

RELATÓRIO DE ENVIO DAS UNIDADES

Código	Estabelecimento	Formulário Enviado
1	UPA Cidade de Deus	X
2	UPA Senador Camará	X
3	UPA Magalhães Bastos	X
4	UPA Vila Kennedy	X
5	UPA Costa Barros	X
6	UPA Madureira	X
7	UPA Rocha Miranda	X
8	UPA Engenho de Dentro	X
9	UPA Del Castilho	X
10	UPA João XXIII	X
11	UPA Sepetiba	X
12	UPA Paciência	X
13	CER Barra da Tijuca	X
14	CER Campo Grande	Aguardando Envio
15	Hospital Municipal Rocha Faria (HMRF)	Aguardando Envio
16	Maternidade da Rocinha	X
17	Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)	Aguardando Envio
18	Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)	Aguardando Envio
19	Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	X
20	Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD)	X
21	Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)	X
22	Hospital Municipal Piedade (HMP)	X
23	Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)	X
24	Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	X
25	Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)	Aguardando Envio
26	Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)	X
27	Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	X
28	Hospital Municipal Jesus (HMJ)	Aguardando Envio
29	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	X
30	Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM)	Aguardando Envio
31	Hospital Andaraí	Aguardando Envio
32	Regulação e Monitoramento de Ocupação de Leitos	Aguardando Envio
33	IVISA-Rio. Sede do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária.	Aguardando Envio
34	Centro de Controle de Zoonoses Paulo Dacorso Filho	Aguardando Envio
35	Centro de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman	Aguardando Envio
36	Centro de Treinamento do Humaitá, IVISA-RIO	Aguardando Envio
37	Unidade de Desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente e avaliação de tecnologias pertinentes à área da saúde EDUCATEC	Aguardando Envio

38	Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda	Aguardando Envio
39	CER Centro	Aguardando Envio
40	Hospital Municipal Barata Ribeiro	Aguardando Envio
41	Complexo Zona Sul	Aguardando Envio
42	Instituto Municipal Philippe Pinel	Aguardando Envio
43	Hospital Municipal Paulino Werneck	Aguardando Envio
44	Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto	Aguardando Envio
45	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira	Aguardando Envio
46	CAPS II Clarice Lispector	Aguardando Envio
47	CAPS Rubens Corrêa	Aguardando Envio
48	Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	Aguardando Envio
49	Hospital Municipal Juliano Moreira	Aguardando Envio
50	Hospital Municipal Álvaro Ramos	Aguardando Envio
51	Casa de Parto David Capstrano Filho	Aguardando Envio
52	Sede Administrativa Da Cap-1.0	Aguardando Envio
53	Policlínica Antônio Ribeiro Netto	Aguardando Envio
54	CMS Marcolino Candau	Aguardando Envio
55	Sede Administrativa Da Cap 2.1	X
56	CMS João Barros Barreto	Aguardando Envio
57	CMS Manoel José Ferreira	Aguardando Envio
58	CMS Píndaro De Carvalho Rodrigues	Aguardando Envio
59	Clínica Da Família Rinaldo De Lamare	X
60	CMS Dom Helder Câmara	Aguardando Envio
61	Sede Administrativa Da Cap 2.2	X
62	Caps Mané Garrincha	X
63	CMS Oscar Clark	X
64	Policlínica Hélio Pellegrino	X
65	Sede Administrativa Da Cap-3.2	Aguardando Envio
66	CMS César Pernetta	Aguardando Envio
67	Policlínica Rodolpho Rocco	Aguardando Envio
68	Sede Administrativa Da Cap-4.0	Aguardando Envio
69	CMS Harvey Ribeiro De Souza Filho	Aguardando Envio
70	Policlínica Newton Bethlem	Aguardando Envio
71	CMS Hamilton Land	Aguardando Envio
72	Sede Administrativa Da Cap-5.1	Aguardando Envio
73	CAPS Pequeno Hans	Aguardando Envio
74	Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho	Aguardando Envio
75	Policlínica Carlos Alberto Nascimento	Aguardando Envio
76	Laboratório - Cap 5.2	Aguardando Envio
77	CAPS Simão Bacamarte	Aguardando Envio
78	Policlínica Lincoln De Freitas Filho	Aguardando Envio
79	Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)	Aguardando Envio

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Costa Barros	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	PARCIAL	Segundo apurado, os empenhos de uniformes foram feitos. Aguardando a entrega pela contratada.
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	PARCIAL	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	PARCIAL	Segundo apurado, os empenhos de uniformes foram feitos. Aguardando a entrega pela contratada.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	NÃO	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	

5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	N.A	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	N.A	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	N.A	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	N.A	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	N.A	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876.4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
CHRISTIAN THOMÁZ PEREIRA DE CARVALHO	69/4.058.911-9	UPA COSTA BARROS/DOP

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 2025-06-26 18:46:05

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 27-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Todas as vacâncias com chamamentos solicitados. Enfermeiros e técnicos de enfermagem estão com plantão extras previstos para cobertura nesse mês.

Nome Completo	Matrícula	Setor
Marcio de Carvalho Esser	11/191.779-8	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF/CGA
Sandra Tavares Alves de Mello	60/364.313-7	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF/CGE

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 2025-06-27 12:25:29

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Del Castilho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 27-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	NÃO	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	SIM	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	N.A	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	N.A	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
MARCIO DE CARVALHO ESSER	11/191779-8	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF/CGA
SANDRA TAVARES ALVES DE MELLO	60/364.313-7	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF/CGE

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 2025-06-27 18:52:17

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Rocha Miranda	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 27-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	PARCIAL	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	N.A	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	N.A	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	N.A	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	N.A	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	N.A	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876-4	S/SUBHU/CGE3.3/CGA
ALEF ALMEIDA DOS SANTOS SOEIRO	69/4.052.157-5	UPA ROCHA MIRANDA/GERENTE

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 2025-06-30 12:57:07

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 17-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	PARCIAL	Há colaboradores da Riosáude que não possuem uniforme, ou possuem apenas 01 uniforme.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.9	As redes de gases estão funcionando?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart

4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	SIM	Refere-se ao CTI PEDIÁTRICO

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima	
Fragilidade apontada refere-se aos uniformes, onde foi apontado que alguns profissionais não tem uniformes e outros tem apenas um. Em contato com a sede da Riosaúde, foi informado que os uniformes estão em processo de aquisição.	

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	1/227.348-0	Coordenadora de Gestão Administrativa - CGA AP. 1.0

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: CINTHIA GABRIELLE BATISTA DE SOUZA - CPF: 14089003784 - Data/Hora Criação: 2025-06-30 16:40:00



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 12-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
PRISCILA GUIMARÃES DOS ANJOS	11/230.666-0	CGA/DIL

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: PALOMA COSTA DE OLIVEIRA BRITO DE MATTEO - CPF: 16328774737 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 12:47:14



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Caps Mané Garrincha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 12-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS	11/224.354-1	ADM

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: PALOMA COSTA DE OLIVEIRA BRITO DE MATTEO - CPF: 16328774737 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 12:49:17

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CMS Oscar Clark	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 12-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
No dia 28/09/2024, houve uma falta no plantão diurno devido a problemas de saúde. O colaborador que veio para cobertura, segundo relato da agente de portaria lotada no CAPSI, a abordou e a importunou verbalmente, a forçando inclusive a se manter trancada no setor por medo de assédio. Ao fazer contato com o Supervisor Edson, mesmo de férias acionou outro colaborador para substituir. Solicitei, imediata retirada do funcionário envolvido. A funcionária (vítima) não manifestou interesse em realizar Boletim de Ocorrência.

Nome Completo	Matrícula	Setor
Claudia D'Oliveira	11/224.062-0	Diretora
Eduardo Rei	12/207.781-6	Administrador

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: PALOMA COSTA DE OLIVEIRA BRITO DE MATTEO - CPF: 16328774737 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 12:54:05



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Hélio Pellegrino	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 12-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
CLÁUDIA FERNANDA MIRANDA PANELA MARTINS	11/213.312-2	ADM

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: PALOMA COSTA DE OLIVEIRA BRITO DE MATTEO - CPF: 16328774737 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 12:58:29



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Clínica Da Família Rinaldo De Lamare	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 12-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimonio está devidamente uniformizada?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRIANA ITALO DANTAS	11/219.193-0	CGA

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: PALOMA COSTA DE OLIVEIRA BRITO DE MATTEO - CPF: 16328774737 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 12:59:55



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.1	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 12-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimonio está devidamente uniformizada?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRIANA ITALO DANTAS	11/219.193-0	CGA

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: PALOMA COSTA DE OLIVEIRA BRITO DE MATTEO - CPF: 16328774737 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 13:01:23

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Vila Kennedy	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 24-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	N.A	Não houve aquisição de itens nesse período.
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	PARCIAL	Ver resumo das fragilidades detectadas
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	PARCIAL	Constatamos armários danificados nas salas amarela adulto, amarela pediátrica e sutura .
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Pisos estão apresentando afundamento: em vários pontos da unidade.

Nome Completo	Matrícula	Setor
Eneida Pereira dos Reis	11/258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
Elaine Sant´anna dos Santos da Silva	11/212.791-8	S/SUBHUE/CGA 5.1

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 2025-07-02 18:48:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Senador Camará	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	N.A	não houve aquisição de itens nesse período
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	PARCIAL	ver resumo das fragilidades detectadas.
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Pisos estão apresentando afundamento: em vários pontos da unidade.

Nome Completo	Matrícula	Setor
Eneida Pereira dos Reis	11/258.824-2	S/SUBHUE/ CGE 5.1
Elaine Sant'anna dos Santos da Silva	11/212.791-8	S/SUBHUE/ CGA 5.1

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 2025-07-03 15:38:14

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Magalhães Bastos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	N.A	não houve aquisição de itens nesse período
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	PARCIAL	vacância de profissionais assistências.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
Eneida Pereira dos Reis	11/258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
Elaine Sant'anna dos Santos da Silva	11/212.791-8	S/SUBHUE/CGA 5.1

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 2025-07-03 15:43:30

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA João XXIII	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 19-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	PARCIAL	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	NÃO	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	SIM	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
1.5- A unidade permanece em obra.

Nome Completo	Matrícula	Setor
Fábio Lourenço de Araujo	6205177-21	CGE 5.3

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 2025-07-04 17:52:20

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Paciência	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 20-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	NÃO	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	SIM	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
Marcelo Menezes de Andrade	6205176-21	CGE 5.3

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 2025-07-04 17:56:49

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Sepetiba	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 24-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no SISBENS?	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas?	SIM	
1.3	Foi identificado algum problema na climatização da unidade?	NÃO	
1.4	Foi identificado algum problema de iluminação da unidade?	NÃO	
1.5	As condições aparentes de conservação encontram-se adequadas?	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	SIM	
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	NÃO	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?***	SIM	
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando?	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	SIM	
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	SIM	
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	SIM	
4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	NÃO	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	NÃO	

6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	SIM	
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	SIM	
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	NÃO	
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	SIM	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos?	SIM	
10.8	Caso positivo, seu formulário foi implantado?	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com programação visual exigida?	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições?	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade?	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com checklist de teste e qualitativos atualizados?	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
Marcelo Menezes de Andrade	6205176-21	CGE 53

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 2025-07-04 18:03:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 27-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada?	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada?	PARCIAL	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dia da contratação	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade?	SIM	
3.3	Equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no Instrumento contratual? Verificar por amostragem	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade?	SIM	
3.5	Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? Verificar por amostragem	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.2	Foi identificado mobiliários e/ou equipamentos sem condições de uso?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.5	Equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.9	As redes de gases estão funcionando?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.12	A seladora e autoclave estão em perfeito funcionamento?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.14	Existe um mapa de controle de temperatura da autoclave e geladeiras?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.

4.15	Foi identificada alguma fragilidade no fornecimento de EPIs para os profissionais?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Foi identificado problemas com sistemas, internet e equipamentos de informática na unidade?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Capacidade instalada se manteve em conformidade ao pactuado no contrato de gestão no mês de referência?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos medicamentos?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? *	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.5	Foi identificada alguma falta de medicamentos?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.6	A Geladeira possui controle de temperatura?	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque?	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos?	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem	SIM	
9.4	Foi identificada alguma falta de insumos?	NÃO	
9.5	Caso positivo, identificar qual insumo, o tempo que este insumo ficou em falta e o motivo da falta	N.A	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876-4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
RIVELINO ALVES TRINDADE	69/4.075.609-8	HMRG/COORDENAÇÃO

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 2025-07-04 18:16:49

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 16-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Na visita trimestral da equipe de monitoramento identificamos que o quantitativo que apresentaram não correspondia ao nosso quantitativo real no que se refere aos Recepcionistas, AGPs e Maqueiros, assim como não batia com o descrito no contrato.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Conforme mencionado no item 3.3, solicitamos avaliação e informação sobre o quantitativo de Recepcionistas, AGPS e Maqueiros atribuído oficialmente para lotação no HMFM.

Nome Completo	Matrícula	Setor
CLÁUDIA GUIMARÃES DE OLIVEIRA	11/207.116-5	CGA

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: CLAUDIA GUIMARAES DE OLIVEIRA - CPF: 01494550709 - Data/Hora Criação: 2025-07-15 16:31:10

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 07-07-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Há 03 vagas a serem preenchidas
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Há vacância de 03 (três) vagas a serem preenchidas: 02 (duas) de Médicos Neonatologia e 01 (uma) de Enfermeiro, devido a transferência e/ou demissão dos profissionais.

Nome Completo	Matrícula	Setor
Renata Marinho dos Santos	11/212.910-4	Direção (CGA) HMHP
Danielle Tebaldi Pompei Cordeiro	69/053.272-1	Gerência Riosaúde

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: RENATA MARINHO DOS SANTOS - CPF: 08249729706 - Data/Hora Criação: 2025-07-18 14:57:48

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 05-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
Rosana de Oliveira Trinta	11/237.669-7	Infraestrutura e Logística■
Laiz Machado da Silva Lebre	11/251.584-9■	CGA

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA - CPF: 04253306721 - Data/Hora Criação: 2025-08-04 17:03:32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Maternidade da Rocinha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 02-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	SIM	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
Rosana de Oliveira Trinta	11/237.669-7	Infraestrutura e Logística
Amanda Cristina Barreiros de Souza Lima	4071027-7	Diretora/Maternidade
Andressa de Oliveira Nithack Braga	45.4.053.461-0	Superintendente de Operações/Maternidade

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA - CPF: 04253306721 - Data/Hora Criação: 2025-08-04 17:11:48

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Piedade (HMP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 01-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
SANDRA MARTINS ROCHA NOVAES	1920834	DIREÇÃO GERAL

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: SANDRA MARTINS ROCHA NOVAES - CPF: 00215808711 - Data/Hora Criação: 2025-08-05 12:26:44

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Cidade de Deus	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	PARCIAL	alguns membros da equipe de enfermagem com uniforme próprio
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	PARCIAL	POLTRONAS DA HIPODERMIA DESGATADOS MAS JÁ EM PROCESSO DE COMPRAS
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	UNIDADE OPERANDO ACIMA DA QUANTIDADE PACTUADA
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação

11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
UNIDADE OPERANDO ACIMA DA CAPACIDADE INSTALADA PORÉM COM FLUXO ORGANIZADO. AS POLTRONAS ESTÃO DANIFICADAS MAS JÁ COM POCESSO DE COMPRA AUTORIZADO

Nome Completo	Matrícula	Setor
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-1	S/SUBHUE/CGA-4
BRUNO ELIAS GUIMARAES	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA	11/294.668-9	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 2025-08-08 15:37:31

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	NÃO	COLABORADORES DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS COM CRACHÁ MAS SEM UNIFORME PADRÃO

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
COLABORADORES DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS COM CRACHÁ MAS SEM UNIFORME PADRÃO

Nome Completo	Matrícula	Setor
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-1	S/SUBHUE/CGA-4
BRUNO ELIAS GUIMARAES	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA	11/294.668-9	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 2025-08-08 15:42:04

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	NÃO	COLABORADORES DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS COM CRACHÁ, MAS SEM UNIFORME PADRÃO

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
COLABORADORES DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS COM CRACHÁ, MAS SEM UNIFORME PADRÃO

Nome Completo	Matrícula	Setor
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-1	S/SUBHUE/CGA-4
BRUNO ELIAS GUIMARAES	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA	11/294.668-9	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão Nº 251/2023.

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 2025-08-08 15:45:09

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CER Barra da Tijuca	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 26-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	UNIDADE OPERANDO ACIMA DA CAPACIDADE PACTUADA
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	AMBULÂNCIA SEM IDENTIFICAÇÃO SMS

11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-1	S/SUBHUE/CGA-4
BRUNO ELIAS GUIMARAES	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA	11/294.668-9	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 2025-08-08 15:51:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Madureira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 17-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	PARCIAL	Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão empenhados, com entrega pendente.
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Vacâncias informadas: 01 Auxiliar de Suprimentos, 03 Médicos Clínicos
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	PARCIAL	Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão empenhados, com entrega pendente.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876-4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
VINÍCIUS GONZAGA DA COSTA	45/4.044.318-4	UPA MADUREIRA/DOP

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 2025-08-12 10:55:37

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Engenho de Dentro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: junho de 2025	Data Visita: 27-06-2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? Verificar por amostragem Se não, especifique a categoria profissional e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima

Nome Completo	Matrícula	Setor
MARCIO DE CARVALHO ESSER	11/191.779-8	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF/CGA
SANDRA TAVARES ALVES DE MELLO	60/364.313-7	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF/CGE

Conforme especificado em plano de trabalho, a unidade responde os itens relativos ao tipo de serviço vinculado ao contrato de gestão N° 251/2023.

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 2025-08-12 15:26:27