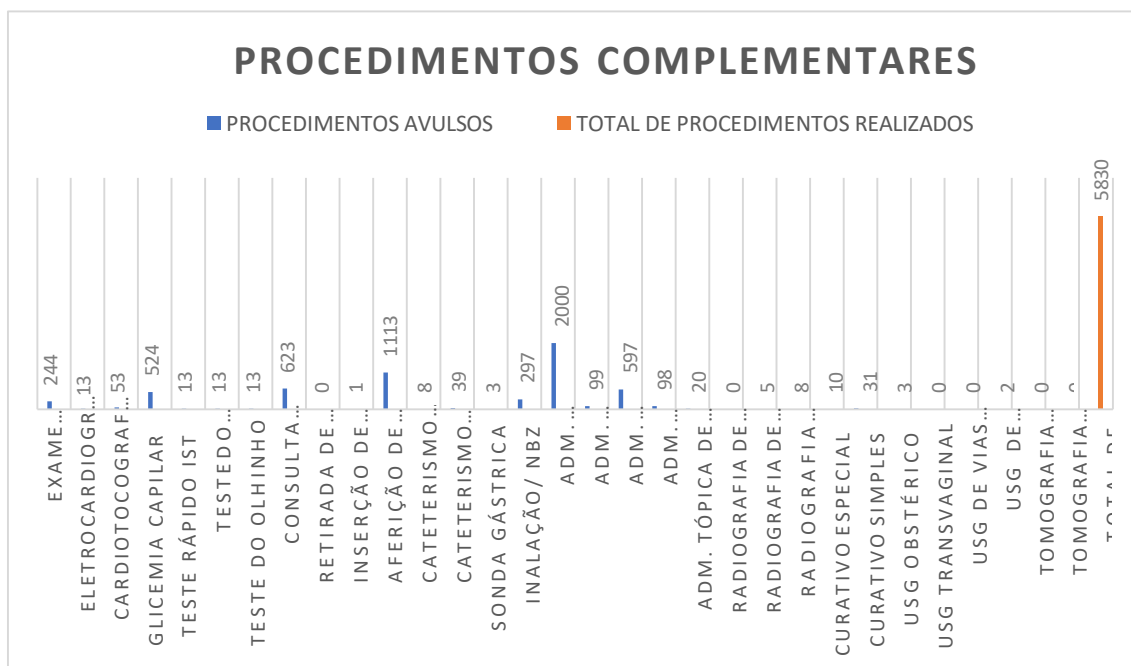
R: David Gomes de Oliveira, nº 120, B: Novo Horizonte, Ibatiba – ES.

CNPJ: 26.227.882/0006-20

12	J. V. A	3095024423-8	Cesário	Barbara Maria – 20524/ES
13	S. V. L	3095024424-6	Vaginal	Shamara Wayne – 21317/ES
Total			13	

Fonte: O autor, 2026.

3.3 – PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES



3.4 NÚMERO DE TRANSFÊNCIAS

Tabela 30: Número de Transferência

NÚMERO DE TRANSFERÊNCIA	
AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO	06
REMOVIDAS	-
SAMU	-
TOTAL	06

Fonte: O autor, 2026.

3.5 TREINAMENTO

Tabela 31: Treinamento

TREINAMENTO	
ENFERMAGEM	-
NUTRIÇÃO	-
FARMÁCIA	-
HIGIENIZAÇÃO	-
RECEPÇÃO	-
CONTROLADOR DE ACESSO	-
TI	02
TOTAL	02

Fonte: O autor, 2026.

4. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS

Tabela 32: Relatório Consolidado

RELATÓRIO CONSOLIDADO	
JANEIRO	
CONSULTAS	
Ginecologia	25
Dermatologia	20
Cirurgia Geral	30
Vascular	34
Pediátrica	408
Obstétrica	106
TOTAL DE CONSULTAS	623
CIRURGIAS / PARTOS	
Ginecológica	08
Cirurgia Geral	05
Dermatológica	32

Vascular	09
Parto Vaginal/ Cesárea	13
TOTAL	67
INTERNAÇÃO	
Clinica adulto	19
Clinico cirúrgico	24
Maternidade	13
TOTAL DE INTERNAÇÃO	56
EXAMES	
Doppler Vascular	32
Exames Laboratoriais	244
TOTAL DE EXAMES	276
PROCEDIMENTOS	
Procedimentos avulsos	5830
Teste do coraçãozinho	13
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	5843

Fonte: O autor, 2026.

Tabela 33: Indicadores Quantitativos/ Qualitativos – Pontuação Global

ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE METAS – PONTUAÇÃO GLOBAL				
ITEM	INDICADORES	META ESTABELECIDADA	META CUMPRIDA	PONTUAÇÃO GLOBAL
QUALITATIVOS				
01	MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	< 5	3,6	10
02	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	> 55%	124%	10
03	TAXA DE MORTALIDADE	< 5%	0	10
04	TAXA DE CESÁREA	< 45%	54%	10
05	TAXA DE SATISFAÇÃO	> 80%	98%	10
QUANTITATIVOS				
06	ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	500	82%	10

07	INTERNAÇÃO CLINICO ADULTO (Nº DE INTERNAÇÃO)	45	42%	0
08	ATENDIMENTO CLINICO/ CIRÚRGICO – GINECOLÓGICO	48	69%	8,5
09	ATENDIMENTO CLINICO/ CIRÚRGICO – DERMATOLÓGICO	60	87%	10
10	ATENDIMENTO CLINICO – VASCULAR	30	107%	10
11	CIRURGIA VASCULAR	16	56%	08
12	DOPPLER VASCULAR	28	114%	10
13	ATENDIMENTO CLINICO – CIRURGIA GERAL	30	100%	10
14	CIRURGIA GERAL	16	13%	0
15	PARTOS	18	72%	10
16	EXAMES LABORATORIAIS	1500	16%	10
136,5/16 = 8,53				
MÉDIA DE PONTUAÇÃO GLOBAL				8,53

Fonte: O autor, 2026.

Com base na TABELA 2 – PONTUAÇÃO GLOBAL, a unidade alcançou **8,53 PONTOS**, situando-se na faixa de **7,1 A 8,6 PONTOS**, o que corresponde à classificação “**BOM**”. Esse resultado demonstra que, embora nem a totalidade dos critérios avaliativos tenha sido atendida, houve cumprimento satisfatório das metas pactuadas, refletindo o comprometimento da equipe e a adequada utilização dos recursos disponíveis.

Conforme os critérios estabelecidos no instrumento de avaliação, o desempenho alcançado corresponde ao percentual de 80% da prestação de contas, refletindo o nível de conformidade da unidade em relação aos indicadores avaliados. Dessa forma, o resultado obtido justifica a percepção **PROPORCIONAL (80%) DO VALOR DA VARIÁVEL**, em consonância com as normas e parâmetros institucionais vigentes.

6. RELATÓRIO DE COMISSÕES

6.1 Comissão Segurança do Paciente



ATA 20 COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No dia 16/01/2025, foi realizada a reunião para implementações e melhorias na **SEGURANÇA DO PACIENTE** abordando os seguintes temas:

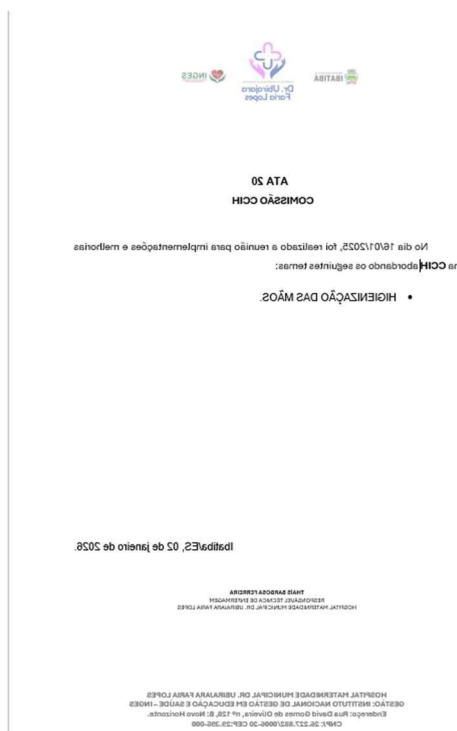
- USO ADEQUADO DE EPI.

Ibatiba/ES, 02 de janeiro de 2026.

THAIS BARBOSA FERREIRA
RESPONSÁVEL TÉCNICA DE ENFERMAGEM
HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FÁRIA LOPES

HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DR. UBIRAJARA FÁRIA LOPES
GESTÃO: INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE – INGES
Endereço: Rua David Gomes de Oliveira, nº 120, B: Novo Horizonte.
CNPJ: 26.227.882/0006-20 CEP: 25.395-000

6.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar



6.3 Comissão Prontuário



6.4 Comissão de Óbito



**ATA Nº 01
ATA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**

Data da reunião: 28/01/2026

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

- Karla Eliza da Costa (médico e diretora clínica)
- Ana Carolina Leonardo (faturista)
- Thais Barbosa (enfermeira RT)
- Mara Sangi (nutricionista)
- Camila Celli de Lima (assistente social)
- Cintia Karla de Oliveira (farmacêutica RT)

Reunião com o objetivo de conferência do índice de óbitos referente ao mês de janeiro de 2026, durante o mês analisado, nosso hospital registrou zero óbito. Embora a ausência de óbitos seja um indicador positivo, continuaremos a monitorar e a avaliar constantemente nossos processos e a buscar melhorias contínuas para garantir a melhor qualidade de atendimento possível. Análise realizada pela Dr. Karla Eliza da Costa (médica e diretora clínica), CRM-MG nº 60976. 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)

(faturista)

(nutricionista)

(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

6.5 Comissão de Grupo de Trabalho Humanizado



**ATA DA REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE
HUMANIZAÇÃO – GTH**

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

Pauta: Comemorações do mês de dezembro.

Foi ressaltado que o mês de dezembro é marcado pelas comemorações do Natal e do Ano Novo, períodos de confraternização, união e reconhecimento do trabalho desenvolvido ao longo do ano pelos colaboradores.

Após discussão, ficou decidido que será realizada uma confraternização com os colaboradores no dia 19 de dezembro, ocasião em que todos receberão uma cesta de Natal oferecida pela empresa. Ficou ainda definido que será realizada uma ceia no dia 24 de dezembro e uma ceia no dia 31 de dezembro, bem como um almoço no dia 25 de dezembro e um no dia 01 de janeiro de 2026, destinados aos colaboradores do hospital e do pronto atendimento, em comemoração ao Natal e à virada de ano, como forma de valorização e agradecimento pelo empenho demonstrado ao longo do ano.

Todos concordaram com as propostas.

Sem mais diligências, termina-se a reunião.

Micael Thaus de Almeida Machado _____

Camila Celli de Lima _____

Myllena Florindo Leocádio Amorim _____

Ana Carolina Leonardo Souza _____

Thais Barbosa Ferreira _____

Cintia Karla de Oliveira _____

Mara Sangi da Cunha Silva _____

6.6 Comissão Ética Médica

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

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

6.7 Comissão Ética de Enfermagem

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

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

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

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

Atualmente, o quadro de servidores da área de enfermagem do HMU conta com 20 profissionais, número inferior ao exigido para a necessidade da CEE. No entanto, a implementação da comissão está sendo conduzida de acordo com as orientações do Manual das Comissões de Ética de Enfermagem do Estado do Espírito Santo, dando sequência ao processo de seleção.

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

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

7. RELATÓRIO DE MELHORIAS/ ACOLHIMENTO

No mês de **janeiro**, foram desenvolvidas ações pontuais voltadas ao acolhimento e à valorização dos colaboradores, em consonância com as diretrizes de Humanização da Assistência. Destaca-se a realização de uma lembrança simbólica aos aniversariantes do mês, como forma de reconhecimento institucional, promovendo a valorização dos profissionais e fortalecendo o sentimento de pertencimento e integração entre as equipes.

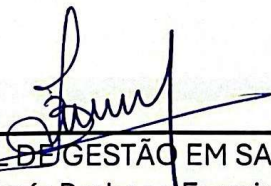
Essa iniciativa, ainda que simples, reafirma o compromisso da gestão com um ambiente de trabalho mais acolhedor, respeitoso e humanizado, reconhecendo a importância de cada colaborador para a manutenção da qualidade assistencial e para o adequado funcionamento da unidade.

No que se refere às melhorias estruturais, registra-se que, no período em referência, não foram realizadas intervenções na estrutura física do HMU. As condições atuais da unidade mostraram-se adequadas para atender às demandas operacionais e assistenciais, não havendo necessidade imediata de adequações. Ressalta-se que eventuais melhorias permanecem contempladas no planejamento estratégico da gestão e serão executadas de forma gradativa, observando critérios técnicos, orçamentários e de prioridade assistencial, em consonância com as políticas públicas de saúde vigentes.

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.



INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO p/
Thaís Barbosa Ferreira
Responsável Técnica de Enfermagem - HMU
COREN-ES 666.216

ANEXO I: EXAMES LABORATORIAIS

Código Atend. **0097555** Data Cadastro 01/01/2026 Hora 10:59 Senha 74aa66 Usuário DILMA AMORIM Unidade ING

PACIENTE

Fichário Nome * 36765 Sexo F Data Nasc 24/06/1940 Anos 85 Meses 6 Dias 7 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 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	01-01-2026
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	01-01-2026
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	01-01-2026
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA		02.02.03.008-3	01-01-2026
5	NA	SODIO		02.02.01.063-5	01-01-2026
6	K	POTASSIO		02.02.01.060-0	01-01-2026
7	URINA	URINA DE JATO MEDIO		02.02.05.001-7	01-01-2026

Código Atend. **0097611** Data Cadastro 03/01/2026 Hora 09:38 Senha 022ace Usuário DILMA AMORIM Unidade ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49340 Sexo M Data Nasc 23/07/1945 Anos 80 Meses 5 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 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	03-01-2026
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	03-01-2026
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	03-01-2026
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA		02.02.03.008-3	03-01-2026
5	URINA	URINA DE JATO MEDIO		02.02.05.001-7	03-01-2026

Código Atend. 0097668 **Data Cadastro** 04/01/2026 **Hora** 23:25 **Senha** b66924 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 9947 M [REDACTED] EITA Sexo F Data Nasc 24/06/2002 Anos 23 Meses 6 Dias 10 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular 28 99943-602

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 21317 Médico/Solicitante SHAMARA W FERREIRA 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	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	04-01-2026
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	04-01-2026
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	04-01-2026
4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA		02.02.01.064-3	04-01-2026
5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA		02.02.01.065-1	04-01-2026
6	TC	TEMPO DE COAGULACAO		02.02.02.007-0	04-01-2026
7	TAP	TEMPO DE PROTROMBINA		02.02.02.014-2	04-01-2026
8	TS	TEMPO DE SANGRAMENTO		02.02.02.009-6	04-01-2026
9	TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL		02.02.02.013-4	04-01-2026
10	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES		02.02.01.020-1	04-01-2026
11	URINA	URINA DE JATO MEDIO		02.02.05.001-7	04-01-2026

Código Atend. 0097657 **Data Cadastro** 04/01/2026 **Hora** 17:02 **Senha** 75d6e1 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49383 [REDACTED] M Data Nasc 03/01/2026 Anos 0 Meses 0 Dias 1 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19309 Médico/Solicitante EVELYN DE KENYA LINS PRATES 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	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO		02.02.02.038-0	04-01-2026
2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA		02.02.03.008-3	04-01-2026

Código Atend. 0097694 **Data Cadastro** 05/01/2026 **Hora** 09:48 **Senha** 41a858 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49403 **Sexo** M **Data Nasc** 02/01/2026 **Anos** 0 **Meses** 0 **Dias** 2 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CRM** 19309 **Médico/Solicitante** EVELYN DE KENYA LINS PRATES **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	05-01-2026
	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	05-01-2026

Código Atend. 0097693 **Data Cadastro** 05/01/2026 **Hora** 09:47 **Senha** 60e7e1 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49340 A **Sexo** M **Data Nasc** 23/07/1945 **Anos** 80 **Meses** 5 **Dias** 12 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CRM** 19487 **Médico/Solicitante** 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	05-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	05-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	05-01-2026
	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	05-01-2026
	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	05-01-2026
	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	05-01-2026
	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	05-01-2026
	8	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	05-01-2026
	9	NA	SODIO	02.02.01.063-5	05-01-2026
	10	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	05-01-2026
☐	11	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	05-01-2026

Código Atend. 0097810 **Data Cadastro** 07/01/2026 **Hora** 11:57 **Senha** 04ffc8 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49451 **Sexo** F **Data Nasc** 17/12/1941 **Anos** 84 **Meses** 0 **Dias** 21 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CRM** 19487 **Médico/Solicitante** 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	07-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	07-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	07-01-2026
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	07-01-2026

Código Atend. 0097809 **Data Cadastro** 07/01/2026 **Hora** 11:56 **Senha** 6afd0a **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 29257 **Sexo** F **Data Nasc** 08/12/1930 **Anos** 95 **Meses** 0 **Dias** 30 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

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

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	07-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	07-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	07-01-2026
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	07-01-2026
	5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	07-01-2026

Código Atend. 0098010 **Data Cadastro** 11/01/2026 **Hora** 23:33 **Senha** 7d1f3b **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49516 **Sexo** F **Data Nasc** 05/03/1988 **Anos** 37 **Meses** 10 **Dias** 6 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 94828 **Médico/Solicitante Q** GUSTAVO SILVEIRA PEREZ ABREU **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	11-01-2026

Código Atend. 0098003 **Data Cadastro** 11/01/2026 **Hora** 19:38 **Senha** 303cb7 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49499 **Sexo** F **Data Nasc** 09/11/1965 **Anos** 60 **Meses** 2 **Dias** 2 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19440 **Médico/Solicitante Q** JORGE EUGENIO SESIN HERNANDEZ **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	GLI	GLICOSE ?	02.02.01.047-3	11-01-2026

Código Atend. 0097997 **Data Cadastro** 11/01/2026 **Hora** 17:54 **Senha** 00a293 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 47281 Sexo F Data Nasc 01/06/2000 Anos 25 Meses 7 Dias 10 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 94828 Médico/Solicitante Q GUSTAVO SILVEIRA PEREZ ABREU 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	BHCG	HCG QUANTITATIVO			11-01-2026

Código Atend. 0098185 **Data Cadastro** 13/01/2026 **Hora** 10:10 **Senha** de5a95 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49499 Sexo F Data Nasc 09/11/1965 Anos 60 Meses 2 Dias 4 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	13-01-2026
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	13-01-2026
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	13-01-2026
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA		02.02.03.008-3	13-01-2026
5	URINA	URINA DE JATO MEDIO		02.02.05.001-7	13-01-2026

Código Atend. 0098252 **Data Cadastro** 14/01/2026 **Hora** 08:56 **Senha** 9abdb0 **Usuário** DURVAL JUNIOR **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49580 **Sexo** M **Data Nasc** 09/09/2009 **Anos** 16 **Meses** 4 **Dias** 5 **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	14-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	14-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	14-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	14-01-2026	

Código Atend. 0098398 **Data Cadastro** 15/01/2026 **Hora** 21:13 **Senha** 73be65 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49499 **Sexo** F **Data Nasc** 09/11/1965 **Anos** 60 **Meses** 2 **Dias** 6 **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	AMILA	AMILASE	02.02.01.018-0	15-01-2026	
2	LIPAS	LIPASE	02.02.01.055-4	15-01-2026	

Código Atend. 0098387 **Data Cadastro** 15/01/2026 **Hora** 11:22 **Senha** 647a63 **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49499 **Sexo** F **Data Nasc** 09/11/1965 **Anos** 60 **Meses** 2 **Dias** 6 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM 19487 **Médico/Solicitante** 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	15-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	15-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	15-01-2026
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	15-01-2026

Código Atend. 0098437 **Data Cadastro** 16/01/2026 **Hora** 09:28 **Senha** 67e550 **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49580 **Sexo** M **Data Nasc** 09/09/2009 **Anos** 16 **Meses** 4 **Dias** 7 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM 19487 **Médico/Solicitante** 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	16-01-2026
	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	16-01-2026

Código Atend. 0098483 **Data Cadastro** 17/01/2026 **Hora** 19:31 **Senha** ce6ff2 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 48048 Sexo M Data Nasc 28/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 17 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep 29540-000 Endereço Ibitirama Telefone Celular 28999273910

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 13115 Médico/Solicitante WAGNER N. ROCHA 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	CPK	CREATINO FOSFOQUINASE(C.P.K.)	02.02.01.032-5	17-01-2026
✓	2	CKMB	CREATINO FOSFOQUINASE-FRACAO MB	02.02.01.033-3	17-01-2026
✓	3	TROPA	TROPONINA	02.02.03.120-9	17-01-2026

Código Atend. 0098476 **Data Cadastro** 17/01/2026 **Hora** 13:15 **Senha** c0ec9e **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 48048 Sexo M Data Nasc 28/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 17 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep 29540-000 Endereço Ibitirama Telefone Celular 28999273910 E

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 13115 Médico/Solicitante WAGNER N. ROCHA Código ING Convênio * HOSPITAL UBIRAJARA FARIA LOPES Empres

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	17-01-2026
✗	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	17-01-2026
✗	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	17-01-2026
✗	4	CPK	CREATINO FOSFOQUINASE(C.P.K.)	02.02.01.032-5	17-01-2026
✗	5	CKMB	CREATINO FOSFOQUINASE-FRACAO MB	02.02.01.033-3	17-01-2026
✗	6	NA	SODIO	02.02.01.063-5	17-01-2026
✗	7	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	17-01-2026
✗	8	TROPA	TROPONINA	02.02.03.120-9	17-01-2026

Código Atend. 0098467 **Data Cadastro** 17/01/2026 **Hora** 07:56 **Senha** b050dd **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 48048 Sexo M Data Nasc 28/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 17 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep 29540-000 Endereço Ibitirama Telefone Celular 2899927391

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	17-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	17-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	17-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	17-01-2026	
5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	17-01-2026	
6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	17-01-2026	
7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	17-01-2026	

Código Atend. 0098500 **Data Cadastro** 18/01/2026 **Hora** 22:04 **Senha** 075dec **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49772 Sexo F Data Nasc 30/01/2005 Anos 20 Meses 11 Dias 19 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19440 Médico/Solicitante JORGE EUGENIO SESIN HERNANDEZ 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	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	18-01-2026	

Código Atend. 0098499 **Data Cadastro** 18/01/2026 **Hora** 21:56 **Senha** 894aac **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49499 **Sexo** F **Data Nasc** 09/11/1965 **Anos** 60 **Meses** 2 **Dias** 9 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 18839 **Médico/Solicitante** ALAIN PARRA PEREZ **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	18-01-2026
	2	GLI	GLICOSE ?	02.02.01.047-3	18-01-2026
	3	URE	UREIA	02.02.01.069-4	18-01-2026
	4	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	18-01-2026
	5	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	18-01-2026
	6	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	18-01-2026
	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	18-01-2026
	8	NA	SODIO	02.02.01.063-5	18-01-2026
	9	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	18-01-2026

Código Atend. 0098493 **Data Cadastro** 18/01/2026 **Hora** 09:46 **Senha** 8c07fd **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49770 **Sexo** F **Data Nasc** 17/01/2026 **Anos** 0 **Meses** 0 **Dias** 1 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 22679 **Médico/Solicitante** KARLA ELIZA DA COSTA **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	18-01-2026
	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	18-01-2026

Código Atend. 0098486 **Data Cadastro** 18/01/2026 **Hora** 00:45 **Senha** 918790 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 48048 **Sexo** M **Data Nasc** 28/02/1962 **Anos** 63 **Meses** 10 **Dias** 18 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep 29540-000 **Endereço** **Cidade** Ibitirama **Telefone** **Celular** 28999273910

MÉDICO **CRM *** 19487 **Médico/Solicitante** 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	CPK	CREATINO FOSFOQUINASE(C.P.K.)		02.02.01.032-5	18-01-2026
2	CKMB	CREATINO FOSFOQUINASE-FRACAO MB		02.02.01.033-3	18-01-2026
3	TROPA	TROPONINA		02.02.03.120-9	18-01-2026

Código Atend. 0098569 **Data Cadastro** 19/01/2026 **Hora** 10:53 **Senha** 32201a **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 20881 **Sexo** M **Data Nasc** 14/09/1958 **Anos** 67 **Meses** 4 **Dias** 5 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CRM *** 19487 **Médico/Solicitante** 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	19-01-2026
2	URE	UREIA		02.02.01.069-4	19-01-2026
3	CRE	CREATININA		02.02.01.031-7	19-01-2026
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA		02.02.03.008-3	19-01-2026

Código Atend. 0098568 **Data Cadastro** 19/01/2026 **Hora** 10:52 **Senha** 6417d3 **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49733 **Sexo** F **Data Nasc** 18/01/1944 **Anos** 82 **Meses** 0 **Dias** 1 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

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

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	19-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	19-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	19-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	19-01-2026	

Código Atend. 0098567 **Data Cadastro** 19/01/2026 **Hora** 10:51 **Senha** 4dad3b **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49797 **Sexo** F **Data Nasc** 09/11/1965 **Anos** 60 **Meses** 2 **Dias** 10 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 **Médico/Solicitante** 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	19-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	19-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	19-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	19-01-2026	

Código Atend. 0098566 **Data Cadastro** 19/01/2026 **Hora** 10:50 **Senha** 982444 **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 20978 Sexo M Data Nasc 26/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 21 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

S/T

MÉDICO **CONVÊNIO**

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

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	19-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	19-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	19-01-2026
	4	NA	SODIO	02.02.01.063-5	19-01-2026
	5	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	19-01-2026
	6	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	19-01-2026

Código Atend. 0098712 **Data Cadastro** 21/01/2026 **Hora** 16:44 **Senha** f5d2d2 **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 41973 Sexo M Data Nasc 28/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 21 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	CPK	CREATINO FOSFOQUINASE(C.P.K.)	02.02.01.032-5	21-01-2026
	2	AMILA	AMILASE	02.02.01.018-0	21-01-2026
	3	LIPAS	LIPASE	02.02.01.055-4	21-01-2026
	4	TROPA	TROPONINA	02.02.03.120-9	21-01-2026

Código Atend. 0098695 **Data Cadastro** 21/01/2026 **Hora** 10:26 **Senha** 5f1f08 **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 41973 **Sexo** M **Data Nasc** 28/02/1962 **Anos** 63 **Meses** 10 **Dias** 21 **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 **Emp**

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	21-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	21-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	21-01-2026
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	21-01-2026
	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	21-01-2026
	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	21-01-2026
☐	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	21-01-2026

Código Atend.
0098694

Data Cadastro 21/01/2026

Hora 10:25

Senha 528d45

Usuário RAPHAELA MIRANDA

Unidade ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49861

Sexo F Data Nasc 30/07/1993 Anos 32 Meses 5 Dias 22

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	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	21-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	21-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	21-01-2026
	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	21-01-2026
	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	21-01-2026
	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	21-01-2026
	7	TAP	TEMPO DE PROTROMBINA	02.02.02.014-2	21-01-2026
	8	TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	02.02.02.013-4	21-01-2026
	9	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	21-01-2026
	10	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	21-01-2026

Código Atend. 1098693 **Data Cadastro** 21/01/2026 **Hora** 10:24 **Senha** 21febc **Usuário** RAPHAELA MIRANDA **Unidade** ING

ACIENTE

Idiário Nome * 19860 **Sexo** F **Data Nasc** 01/12/1961 **Anos** 64 **Meses** 1 **Dias** 20 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 **Médico/Solicitante** 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	21-01-2026
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	21-01-2026
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	21-01-2026
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	21-01-2026
☒	5	NA	SODIO	02.02.01.063-5	21-01-2026
☒	6	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	21-01-2026
☒	7	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	21-01-2026

Código Atend. 0098749 **Data Cadastro** 22/01/2026 **Hora** 10:06 **Senha** 3c2250 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 41973 **Sexo** M **Data Nasc** 28/02/1962 **Anos** 63 **Meses** 10 **Dias** 22 **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	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	22-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	22-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	22-01-2026
	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	22-01-2026
	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	22-01-2026
	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	22-01-2026
	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	22-01-2026
	8	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	22-01-2026
	9	NA	SODIO	02.02.01.063-5	22-01-2026
	10	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	22-01-2026
	11	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	22-01-2026

Código Atend. 0098812 **Data Cadastro** 23/01/2026 **Hora** 14:35 **Senha** 4ea62b **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49860 N **Sexo** F **Data Nasc** 01/12/1961 **Anos** 64 **Meses** 1 **Dias** 22 **RG** **CPF**

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep **Endereço** **Cidade** **Telefone** **Celular**

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 **Médico/Solicitante** 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	23-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	23-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	23-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	23-01-2026	
5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	23-01-2026	

Código Atend. 0098811 **Data Cadastro** 23/01/2026 **Hora** 14:35 **Senha** 7f11e1 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49883 **Sexo** M **Data Nasc** 18/12/1937 **Anos** 88 **Meses** 1 **Dias** 5 **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	23-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	23-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	23-01-2026
	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	23-01-2026
	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	23-01-2026
	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	23-01-2026
	7	TAP	TEMPO DE PROTROMBINA	02.02.02.014-2	23-01-2026
	8	TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	02.02.02.013-4	23-01-2026
	9	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	23-01-2026
	10	NA	SODIO	02.02.01.063-5	23-01-2026
	11	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	23-01-2026

Código Atend.
0098810

Data Cadastro 23/01/2026

Hora 14:33

Senha 2342f8

Usuário Rebeca

Unidade ING

PACIENTE

Fichário Nome * 39622

Sexo F Data Nasc 21/06/1949 Anos 76 Meses 7 Dias 2 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	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	23-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	23-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	23-01-2026
	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	23-01-2026
	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	23-01-2026
	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	23-01-2026
	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	23-01-2026
	8	BILI	BILIRRUBINAS TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	23-01-2026
	9	NA	SODIO	02.02.01.063-5	23-01-2026
	10	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	23-01-2026
☐	11	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	23-01-2026

Código Atend. 0098815 **Data Cadastro** 24/01/2026 **Hora** 09:05 **Senha** ab73ca **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49865 S [REDACTED] Sexo F Data Nasc 07/11/1961 Anos 64 Meses 2 Dias 17 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	24-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	24-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	24-01-2026
	4	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OXALACETICA	02.02.01.064-3	24-01-2026
	5	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PIRUVICA	02.02.01.065-1	24-01-2026
	6	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	24-01-2026
	7	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	24-01-2026
	8	NA	SODIO	02.02.01.063-5	24-01-2026
	9	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	24-01-2026
	10	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	24-01-2026

Código Atend. 0098821 **Data Cadastro** 25/01/2026 **Hora** 10:22 **Senha** 6de82b **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49860 Sexo F Data Nasc 01/12/1961 Anos 64 Meses 1 Dias 24 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	25-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	25-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	25-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	25-01-2026	
5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	25-01-2026	

Código Atend. 0098820 **Data Cadastro** 25/01/2026 **Hora** 10:21 **Senha** e35e21 **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 48048 Sexo M Data Nasc 28/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 25 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

29540-000 Ibitirama 289992739

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	25-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	25-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	25-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	25-01-2026	
5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	25-01-2026	

Código Atend. 0098870 **Data Cadastro** 26/01/2026 **Hora** 10:00 **Senha** f979fd **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49860 [REDACTED] Sexo F Data Nasc 01/12/1961 Anos 64 Meses 1 Dias 25 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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		26-01-2026
☐	2	ANTIB	ANTIBIOGRAMA		26-01-2026

Código Atend. 0098869 **Data Cadastro** 26/01/2026 **Hora** 10:00 **Senha** 250783 **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 41973 [REDACTED] Sexo M Data Nasc 28/02/1962 Anos 63 Meses 10 Dias 26 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	26-01-2026
☒	2	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	26-01-2026
☒	3	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	26-01-2026

Código Atend. 0098868 **Data Cadastro** 26/01/2026 **Hora** 09:59 **Senha** 583691 **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 42653 Sexo F Data Nasc 07/11/1961 Anos 64 Meses 2 Dias 19 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	26-01-2026
☒	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	26-01-2026
☒	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	26-01-2026
☒	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	26-01-2026
☒	5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	26-01-2026

Código Atend. 0099052 **Data Cadastro** 28/01/2026 **Hora** 21:19 **Senha** d3ce8a **Usuário** DILMA AMORIM **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49860 Sexo F Data Nasc 01/12/1961 Anos 64 Meses 1 Dias 27 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * - Médico/Solicitante SEM SOLICITAÇÃO 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	28-01-2026
☒	2	TC	TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	28-01-2026
☒	3	TAP	TEMPO DE PROTROMBINA	02.02.02.014-2	28-01-2026
☒	4	TS	TEMPO DE SANGRAMENTO	02.02.02.009-6	28-01-2026
☒	5	TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	02.02.02.013-4	28-01-2026

Código Atend. 0099119 **Data Cadastro** 29/01/2026 **Hora** 11:30 **Senha** 114007 **Usuário** Rebeca **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49860 M Sexo F Data Nasc 01/12/1961 Anos 64 Meses 1 Dias 28 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	29-01-2026
2	TAP	TEMPO DE PROTROMBINA		02.02.02.014-2	29-01-2026
3	TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL		02.02.02.013-4	29-01-2026

Código Atend. 0099195 **Data Cadastro** 30/01/2026 **Hora** 10:48 **Senha** c57196 **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49983 M Sexo M Data Nasc 18/01/1981 Anos 45 Meses 0 Dias 12 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	30-01-2026

Código Atend. 0099194 **Data Cadastro** 30/01/2026 **Hora** 10:47 **Senha** c05e47 **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 35965 **Sexo** M **Data Nasc** 17/06/1956 **Anos** 69 **Meses** 7 **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	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	30-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	30-01-2026
	4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	30-01-2026

Código Atend. 0099193 **Data Cadastro** 30/01/2026 **Hora** 10:46 **Senha** 7df3c9 **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 50076 **Sexo** F **Data Nasc** 12/01/1951 **Anos** 75 **Meses** 0 **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 Coleta
	1	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	30-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	30-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	30-01-2026

Código Atend. 0099192 **Data Cadastro** 30/01/2026 **Hora** 10:46 **Senha** b11fc7 **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 19381 Sexo F Data Nasc 13/06/1944 Anos 81 Meses 7 Dias 17 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

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

Nº. Matrícula 702107723230796 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	30-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	30-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	30-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	30-01-2026	
5	URINA	URINA DE JATO MEDIO	02.02.05.001-7	30-01-2026	

Código Atend. 0099191 **Data Cadastro** 30/01/2026 **Hora** 10:45 **Senha** ddc3cc **Usuário** SIMONE COSTA **Unidade** ING

PACIENTE

Fichário Nome * 49860 Sexo F Data Nasc 01/12/1961 Anos 64 Meses 1 Dias 29 RG CPF

☐ Nome Social ☒ Atualizar Idade

ENDEREÇO / CONTATO

Cep Endereço Cidade Telefone Celular

MÉDICO **CONVÊNIO**

CRM * 19487 Médico/Solicitante 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	30-01-2026	
2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	30-01-2026	
3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	30-01-2026	
4	PCRNU	PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	30-01-2026	

Código Atend.
0099220

Data Cadastro ▾
31/01/2026

Hora
09:28

Senha
bef652

Usuário
DILMA AMORIM

Unidade
ING

PACIENTE

Fichário Nome *
50079

Sexo
F

Data Nasc
16/01/1964

Anos
62

Meses
0

Dias
15

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	31-01-2026
	2	URE	UREIA	02.02.01.069-4	31-01-2026
	3	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	31-01-2026
	4	NA	SODIO	02.02.01.063-5	31-01-2026
	5	K	POTASSIO	02.02.01.060-0	31-01-2026