

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

| | | | |
|------|--|----------|--|
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | unidade operando acima da capacidade 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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | 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 | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | SIM | |
| 2.2 | A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. | SIM | |
| 3 | Recursos Humanos | Resposta | Observação |
| 3.1 | Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 3.2 | Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.3 | A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM | |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades. | SIM | |
| 4 | Material de transporte, permanente ou insumos | Resposta | Observação |
| 4.1 | Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.2 | As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades. | SIM | |
| 4.3 | Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

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

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

| |
|---|
| RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima |
| 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | 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 | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | SIM | |
| 2.2 | A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. | SIM | |
| 3 | Recursos Humanos | Resposta | Observação |
| 3.1 | Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 3.2 | Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.3 | A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | PARCIAL | Vacância de profissionais assistenciais |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM | |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades. | SIM | |
| 4 | Material de transporte, permanente ou insumos | Resposta | Observação |
| 4.1 | Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.2 | As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades. | SIM | |
| 4.3 | Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

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

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

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

| | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|
| Nome Completo | Matrícula | Setor |
| 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 | |
|-----|--|--------------------------------|--|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | 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 | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | SIM | |
| 2.2 | A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. | SIM | |
| 3 | Recursos Humanos | Resposta | Observação |
| 3.1 | Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 3.2 | Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.3 | A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM | |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades. | SIM | |
| 4 | Material de transporte, permanente ou insumos | Resposta | Observação |
| 4.1 | Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.2 | As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades. | PARCIAL | Constatamos armários danificados 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/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

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

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

| |
|---|
| RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima |
| 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | N.A | |
| 10.6 | Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito? | SIM | |
| 10.7 | Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo. | SIM | |
| 10.8 | Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 11 | Ambulância | Resposta | Observação |
| 11.1 | A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade. | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|--|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | N.A | |
| 10.6 | Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito? | SIM | |
| 10.7 | Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo. | SIM | |
| 10.8 | Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 11 | Ambulância | Resposta | Observação |
| 11.1 | A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 11.2 | Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 11.3 | Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 11.4 | Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

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

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

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

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 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 | |
|-----|--|--------------------------------|--|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8 | Farmácia | Resposta | Observação |
| 8.1 | Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.2 | Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 8.3 | As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.4 | Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.5 | A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | N.A | |
| 10.6 | Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito? | SIM | |
| 10.7 | Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo. | SIM | |
| 10.8 | Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário. | SIM | |
| 11 | Ambulância | Resposta | Observação |

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 11.1 | A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade. | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

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

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

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

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

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8 | Farmácia | Resposta | Observação |
| 8.1 | Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.2 | Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 8.3 | As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.4 | Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.5 | A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | N.A | |
| 10.6 | Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito? | SIM | |
| 10.7 | Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo. | 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 mas 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | PARCIAL | A unidade está passando por obras para sanar as fragilidades estruturais. |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | SIM | |
| 2.2 | A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. | SIM | |
| 3 | Recursos Humanos | Resposta | Observação |
| 3.1 | Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 3.2 | Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.3 | A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM | |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades. | SIM | |
| 4 | Material de transporte, permanente ou insumos | Resposta | Observação |
| 4.1 | Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.2 | As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades. | SIM | |
| 4.3 | Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8 | Farmácia | Resposta | Observação |
| 8.1 | Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.2 | Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 8.3 | As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.4 | Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.5 | A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8 | Farmácia | Resposta | Observação |
| 8.1 | Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.2 | Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 8.3 | As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.4 | Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.5 | A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|------------|
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8 | Farmácia | Resposta | Observação |
| 8.1 | Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.2 | Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 8.3 | As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.4 | Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.5 | A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| 1 | Estrutura física | Resposta | Observação |
| 1.1 | Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos. | SIM | |
| 1.2 | No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.3 | As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.4 | As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade. | SIM | |
| 1.5 | As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial. | SIM | |
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o 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. | SIM | |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|------|--|----------|---|
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | SIM | |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | UNIDADE OPERANDO ACIMA DA CAPACIDADE, 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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 10 | Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador | Resposta | Observação |
| 10.1 | Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar? | SIM | |
| 10.2 | Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos? | SIM | |
| 10.3 | Existe POP de Identificação do paciente? | SIM | |
| 10.4 | Existe POP de Prevenção de Queda do paciente? | SIM | |
| 10.5 | Existe POP de Cirurgia Segura? | N.A | 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---------------------|
| | | 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 | | |
| 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 anestesiológista 12 horas, 2 médicos neonatal/pediatria 12 horas, 4 médicos neonatal/pediatria 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 Nº 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 | | |
| 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 Riosau de na ocasião da última visita no que se refere à Recepcionistas, 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 Nº 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 | |
|-----|--|--------------------------------|--|
| | | 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 | | |
| 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 Nº 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---------------------------------|
| | | 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 | | |
| 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 vagas a serem preenchidas |
| 3.4 | A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 3.5 | Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional. | SIM | |
| 3.6 | Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, 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 Nº 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| | | 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 | | |
| 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 |
| FILIPPE 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 Nº 251/2023.

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

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

| 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 Nº 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 | | |
| 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 | |
|-----|--|--------------------------------|--|
| | | Resposta | Observação |
| 2 | Controle de acesso | | |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | SIM | |
| 2.2 | A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. | PARCIAL | SEM UNIFORME |
| 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: 1 farmacêutico, 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 Nº 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 | |
|------|--|--------------------------------|---|
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | N.A | 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 (RIOSAUDE) 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 Riosauáde, foi informado que os uniformes estão em processo de aquisição. | |

| | | |
|--------------------------|--------------|---|
| Nome Completo | Matrícula | Sector |
| 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 | | |
| 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. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.4 | É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.5 | Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.6 | Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 4.7 | Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.8 | Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.9 | As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.10 | Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.11 | O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.12 | A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.13 | O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.14 | Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 4.15 | O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades. | SIM | |
| 4.16 | Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |

| | | | |
|-----|--|----------|-----------------------------|
| 5 | Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora) | Resposta | Observação |
| 5.1 | Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades. | SIM | |
| 6 | Rouparia | Resposta | Observação |
| 6.1 | O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade. | N.A | Não executado pela parceria |
| 7 | Controle de leito | Resposta | Observação |
| 7.1 | Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8 | Farmácia | Resposta | Observação |
| 8.1 | Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.2 | Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade | SIM | |
| 8.3 | As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.4 | Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 8.5 | A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |
| 8.6 | O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9 | Almoxarifado | Resposta | Observação |
| 9.1 | O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.2 | Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.3 | As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade. | SIM | |
| 9.4 | A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível. | SIM | |

| |
|---|
| 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 | | |
| 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. | 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 (RIOSAUDE) 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 | |
|------|--|--------------------------------|---|
| 2 | Controle de acesso | Resposta | Observação |
| 2.1 | A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade. | PARCIAL | 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 (RIOSAUDE) 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 | |
|------|--|--------------------------------|--|
| 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. | 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 | Escala de profissionais não estão devidamente publicadas |
| 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 (RIOSAUDE) 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 Nº 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---|
| | | 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 | | |
| 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| | | 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 | | |
| 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 Nº 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 | |
|-----|--|--------------------------------|------------|
| | | 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 | | |
| 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 Nº 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 | |
|-----|--|--------------------------------|---|
| | | 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 | | |
| 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 | Recepcionista do ambulatório sem uniforme, desde de 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 SANT ANA - 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|------------------------------|-----------|-------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|---------------------|--------------|-------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|----------------------------|--------------|---------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|------------------------------|--------------|---------|
| Priscila Guimarães dos Anjos | 11/230.666-0 | CGA/DIL |

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

Relatório emitido por: 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|--------------------------------|--------------|-------|
| FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS | 11/224.354-1 | ADM |

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

Relatório emitido por: 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|---|--------------|-------|
| Cláudia Fernanda Miranda Panela Martins | 11/213.312-2 | ADM |

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

Relatório emitido por: 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|---------------------------|--------------|---------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|--------------------|-------------|-------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| | | 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 |
| 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 | |
|-----|--|--------------------------------|--|
| | | 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 | | |
| 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|--------------------------|--------------|------------|
| 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 | |
|-----|---|--------------------------------|--|
| | | 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. | 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|-------------------------|--------------|-------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|-------------------------|--------------|---------|
| 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 Nº 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 | |
|-----|---|--------------------------------|------------|
| 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 |
|------------------------|--------------|-----------------|
| 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 Nº 251/2023.

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