

RELATÓRIO DE ENVIO DAS UNIDADES

COMPETÊNCIA: 12-2025

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	Maternidade da Rocinha	X
15	Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)	X
16	Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)	X
17	Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	X
18	Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD)	X
19	Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)	X
20	Hospital Municipal Piedade (HMP)	X
21	Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)	X
22	Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	X
23	Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)	X
24	Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)	X
25	Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	X
26	Hospital Municipal Jesus (HMJ)	X
27	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	X
28	Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM)	X
29	Hospital do Andaraí	X
30	Regulação e Monitoramento de Ocupação de Leitos	Não Enviado
31	IVISA-Rio. Sede do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária.	X
32	Centro de Controle de Zoonoses Paulo Dacorso Filho	NSA
33	Centro de Medicina Veterinária Jorge Vaitzman	NSA
34	Centro de Treinamento do Humaitá, IVISA-RIO	X
35	Unidade de Desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente e avaliação de tecnologias pertinentes à área da saúde EDUCATEC	Não Enviado
36	Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda	X

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

Nota: O uso do termo Não Se Aplica (NSA) foi consensual para indicar as unidades que não possuem profissionais ativos durante o período analisado, não sendo aplicável o preenchimento e envio do relatório de acompanhamento.

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Cidade de Deus	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 22/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	FORA DO PERFIL DE ATENDIMENTO DA UNIDADE
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
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-4/HMLJ
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: 29/12/2025 12:41:20

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Senador Camará	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAUDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
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.	PARCIAL	VER RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS.
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	PARCIAL	Foi identificado que cinco funcionários novos não foram cadastrados no CNES
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, local, data, hora 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 (RIOSAÚDE) 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	Não se aplica ao perfil da unidade.
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

CONSTATAMOS ÁREAS DE AFUNDAMENTOS DE PISOS : AMARELA ADULTO, AMARELO PEDIÁTRICO, CORREDOR DE EMERGÊNCIA, PRÓXIMO A PORTA DO RAIO-X, COORDENAÇÃO, LABORATÓRIO, PRÓXIMO A PORTA DE ENTRADA DA FARMÁCIA, PRÓXIMO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 02.

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/CGE 5.1/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: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 11:31:10

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Magalhães Bastos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAUDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
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 local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	vacância de profissionais assistenciais.
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, local, data, hora 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 (RIOSAÚDE) 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	Nao se aplica ao perfil da unidade.
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
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/CGE 5.1/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: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 11:35:24

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Vila Kennedy	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 09/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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.	PARCIAL	VER RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS .
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora 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.	PARCIAL	Constatamos armários danificados nos consultórios e sala sutura .
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 (RIOSAÚDE) 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	Não se aplica ao perfil da unidade.
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

constatamos áreas de afundamentos de piso : sala de sutura e recepção.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ENEIDA PEREIRA DO REIS	11/258.824-2	S/SBHUE/CGE5.1
ELAINE SANT'ANNA DOS SANTOS DA SILVA	11/212.791-8	S/SBHUE/CGE5.1/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: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 11:24:10

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Costa Barros	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 29/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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 local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	Vacâncias informadas de 03 assistentes administrativos, 02 auxiliares de suprimentos, 01 farmacêutico, 14 clínicos, 06 pediatras,.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão devidamente empenhados, com o processo de entrega em andamento. Contudo, as entregas têm ocorrido de forma fracionada, o que vem impactando a distribuição regular às equipes
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 (RIOSAÚDE) 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	Não ocorrem cirurgias neste perfil de unidade
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
VICTOR ALVES MARTINS	69/4.068.717,8	UPA COSTA BARROS/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: 29/12/2025 11:41:30

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Madureira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 23/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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 local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	A equipe ainda não possui uniforme em sua totalidade, as entregas ainda não ocorreram de forma satisfatória.
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 de 03 assistentes administrativos, 01 assistente social, 02 auxiliares de suprimentos, 01 enfermeiro, 01 farmacêutico, 03 médicos, 01 técnico de farmácia, 01 técnico de radiologia, 01 técnico de saúde bucal.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	As equipes ainda aguardam a entrega de uniforme para completar o quadro.
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 (RIOSAÚDE) 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	Não ocorrem cirurgias neste perfil de unidade.
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: 23/12/2025 18:20:30

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Rocha Miranda	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 23/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	Vacâncias informadas de 08 médicos.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	AS EQUIPES AINDA AGUARDAM AS ENTREGAS DE UNIFORMES PARA COMPLETAR O QUADRO.
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	A unidade não possui cirurgias.
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

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: 23/12/2025 18:28:51

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Engenho de Dentro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	Procedimento não realizado na unidade de pronto atendimento.
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

Foram feitos as instalações de balizadores, com o objetivo de garantir a segurança e a acessibilidade dos pacientes e acompanhantes, restringindo o tráfego de veículos não autorizados, como motocicletas, em zonas de circulação exclusiva de pedestres.

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: 19/12/2025 11:54:18

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Del Castilho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	Procedimento não realizado na unidade de pronto atendimento.
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	11/191779-8	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: 19/12/2025 12:26:05

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA João XXIII	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 09/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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.	PARCIAL	UNIDADE PERMANECE EM OBRA PARA SANAR AS FRAGILIDADES
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	ESTE PROTOCOLO NÃO É APLICAVEL EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
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
FABIO LOURENÇO	6205177-22	CGE
MARCELO MENEZES	6205176-21	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: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 15/12/2025 13:23:00

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Sepetiba	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 17/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	ESTE PROTOCOLO NÃO É APLICAVEL EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
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
FABIO LOURENÇO DE ARAUJO	6205177-22	EQUIPE CGE
MARCELO MENEZES	6205176-21	EQUIPE 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: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 10:33:44

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Paciência	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 10/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	ESTE PROTOCOLO NÃO É APLICAVEL EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
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
FABIO LOURENÇO	6205177-22	EQUIPE CGE
MARCELO MENEZES	6205176-21	EQUIPE 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: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 15/12/2025 13:19:03

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CER Barra da Tijuca	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 22/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	faltas substituídas por extra, sem impactos na assistência
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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 (RIOSAÚDE) 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	FORA DO PERFIL DE ATENDIMENTO DA UNIDADE
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
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA	11/294.668-9	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-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: 29/12/2025 10:52:36

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Maternidade da Rocinha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 10/12/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
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		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
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	Não se aplica
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Empresa Terceirizada
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	Não se aplica
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 (RIOSAÚDE) 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 BARREIRO	407.027-7	DIRETORIA

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: 11/12/2025 12:54:58

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 29/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	descrição no resumo
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	descrição no resumo
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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	descrição no resumo

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
2.2) Ainda há profissionais da equipe de apoio sem uniforme. 3.3) Vacância nas categorias médicas de: anestesiologia no total de 2 (12 hs), Neonatal/Pediatria no total de 5 (12 hs) e 1(18 hs), obstetrícia (18 hs) no total de 15; obstetrícia (12 hs) no total de 3, 1 Enfermeiro Neonatal (30 hs), Fonoaudióloga – Rotina no total de 1 (40 hs) e 1 Técnico de informática (40 hs). 3.6) Uniformes pendentes para as equipes de fisioterapia e fonoaudiologia que não chegaram em número suficiente e faltam os pijamas para toda a equipe assistencial que atua no Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ALESSANDRO MAGALHÃES MARQUES	11/239.207-4	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: ALESSANDRO MAGALHAES MARQUES - CPF: 09119392702 - Data/Hora Criação: 29/12/2025 19:50:59

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 30/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Maqueiro, AGP e RCP (novos contratados) ainda não receberam os uniformes.
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	Excedentes: - Enfermeiro Obstetra, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem - Vacância: -2 Farmacêuticos 24H / - 1- Médico USG Neonatologista 12H/ - 2 Médicos Neonatologistas- 18H /-1- Médico Obstetra 18h/ 2 Administrativos -40H
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.	N.A	Em Dezembro não houve visita.
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Aguardando a entrega de alguns uniformes.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ANA PAULA DA COSTA SOARES	11/227.233-4	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: ANA PAULA DA COSTA SOARES - CPF: 02481145739 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 15:43:35

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 30/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	Vacancia de TI(02), Equipe de Apoio Administrativo em processo de contratação
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
3.3 -Vacancia de TI(02), Equipe de Apoio Administrativo em processo de contratação; Médico Obstetra 12h (3), Médico Obstetra 18H (08),Médico, Anestesiologista 18h (09), Intensivista 18H (02), Neonatologista18 H (03), Enfermeiro 40 h (01), Enfermeiro Neonatologista 30 H (02), Técnico de Enfermagem 30H (02).Aguardando regularização de recebimento dos uniformes.

Nome Completo	Matrícula	Setor
LUCIA HELENA SOARES ORFÃO	1/159.610-5	DIREÇÃO GERAL

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: LUCIA HELENA SOARES ORFAO - CPF: 73306649791 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 13:46:42

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 22/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	VACÂNCIAS DE: 2 ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA, 3 MEDICO NEONATOLOGISTA PLANTONISTA E 2 MEDICO OBSTETRA PLANTONISTA
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA	11/294.668-9	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-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: 29/12/2025 10:31:59

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 29/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	Há 04 vacâncias a serem preenchidas
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Há vacância de 04 (quatro) vagas a serem preenchidas: 01 (uma) de Médico Neonatologia, 01 (uma) de Médico Anestesiologia, 01 (uma) de Fonoaudiólogo e 01 (uma) Técnico de TI, devido a transferência e/ou demissão dos profissionais. As novas contratadas de Recepção Acolhedora ainda não receberam uniformes

Nome Completo	Matrícula	Setor
RENATA MARINHO DOS SANTOS	11/212.910-4	DIREÇÃO (CGA) HMHP
LEANDRO KRAUSS	4.077.843-1	RH RIOSAUDE

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: RENATA MARINHO DOS SANTOS - CPF: 08249729706 - Data/Hora Criação: 29/12/2025 10:31:41

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Piedade (HMP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 26/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Agentes de portaria, alguns sem uniforme, por não terem recebido reposição de uniforme
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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Falta de reposição de algumas categorias

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Algumas categorias, como Enfermagem, médicos, técnicos de enfermagem e agente de recepção, não estão recebendo uniforme.

Nome Completo	Matrícula	Setor
FILIPE DA FONSECA VIANNAY	1122461222	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: FILIPE DA FONSECA VIANNAY - CPF: 08181509714 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 14:59:15

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	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: 19/12/2025 12:35:48

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 10/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora 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

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: 11/12/2025 12:57:03



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 29/12/2025

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 local, data, hora e tipo de não conformidade.	NÃO	Faz-se necessário treinamentos para melhor abordagem e orientação aos usuários e colaboradores
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	NÃO	A maioria dos funcionários encontram-se sem uniformes
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.	NÃO	A unidade possui vacância e o excessivo quantitativo de faltas sem reposição, deixa o quadro incompleto
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.	NÃO	Foi verificado um quantitativo de faltas elevadas, incluindo as seguintes categorias: médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	NÃO	Faltam uniformes e crachás de identificação

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Quantitativo de faltas por categoria, sem reposição no mês de novembro, impactando na qualidade do serviço prestado: SEM ATESTADO: Médico - 1 (10 dias de falta); Enfermeiro - 1(2 dias de falta); Técnico de enfermagem -17 (média de 3 dias de falta cada) COM ATESTADO: Médico - 7 (média 3 dias falta cada); Enfermeiro - 8 (média 2 dias falta cada); Técnico de enfermagem - 117 (média de 3 dias de falta cada); Outras categorias Assistenciais - 5 (média 4 dias de falta cada); Outras categorias Administrativas - 7 (média 2 dias de falta cada)

Nome Completo	Matrícula	Setor
DIORGENES PORTO NEVES	85/3599263	DIREÇÃO
ANDREIA SANTOS DAMASCENO	11/2240364	DIREÇÃO ADMINISTARTIVA

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: VALERIA SICILIANO BITTENCOURT - CPF: 02628093707 - Data/Hora Criação: 29/12/2025 12:28:07

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 22/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	VACÂNCIA DE 1 MAQUEIRO
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-4/HMLJ
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: 29/12/2025 12:38:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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 local, data, hora e tipo de não conformidade.	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? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	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 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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Há colaboradores da Riosaúde 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? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	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?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	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? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	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? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	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? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
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.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	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? Se não, especifique a não conformidade.	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	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	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? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
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.	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? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
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 (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
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	Refere-se ao CTI PEDIATRICO

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	11/227.348-0	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: 22/12/2025 16:30:44

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Jesus (HMJ)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 26/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora 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.	N.A	Não executado pela parceria
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
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.	N.A	Não executado pela parceria
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
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.	N.A	Não executado pela parceria
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.	N.A	Não executado pela parceria
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 (RIOSAÚDE) 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	

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

A PARCEIRIA vem cumprindo todos os itens do contrato.

Nome Completo	Matrícula	Setor
WALTER DUFRAYER ORTIZ FILHO	11/219.046-0	CGA
CARLA COSTA VIANNA	11/209.528-9	RH

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

Relatório emitido por: WALTER DUFRAYER ORTIZ FILHO - CPF: 96899557720 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 11:12:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 29/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora 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.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	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? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	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? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.

4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
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.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	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? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
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.	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? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
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.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	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 Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
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 (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	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? 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	

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: 29/12/2025 10:16:53

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 23/12/2025

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 local, data, hora e tipo de não conformidade.	PARCIAL	Algumas situações de falta do funcionário ou remanejamento para outras Unidades
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Houve faltas e ainda continua faltando algum item do Uniforme
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, local, data, hora 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.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde

4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
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.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
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.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
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.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
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 (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
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.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde

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

Algumas situações de falta de profissionais e itens do Uniforme.

Nome Completo	Matrícula	Setor
GERALDO OLIVEIRA	57/189948-3	DIVISÃO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

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: GERALDO JOSE DE OLIVEIRA - CPF: 55041388768 - Data/Hora Criação: 23/12/2025 10:59:06

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital do Andaraí	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 15/12/2025

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 local, data, hora e tipo de não conformidade.	PARCIAL	Foi evidenciado que no ambulatório haviam postos sem cobertura
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data 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.	PARCIAL	unidade em processo de consolidação
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Escalas não estão disponíveis em local visível
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.	PARCIAL	Verificado que o numero de profissionais de enfermagem estava abaixo
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora 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.	N.A	.
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	.
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	.
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
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.	N.A	.
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.	N.A	.
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	.
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.	N.A	.
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	.
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
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 (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	.
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
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.	N.A	.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
IVISON VALVERDE FERNANDES	60/364.307-9	S/SUBHUE

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: IVISON VALVERDE FERNANDES - CPF: 09880185781 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 15:00:29

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: IVISA-Rio. Sede do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária.

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	N.A	Considerando o objeto contratual, A RIOSAÚDE não tem gerência sobre a publicização das escalas dos profissionais, o que fica a cargo dos gestores da unidade, vinculados à administração direta.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Não se trata de unidade assistencial

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228.928-8	S/IVISA-RIO/APG

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: VAGNER DE ARAUJO MONTEIRO - CPF: 07035979735 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 11:32:51

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Centro de Treinamento do Humaitá, IVISA-RIO

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 18/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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.	N.A	Considerando o objeto contratual, A RIOSAÚDE não tem gerência sobre a publicização das escalas dos profissionais, o que fica a cargo dos gestores da unidade, vinculados à administração direta.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Não se trata de unidade assistencial.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
PATRÍCIA DE SOUSA ROCCA	253.729-1	S/IVISA-RIO/CGIPE
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228.928-8	S/IVISA-RIO/APG

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: VAGNER DE ARAUJO MONTEIRO - CPF: 07035979735 - Data/Hora Criação: 18/12/2025 17:00:30

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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 local, data, hora e tipo de não conformidade.	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? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	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 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
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.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Quanto ao controle de acesso, este item refere-se a item que compõe o Contrato da Concessionária Smart e quanto ao item do RH o item refere-se a contrato com a concessionária Smart e para categorias assistenciais contrato com a SPDM.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	11/227.348-0	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: 22/12/2025 16:16:32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Barata Ribeiro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 30/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
SUENY REZENDE SANTOS	2243780	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

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: SUENY REZENDE SANTOS DE BRITO - CPF: 09732189754 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 16:20:16

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Complexo Zona Sul	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 22/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	NÃO	2 vacâncias no LAPS sendo:1 médico veterinário e 1 técnico de laboratório
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIANA PIZZOLATO DE LUCENA	201.264-9	S/IVISA-RIO/LAPS
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228.928-8	S/IVISA-RIO/APG

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: VAGNER DE ARAUJO MONTEIRO - CPF: 07035979735 - Data/Hora Criação: 22/12/2025 14:05:32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal Philippe Pinel	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	PARCIAL	Falta de colaborador e remanejamento para outras Unidades
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data 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.	PARCIAL	Algumas vagas por desligamento e/ou demissão não contemplando cobertura.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Falta de equipamento (rádio transmissor); vacância de colaborador por falta de contratação; faltas sem cobertura.

Nome Completo	Matrícula	Setor
LEONARDO NIGRO	223.824-4	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

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: LEONARDO NIGRO - CPF: 86917579734 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 18:56:01

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Paulino Werneck	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 08/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	N.A	Não possuímos esse profissional
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	N.A	Não possuímos esse profissional
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	receptionista
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, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Não possuímos esse profissional

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANA ANDRADE	2076511	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: TATIANA MARIA LOURENCO DA SILVA ANDRADE - CPF: 05463466777 - Data/Hora Criação: 08/12/2025 14:40:21

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 30/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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	ALGUNS CADASTRADOS EM CATEGORIA ERRADA- JÁ CONSERTADO
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.	NÃO	o quantitativo não está de acordo com nossa necessidade
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, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	funcionários com apenas 1 blusa desde o inicio do contrato

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
O número de funcionários contratados pela Rio saúde foi inferior ao número de funcionários terceirizados que possuímos. A troca de funcionários já capacitados para o serviço sem treinamento prévio de outra equipe impacta diretamente na administração do hospital, podendo causar prejuízos consideráveis.

Nome Completo	Matrícula	Setor
BIANCA DA SILVA DE MIRANDA DOS SANTOS	11.238.091-3	ADMINISTRAÇÃO

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: BIANCA DA SILVA DE MIRANDA - CPF: 03722870771 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 13:53:24

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
LUIZ CARLOS ALVES RANGEL	74-333922-3	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: LUIZ CARLOS ALVES RANGEL - CPF: 38392070704 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 12:30:25

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS II Clarice Lispector	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
LUIZ CARLOS ALVES RANGEL	74-333922-3	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: LUIZ CARLOS ALVES RANGEL - CPF: 38392070704 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 12:32:20

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Rubens Corrêa	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 10/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	NÃO	Alguns colaboradores ainda não receberam os uniformes
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
POLIANA SANTANA FERREIRA DA SILVA	N1169626	ADMINISTRAÇÃO

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: POLIANA SANTANA FERREIRA DA SILVA - CPF: 05543833733 - Data/Hora Criação: 10/12/2025 17:08:26

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 29/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	PARCIAL	Há uma profissional diarista provisória na Unidade, sem lotação definitiva para cobertura de profissional plantonista.
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 menos 01 plantonista. E a cobertura dessa profissional tem sido um profissional diarista.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
No mês de dezembro, a Unidade operou com redução de um plantonista, contando com a cobertura de um profissional diarista. Tal ajuste ocasionou impacto no fluxo de atendimento ao público no período posterior às 17 horas, especialmente nos setores de ambulatório e recepção, visto que as plantonistas realizam a cobertura da recepção da Unidade até as 19h.

Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE DA CONCEIÇÃO ESTEVÃO SANTANA	11/218525-4	DIVISÃO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

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: JOSIANE DA CONCEICAO ESTEVAO SANTANA - CPF: 05257047799 - Data/Hora Criação: 29/12/2025 15:30:56

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Juliano Moreira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 26/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Sem, fragilidades detectadas até a presente data.

Nome Completo	Matrícula	Setor
JORGE DE OLIVEIRA CORREA	201619-4	GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

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: JORGE DE OLIVEIRA CORREA - CPF: 89004060782 - Data/Hora Criação: 26/12/2025 09:17:57

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Álvaro Ramos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 30/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	PARCIAL	Há vacância para 1 posto de recepcionista diarista, pelo motivo de pedido de desligamento. Aguardando reposição
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
JOÃO KLEBER DE SOUZA RENNES	262.881-6	ADMINISTRAÇÃO

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: JOÃO KLEBER DE SOUZA RENNES - CPF: 05278794798 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 16:43:21

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Casa de Parto David Capstrano Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 18/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
SIMONE PEREIRA DOS SANTOS	11/195.471-8	DIREÇÃO
ALESSANDRO MAGALHÃES MARQUES	11/239.207-4	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: ALESSANDRO MAGALHAES MARQUES - CPF: 09119392702 - Data/Hora Criação: 29/12/2025 11:25:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-1.0

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 01/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	NÃO	Cadastro de alguns profissionais após 30 dias
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FERNANDO DA SILVA LOPES	6208024-74	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: FERNANDO DA SILVA LOPES - CPF: 08726247739 - Data/Hora Criação: 01/12/2025 11:19:58

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Antônio Ribeiro Netto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 01/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
RODRIGO DA COSTA RODRIGUES	11/249.396-3	DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO

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: RODRIGO DA COSTA RODRIGUES - CPF: 09004495789 - Data/Hora Criação: 01/12/2025 10:46:06

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.1

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 08/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANE RIBEIRO	0012579	CAP 2.1/ 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: TATIANE RIBEIRO DA CRUZ - CPF: 09955539712 - Data/Hora Criação: 08/12/2025 09:55:00

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CMS João Barros Barreto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 30/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRIANA ITALO DANTAS	2191930	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: ADRIANA DE CARVALHO ITALO - CPF: 07002145770 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 12:33:46

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Clínica Da Família Rinaldo De Lamare

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 08/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANE RIBEIRO DA CRUZ	0012579	CAP 2.1 / 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: TATIANE RIBEIRO DA CRUZ - CPF: 09955539712 - Data/Hora Criação: 08/12/2025 10:00:00

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.2

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 16/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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	N.A	Somente serviço de controle de acesso
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Somente serviço de controle de acesso
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Somente serviço de controle de acesso
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Somente serviço de controle de acesso
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.	N.A	Somente serviço de controle de acesso
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Somente serviço de controle de acesso

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

Avaliação considerando o período 19/11/2025 a 16/12/2025.

Nome Completo	Matrícula	Setor
PRISCILA DOS ANJOS	11/230.666-0	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: PRISCILA GUIMARAES DOS ANJOS - CPF: 09418956705 - Data/Hora Criação: 16/12/2025 10:35:01

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Caps Mané Garrincha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	um dos controladores de acesso está sem uniforme desde sua admissão na Unidade em julho/2025. Supervisão ciente.
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.	NÃO	never recebemos da Rio Saúde a escala dos controladores de acesso da Unidade.
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.	N.A	NÃO SE APLICA
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	NÃO SE APLICA

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

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

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: FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS - CPF: 09208782700 - Data/Hora Criação: 16/12/2025 10:46:06

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CMS Oscar Clark	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 16/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Um posto solicitou Uniforma mas foi informado que a empresa não possui no momento. Trabalhando descharacterizado.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
EDUARDO F REI	12/207.781-6	ADMINISTRAÇÃO

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: EDUARDO FERREIRA REI - CPF: 00010112782 - Data/Hora Criação: 16/12/2025 17:27:27

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Hélio Pellegrino	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 01/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
CLÁUDIA FERNANDA MIRANDA P. MARTINS	11/213.312-2	ADMINISTRAÇÃO

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: CLAUDIA FERNANDA MIRANDA PANELA MARTINS - CPF: 03057997708 - Data/Hora Criação: 02/12/2025 14:04:41

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-3.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 18/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data 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	NÃO	Dos 4 colaboradores atuais, apenas 2 são fixos e estão no CNES. Os demais são remanejados a título de cobertura.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Ponto biométrico instalado no Hospital Maternidade Carmela Dutra e não na CAP32
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.	N.A	A CAP-3.2 não publica escala mensal de funcionários
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.	N.A	A CAP-3.2 não publica escala mensal de funcionários
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	A CAP-3.2 não possui profissionais assistenciais da RIOSAÚDE.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
RICARDO RODRIGUES	11/251.925-4	CAP32/CGA/DIL

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 AUGUSTO NEVES DOS SANTOS - CPF: 01452962707 - Data/Hora Criação: 18/12/2025 11:32:44

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Rodolpho Rocco	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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 local, data, hora e 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 o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Profissionais aguardando entrega de uniforme
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	N.A	NA
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Utilizam o ponto eletrônico instalado na UPA Del Castilho, situada no mesmo prédio da Pol.Rodolpho Rocco.
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	Ocorrem remanejamentos relatado em observações.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Escala disponível na Unidade
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.	PARCIAL	Ocorrem remanejamentos conforme relatado em observações
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Profissionais aguardando entrega de uniforme

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Neste mês ocorreram remanejamentos sem cobertura totalizando 28 faltas nos plantões diurnos e 16 faltas nos plantões noturnos, até a presente data.

Nome Completo	Matrícula	Setor
LEANDRO COSTA FERREIRA	11/231.232-0	DIREÇÃO GERAL DA POLICLÍNICA RODOLPHO ROCCO

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: LEANDRO COSTA FERREIRA - CPF: 08781066775 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 10:44:37

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-4.0

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 01/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ANNA CAROLINE KNOP	11/251807-4	S/SUBPAV/CAP4/CGA/DIL

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: ANNA CAROLINE KNOP - CPF: 09607699785 - Data/Hora Criação: 01/12/2025 10:39:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Newton Bethlem	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 02/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	Ponto facial existente em uso pela equipe.
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	A partir de 23/08 retorno da cobertura no período noturno.
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ELISANGELA DE SOUZA MATTOS	11/218.499-2	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

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: ELISANGELA DE SOUZA MATTOS - CPF: 06936012728 - Data/Hora Criação: 02/12/2025 10:11:11

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 30/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
INGRID SAYAO	11225348-2	DIREÇÃO

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: INGRID DE FREITAS CAVALHEIRO SAYAO - CPF: 07357998738 - Data/Hora Criação: 30/12/2025 11:20:09

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Carlos Alberto Nascimento	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 01/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
PAULA DE OLIVEIRA SANTOS	207719-6	DIREÇÃO

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: PAULA DE OLIVEIRA SANTOS - CPF: 08903952766 - Data/Hora Criação: 01/12/2025 14:40:55

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Simão Bacamarte	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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	PARCIAL	
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.	PARCIAL	
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ANA PAULA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO ALEXANDRE	10/213.282-7	CAPSSB

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 PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 14:53:48

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Lincoln De Freitas Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 12-2025	Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
NILTON GONÇALVES FONSECA JUNIOR	12/271622-9	DIREÇÃO PLFF

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 PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 14:59:16

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 12-2025

Data Visita: 19/12/2025

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? Se não, especifique o local, data, hora e 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 o local, data 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.	NÃO	
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, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ELIETE HERINGER VALIATTI	10/214.315-4	DIRETOR IV

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 PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 19/12/2025 15:00:33