

## RELATÓRIO DE ENVIO DAS UNIDADES

COMPETÊNCIA: 07-2025

| 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  | Não Enviado        |
| 15     | Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)   | X                  |
| 16     | Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)   | Não Enviado        |
| 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.                 | Não Enviado        |
| 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   | Não Enviado        |
| 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                           | Não Enviado |
| 39 | Complexo Zona Sul   | Não Enviado |
| 40 | Instituto Municipal Philippe Pinel                          | Não Enviado |
| 41 | Hospital Municipal Paulino Werneck                          | Não Enviado |
| 42 | Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto                  | Não Enviado |
| 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                          | Não Enviado |
| 48 | Hospital Municipal Álvaro Ramos                             | Não Enviado |
| 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                              | Não Enviado |
| 54 | CMS João Barros Barreto                                     | Não Enviado |
| 55 | CMS Manoel José Ferreira                                    | NSA         |
| 56 | CMS Píndaro De Carvalho Rodrigues                           | NSA         |
| 57 | Clínica Da Família Rinaldo De Lamare                        | Não Enviado |
| 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                                  | Não Enviado |
| 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                                       | X           |
| 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: 07-2025 | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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.  | PARCIAL                        | processo da substituição das poltronas da hipodermia finalizado, entrega parcial e substituições estão sendo feitas a contento, |
| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |   |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |   |

|      |  |          |  |
|------|--|----------|--|
| 4.9  | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |  |
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.  | SIM      |  |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |  |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |  |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |  |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |  |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.   | SIM      |  |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |  |
| 5    | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)   | Resposta | Observação   |
| 5.1  | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.   | SIM      |  |
| 6    | Rouparia   | Resposta | Observação   |
| 6.1  | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |  |
| 7    | Controle de leito  | Resposta | Observação   |
| 7.1  | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      | unidade operando acima da capacidade instalada, com leitos extras no momento da visita |
| 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      | registro adequado nos dois estoques  |
| 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      | controle via TIMED e sistemática de controle físico dos insumos                        |
| 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**

| Nome Completo                       | Matrícula    | Setor               |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|
| BRUNO ELIAS GUIMARAES               | 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: 13/10/2025 10:35:04



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Senador Camará | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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 houve aquisição de itens no período |
| 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   |                                |   |
| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |   |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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      |            |
| 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**

Piso: Apresentando afundamento em vários pontos da unidade.

| Nome Completo                        | Matrícula    | Setor            |
|--------------------------------------|--------------|------------------|
| ENEIDA PEREIRA DOS REIS              | 11/258.824-2 | S/SUBHUE/CGE 5.1 |
| ELAINE SANT'ANNA DOS SANTOS DA SILVA | 11/212.791-8 | S/SUBHUE/CGA 5.1 |

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

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 30/07/2025 08:17:07



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Magalhães Bastos | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025   | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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 houve aquisição de itens no período |
| 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                        | 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  |                                |   |
| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |   |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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      |            |
| 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 |
| ELAINE SANT'ANNA DOS SANTOS DA SILVA | 11/212.791-8 | S/SUBHUE/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: 30/07/2025 07:20:32

## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Vila Kennedy   | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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 houve aquisição de itens no período  |
| 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   |                                |  |
| 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.  | PARCIAL                        | Constatamos armários danificados nas salas amarela adulto, amarela pediátrica e 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |  |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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      |            |
| 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**

Piso: Apresentando afundamento em vários pontos da unidade.

| Nome Completo                        | Matrícula    | Setor            |
|--------------------------------------|--------------|------------------|
| ENEIDA PEREIRA DOS REIS              | 11/258.824-2 | S/SUBHUE/CGE 5.1 |
| ELAINE SANT'ANNA DOS SANTOS DA SILVA | 11/212.791-8 | S/SUBHUE/CGA 5.1 |

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

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 30/07/2025 07:50:17



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Costa Barros   | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 24/07/2025     |

| 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                        | Segundo informações, os uniformes já foram empenhados e a entrega ainda não foi finalizada.   |
| 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 01 Assistente Social, 03 Assistentes Administrativos, 02 Farmacêuticos, 05 Enfermeiros, 07 Clínicos, 02 Pediatras e 01 Técnicos de farmácia. |
| 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 informações, os uniformes já foram empenhados e a entrega ainda não foi finalizada.   |
| 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      |            |
| 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.  | N.A      |            |
| 11.2 | Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.                                   | N.A      |            |
| 11.3 | Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A      |            |
| 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. | N.A      |            |

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

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

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

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 25/07/2025 09:30:52



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Madureira      | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 25/07/2025     |

| 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                        | Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão empenhados, com entrega em andamento.  |
| 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: 01 Auxiliar de Suprimentos, 02 Clínicos, 01 Técnico de farmácia, 03 Enfermeiros, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Farmacêutico. |
| 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 empenhados, com entrega em andamento.  |
| 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      |            |
| 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: 15/08/2025 11:00:51



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Rocha Miranda  | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 24/07/2025     |

| 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                        | Segundo informações, os uniformes estão empenhados e sendo entregues parcialmente.   |
| 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 02 Clínicos, 04 Técnicos de Enfermagem e 01 Técnico de Farmácia.   |
| 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 informações, os uniformes estão empenhados e sendo entregues parcialmente. Presenciamos o recebimento de parte de uniformes assistenciais. |
| 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/cardiovorsor 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      |            |
| 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.  | N.A |  |
| 11.2 | Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.                                   | N.A |  |
| 11.3 | Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A |  |
| 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. | N.A |  |

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

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

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

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 25/07/2025 09:45:49



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Engenho de Dentro | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025    | Data Visita: 25/07/2025     |

| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |            |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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      |            |
| 10.6 | Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?   | SIM      |            |
| 10.7 | Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.   | SIM      |            |
| 10.8 | Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.  | SIM      |            |
| 11   | Ambulância   | Resposta | Observação |
| 11.1 | A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |            |

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

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

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

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 12/08/2025 12:21:01



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Del Castilho   | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 25/07/2025     |

| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |            |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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      |            |
| 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.   | N.A      |            |
| 10.8 | Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.  | N.A      |            |
| 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 observadas as melhorias realizadas na unidade: Sala amarela pediátrica, onde foram instalados trilhos e cortinas novas, trazendo mais privacidade aos pacientes; Feita aquisição de um equipamento de fotopolimerização para a sala de odontologia; Feita aquisição de uma caneta de alta rotação para a cadeira odontológica.

| 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: 06/08/2025 06:54:02



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA João XXIII     | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 17/07/2025     |

| 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                        | A unidade está passando por obras para sanar as fragilidades estruturais. |
| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |   |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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?   | 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**

Estrutura Física ( cod 1.5 ) = A unidade está passando por obras para sanar as fragilidades estruturais.

| Nome Completo            | Matrícula | Setor      |
|--------------------------|-----------|------------|
| FABIO LOURENÇO DE ARAUJO | 61517722  | 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: 08/08/2025 08:09:09



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Sepetiba       | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 17/07/2025     |

| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |            |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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?   | 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      |
|----------------|-----------|------------|
| FABIO LOURENÇO | 620517722 | 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: 08/08/2025 07:57:47



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: UPA Paciência      | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 17/07/2025     |

| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |            |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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?   | 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      |
|--------------------------|-----------|------------|
| FABIO LOURENÇO DE ARAUJO | 620517722 | 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: 08/08/2025 08:03:22



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| Unidade: CER Barra da Tijuca | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025  | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |            |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. Se não, especifique a não conformidade.  | SIM                            |            |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM                            |            |

|      |  |          |   |
|------|--|----------|---|
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.  | SIM      |   |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |   |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |   |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |   |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |   |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.   | SIM      |   |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM      |   |
| 5    | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)   | Resposta | Observação  |
| 5.1  | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.   | SIM      |   |
| 6    | Rouparia   | Resposta | Observação  |
| 6.1  | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      |   |
| 7    | Controle de leito  | Resposta | Observação  |
| 7.1  | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.  | SIM      | UNIDADE OPERANDO ACIMA DA CAPACIDADE, COM LEITOS EXTRAS NAS SALAS AMARELA ADULTO E VERMELHA |
| 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 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               | 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: 13/10/2025 10:46:50



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 31/07/2025

| 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                        | 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

3.3) Há vacância de 1 enfermeiro , 2 fisioterapeutas 12 horas, 1 fonoaudiólogo rotina, 3 médico anestesiologista 12 horas, 2 médicos neonatal/pediatra 12 horas, 4 médicos neonatal/pediatra 18 horas, 1 médico obstetra 12 horas, 15 médico obstetra 18 horas, 7 técnicos de enfermagem e 2 técnicos de informática. 3.6) Até o momento, foram entregues os jalecos para enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem e médico (a) e calça para enfermeiro(a) e técnico (a) de enfermagem.

| 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: 31/07/2025 14:23:15



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 31/07/2025

| Nº  | Item verificado  | Condições no momento da visita |   |
|-----|--|--------------------------------|---|
|     |  | Resposta                       | Observação  |
| 2   | Controle de acesso   |                                |   |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            | Conforme sinalizado na avaliação anterior, identificamos divergência entre o quantitativo local, informação do contrato e a listagem, da equipe de monitoramento da Riosaude na ocasião da última visita no que se refere à Repcionistas, AGPs e Maquei |
| 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

Com relação ao item 3.3, solicitamos avaliação e informação quanto ao número de vagas disponibilizadas para esta unidade.

| Nome Completo                 | Matrícula    | Setor |
|-------------------------------|--------------|-------|
| Cláudia Guimarães de Oliveira | 11/207.116-5 | CGA   |

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

Relatório emitido por: CLAUDIA GUIMARAES DE OLIVEIRA - CPF: 01494550709 - Data/Hora Criação: 31/07/2025 14:01:15



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025                      | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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.                        | PARCIAL                        | EQUIPE assistencial PARCIALMENTE UNIFORMIZADA, |

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

| Nome Completo                       | Matrícula    | Setor               |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|
| BRUNO ELIAS GUIMARAES               | 60/333.626-0 | S/SUBHUE/CGE-4      |
| MARIANA DIANA CHAVES DE ALMEIDA     | 11/294.668-9 | S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ |
| 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: 13/10/2025 14:34:02



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 29/07/2025

| 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 06 vacâncias a serem preenchidas |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM                            |                                     |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM                            |                                     |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.                        | SIM                            |                                     |

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

Há vacância de 06 (seis) vagas a serem preenchidas: 02 (duas) de Médicos Neonatologia, 01 (uma) de Enfermeiro, 01 (uma) de Técnico de Enfermagem e 02 (duas) de Técnicos de TI, devido a transferência e/ou demissão dos profissionais.

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

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

Relatório emitido por: RENATA MARINHO DOS SANTOS - CPF: 08249729706 - Data/Hora Criação: 29/07/2025 06:27:59



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Piedade (HMP) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025               | Data Visita: 19/07/2025     |

| 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 |
|---------------------------|------------|-------|
| FILIPE DA FONSECA VIANNAY | 11/2246122 | 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: FILIPE DA FONSECA VIANNAY - CPF: 08181509714 - Data/Hora Criação: 16/10/2025 14:02:38



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025                      | Data Visita: 25/07/2025     |

| Nº  | Item verificado  | Condições no momento da visita |            |
|-----|--|--------------------------------|------------|
|     |  | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso   |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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   |
|---|
| Todas as vacâncias com chamamentos solicitados. Enfermeiros e técnicos de enfermagem estão com plantão extras previstos para cobertura nesse mês. |

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

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 06/08/2025 06:28:23



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 08/07/2025

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

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

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

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

Relatório emitido por: ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA - CPF: 04253306721 - Data/Hora Criação: 08/07/2025 14:38:18



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 30/07/2025

| Nº  | Item verificado  | Condições no momento da visita |  |
|-----|--|--------------------------------|--|
|     |  | Resposta                       | Observação   |
| 2   | Controle de acesso   |                                |  |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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.   | PARCIAL                        | Não temos acesso ao quantitativo previsto no contrato  |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.   | SIM                            |  |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM                            |  |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, 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

| Nome Completo            | Matrícula  | Setor                  |
|--------------------------|------------|------------------------|
| DIORGENES PORTO NEVES    | 85/3599263 | DIREÇÃO                |
| ANDREIA SANTOS DAMASCENO | 11/2240364 | 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: VALERIA SICILIANO BITTENCOURT - CPF: 02628093707 - Data/Hora Criação: 06/10/2025 12:10:59



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025                       | Data Visita: 30/07/2025     |

| 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                        | SEM 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.   | PARCIAL                        | vacância: 1 farmaceutico, 2 fisio, 3 ortopedistas, 1 assistente social, 1 tec radiologia, 1 tec anatomia patológica, 1 tec farmacia, 1 tec segurança do trabalho |
| 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               | 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: 13/10/2025 14:40:21



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025                     | Data Visita: 30/07/2025     |

| Nº   | Item verificado  | Condições no momento da visita |   |
|------|--|--------------------------------|---|
|      |  | Resposta                       | Observação  |
| 2    | Controle de acesso   |                                |   |
| 2.1  | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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.                        | N.A                            | 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                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 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                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.3  | Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.  | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.4  | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.  | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.5  | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.6  | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.7  | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.8  | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.  | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.9  | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 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                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | N.A                            | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital                      |

|      |  |          |  |
|------|--|----------|--|
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.  | N.A      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 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      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.   | N.A      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.   | N.A      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 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      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 6    | Rouparia   | Resposta | Observação   |
| 6.1  | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.  | N.A      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 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      | O item refere-se ao contrato com a Concessionária Smart Hospital |
| 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.   | NÃO      | 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: 08/08/2025 13:29:07



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Jesus (HMJ) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025             | Data Visita: 29/08/2025     |

| 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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.  | N.A                            | Não executado pela parceria |
| 4.8  | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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      |
| LUCIANE CAMPOS BRAGANÇA     | 11228.430-5  | 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: WALTER DUFRAYER ORTIZ FILHO - CPF: 96899557720 - Data/Hora Criação: 06/10/2025 14:47:37



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025                        | Data Visita: 24/07/2025     |

| Nº   | Item verificado  | Condições no momento da visita |   |
|------|--|--------------------------------|---|
|      |  | Resposta                       | Observação  |
| 2    | Controle de acesso   |                                |   |
| 2.1  | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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.O 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 ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.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 DE ACOMPANHAMENTO

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM) | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025                   | Data Visita: 01/07/2025     |

| Nº   | Item verificado  | Condições no momento da visita |   |
|------|--|--------------------------------|---|
|      |  | Resposta                       | Observação  |
| 2    | Controle de acesso   |                                |   |
| 2.1  | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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 falta 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.   | PARCIAL  | A internet oscila com bastante frequência, o que interfere no correto funcionamento do Sistema |
| 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**

| Nome Completo            | Matrícula    | Setor                            |
|--------------------------|--------------|----------------------------------|
| GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA | 57/189.948-3 | DIREÇÃO 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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 30/09/2025 09:41:52



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| Unidade: Hospital do Andaraí | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025  | Data Visita: 01/08/2025     |

| 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                            | RH encontra-se inferior ao estabelecido no Instrumento vigente   |
| 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                            | Profissionais não se encontram devidamente uniformizados, em desacordo com as normas institucionais estabelecidas  |
| 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                        | Verificado que alguns colaboradores contratados no período não foram devidamente cadastrados no CNES no prazo regulamentar de até 30 dias após a admissão. |
| 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                            | Constata-se que o quantitativo atual de profissionais encontra-se inferior ao estabelecido no instrumento vigente  |
| 3.4  | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.   | NÃO                            | Escalas de profissionais não estão devidamente publicizadas  |
| 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                            |  |
| 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.   | NÃO      | Alguns setores permanecem sem sistema informatizado, a conexão de internet apresenta instabilidade ou não foi instalada e o número de computadores disponíveis encontra-se aquém do necessário para o adequado desempenho das atividades |
| 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: 04/09/2025 13:23:07



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 27/08/2025

| 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 |

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

Refere- se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart

| 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 Nº 251/2023.

Relatório emitido por: CINTHIA GABRIELLE BATISTA DE SOUZA - CPF: 14089003784 - Data/Hora Criação: 01/09/2025 12:58:48



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CER Centro

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 27/08/2025

| 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 |

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

O referido item refere-se a serviço assumido pelo contrato da Concessionária Smart, desde dezembro de 2023.

| 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: 01/09/2025 14:20:45



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 31/07/2025

| 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                        | ocorreu a entrada de novos funcionários |
| 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

ocorreu a entrada de novos funcionários

| Nome Completo            | Matrícula  | Setor |
|--------------------------|------------|-------|
| LUIZ CARLOS ALVES RANGEL | 74/3339223 | 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: LUIZ CARLOS ALVES RANGEL - CPF: 38392070704 - Data/Hora Criação: 29/10/2025 19:00:39



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Unidade: CAPS II Clarice Lispector | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025        | Data Visita: 31/07/2025     |

| 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 | 74/3339223 | 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: 28/10/2025 22:43:22



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade: CAPS Rubens Corrêa | Nº do Instrumento: 251/2023 |
| Mês de competência: 07-2025 | Data Visita: 31/07/2025     |

| 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 | 74/3339223 | 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: 28/10/2025 22:46:30



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 02/07/2025

| 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.                        | NÃO                            | Recepção do ambulatório sem uniforme, desde sua admissão na Unidade 05/04/2025. |

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

Profissional recepcionista não recebeu uniforme da empresa ao iniciar as atividades na Unidade.

| Nome Completo                         | Matrícula | Setor                  |
|---------------------------------------|-----------|------------------------|
| Josiane da Conceição Estevão Sant ana | 218525-4  | Administração do HMRPS |

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: JOSIANE DA CONCEICAO ESTEVAO SANTANA - CPF: 05257047799 - Data/Hora Criação: 06/10/2025 17:07:24



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Casa de Parto David Capstrano Filho

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 29/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo                | Matrícula | Setor |
|------------------------------|-----------|-------|
| ALESSANDRO MAGALHÃES MARQUES | 112392074 | 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: 30/07/2025 16:20:17



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-1.0

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo       | Matrícula    | Setor |
|---------------------|--------------|-------|
| LUCIANA SAIZE PINTO | 11/263.002-8 | 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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 05/08/2025 11:35:26



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Antônio Ribeiro Netto

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo              | Matrícula    | Setor   |
|----------------------------|--------------|---------|
| ELIAS ALVES BATISTA JUNIOR | 12/251.971-8 | 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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 05/08/2025 11:33:20



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.2

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo                | Matrícula    | Setor   |
|------------------------------|--------------|---------|
| Priscila Guimarães dos Anjos | 11/230.666-0 | CGA/DIL |

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

Relatório emitido por: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:20:58



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Caps Mané Garrincha

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

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

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

Relatório emitido por: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:23:36



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CMS Oscar Clark

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| 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                            |            |

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

| Nome Completo               | Matrícula    | Setor             |
|-----------------------------|--------------|-------------------|
| Flávia Leticia M de Lorenzi | 11/177.230-0 | Diretora Interina |
| Eduardo Rei                 | 12/207.781-6 | Administrador     |

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

Relatório emitido por: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 09/09/2025 08:07:49



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Hélio Pellegrino

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo                           | Matrícula    | Setor |
|---|--------------|-------|
| Cláudia Fernanda Miranda Panela Martins | 11/213.312-2 | ADM   |

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

Relatório emitido por: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:26:12



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-3.2

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo             | Matrícula    | Setor   |
|---------------------------|--------------|---------|
| RICARDO MARQUES RODRIGUES | 11/251.925-4 | 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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 15/08/2025 08:34:25



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-4.0

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo      | Matrícula   | Setor |
|--------------------|-------------|-------|
| ANNA CAROLINE KNOP | 11251.807-4 | 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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 05/08/2025 11:39:19



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Newton Bethlem

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| 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                            |            |

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

A PARTIR DE 22 DE JULHO DE 2025, A UNIDADE RETORNOU A COBERTURA DOS COLABORADORES NOTURNOS.

| Nome Completo              | Matrícula    | Setor                      |
|----------------------------|--------------|----------------------------|
| ELISANGELA DE SOUZA MATTOS | 11/218.499-2 | DIREÇÃO ADM                |
| WELLINGTON PEREIRA VILLELA | 12/263.233-0 | INFRAESTRUTURA E LOGISTICA |

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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 05/08/2025 11:47:31



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 21/07/2025

| 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                        | Aguardando o envio pelo supervisor Rio Saúde dos profissionais que ficarão efetivamente na unidade |
| 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 DE FREITAS CAVALHEIRO SAYÃO | 11/2253482 | Direção |

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: INGRID DE FREITAS CAVALHEIRO SAYAO - CPF: 07357998738 - Data/Hora Criação: 17/10/2025 15:41:49



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Carlos Alberto Nascimento

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo            | Matrícula    | Setor      |
|--------------------------|--------------|------------|
| PAULA DE OLIVEIRA SANTOS | 11/207.719-6 | Gestão ADM |

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

Relatório emitido por: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:39:19



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Laboratório - Cap 5.2

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| 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                            | Os colaboradores não receberam os uniformes em sua totalidade. |

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

| Nome Completo                | Matrícula    | Setor   |
|------------------------------|--------------|---------|
| Sani Reis Soares de Oliveira | 11/219.110-4 | CGA     |
| Marcio José Paiva e Souza    | 12/231.225-4 | CAP 5.2 |

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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 10/09/2025 10:52:08



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Simão Bacamarte

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo           | Matrícula    | Setor |
|-------------------------|--------------|-------|
| ALDINE MARINHO DA SILVA | 11/2431013-3 | CAPS  |

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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:36:52



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Lincoln De Freitas Filho

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo           | Matrícula    | Setor   |
|-------------------------|--------------|---------|
| JANAINA DE SOUZA MATTOS | 11/224.988-6 | 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: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:28:33



## RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 07-2025

Data Visita: 01/07/2025

| Nº  | Item verificado   | Condições no momento da visita |            |
|-----|---|--------------------------------|------------|
|     |   | Resposta                       | Observação |
| 2   | Controle de acesso  |                                |            |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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                            |            |

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

| Nome Completo          | Matrícula    | Setor           |
|------------------------|--------------|-----------------|
| Gilvan Araujo da Silva | 11/281.681-7 | S/SUBPAV CAP5.3 |

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

Relatório emitido por: LARYSSA RODRIGUES DE JESUS - CPF: 14702418700 - Data/Hora Criação: 11/08/2025 08:34:24