

RELATÓRIO DE ENVIO DAS UNIDADES

COMPETÊNCIA: 11-2025

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

37	CER Centro	NSA
38	Hospital Municipal Barata Ribeiro	Não Enviado
39	Complexo Zona Sul	X
40	Instituto Municipal Philippe Pinel	X
41	Hospital Municipal Paulino Werneck	X
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	X
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	X
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	X
58	CMS Dom Helder Câmara	NSA
59	Sede Administrativa Da Cap 2.2	X
60	Caps Mané Garrincha	X
61	CMS Oscar Clark	X
62	Policlínica Hélio Pellegrino	X
63	Sede Administrativa Da Cap-3.2	X
64	CMS César Pernetta	NSA
65	Policlínica Rodolpho Rocco	X
66	Sede Administrativa Da Cap-4.0	X
67	CMS Harvey Ribeiro De Souza Filho	NSA
68	Policlínica Newton Bethlem	X
69	CMS Hamilton Land	NSA
70	Sede Administrativa Da Cap-5.1	Não Enviado
71	CAPS Pequeno Hans	NSA
72	Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho	X
73	Policlínica Carlos Alberto Nascimento	X
74	Laboratório - Cap 5.2	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 consensualizado 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: 11-2025	Data Visita: 20/11/2025

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

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

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

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

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

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

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 17:09:51

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Senador Camará	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 12/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAÚDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	PARCIAL	VER RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	PARCIAL	Foi identificado que quatro funcionários novos não foram cadastrados do CNES .
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ENEIDA PEREIRA DOS REIS	11258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
ELAINE SANT'ANNA DOS SANTOS DA SILVA	11/212.791-8	S/SUBHUE/CGE 5.1/CGA

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

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 27/11/2025 14:07:36

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Magalhães Bastos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 13/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAÚDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	vacância de profissionais assistenciais.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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
ENEIDA PEREIRA DOS REIS	11/258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
ELAINE SANT'ANNA DOS SANTOS DA SILVA	11/212.791-8	S/SUBHUE/CGE 5.1/ CGA

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

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 27/11/2025 13:46:22

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Vila Kennedy	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 12/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAUDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	PARCIAL	VER RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	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.	PARCIAL	Constatamos armários danificados nos consultórios e sala sutura .
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

CONSTATAMOS ARÉAS DE AFUNDAMENTOS DE PISO: SALA DE SUTURA E RECEPÇÃO.

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

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

Relatório emitido por: ENEIDA PEREIRA DOS REIS - CPF: 05166846710 - Data/Hora Criação: 27/11/2025 13:55:44

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Costa Barros	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 24/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Vacâncias informadas de 05 clínicos, 03 pediatras, 06 técnicos de enfermagem, 01 farmacêutico, 04 administrativos, 02 auxiliar de suprimentos.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão devidamente empenhados, com o processo de entrega em andamento. Contudo, as entregas têm ocorrido de forma fracionada, o que vem impactando a distribuição regular às equipes.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876.4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
VICTOR ALVES MARTINS	69/4.068.717,8	UPA COSTA BARROS/GERENTE

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

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 25/11/2025 10:20:54



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Madureira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 24/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão devidamente empenhados, com o processo de entrega em andamento. Contudo, as entregas têm ocorrido de forma fracionada, o que vem impactando a distribuição regular às equipes.
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 assistente social, 01 farmacêutico, 01 Clínico, 01 técnico de farmácia e 02 técnicos de radiologia.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Segundo informado, os uniformes de todas as categorias já estão devidamente empenhados, com o processo de entrega em andamento. Contudo, as entregas têm ocorrido de forma fracionada, o que vem impactando a distribuição regular às equipes.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	
11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
11.4	Os materiais e equipamentos necessários para um transporte estão com check list de teste e qualitativos atualizados? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876.4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
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: 25/11/2025 10:13:21



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Rocha Miranda	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 26/11/2025

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

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876.4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
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: 27/11/2025 18:48:33



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Engenho de Dentro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 18/11/2025

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

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

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

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

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

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 08:14:41



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Del Castilho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 18/11/2025

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

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

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

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

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

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 08:25:23



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA João XXIII	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 13/11/2025

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

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO	6205177-22	CGE
MARCELO MENEZES	6205176-21	CGE

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

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 10:18:35



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Sepetiba	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 13/11/2025

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

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO	6205177-22	CGE
MARCELO MENEZES	6205176-21	CGE

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

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 10:13:06



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Paciência	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 13/11/2025

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

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO	6205177-22	EQUIPE CGE
MARCELO MENEZES	6205176-21	EQUIPE CGE

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

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 10:09:06



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CER Barra da Tijuca	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 20/11/2025

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

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

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

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

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

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

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 17:12:50



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Maternidade da Rocinha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 04/11/2025

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

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA	11/237.669-7	Infraestrutura e Logística
Amanda Cristina Barreiro	407.027-7	Diretora

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

Relatório emitido por: ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA - CPF: 04253306721 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 17:52:36



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 28/11/2025

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

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

2.2) Ainda há profissionais da equipe de apoio sem uniforme, os AGPs recém contratados. 3.3) Vacância nas categorias médicas de anestesiologia no total de 3 (12 hs), Neonatal/Pediatria no total de 5 (12 hs) e obstetrícia (18 hs) no total de 12; 1 Enfermeiro Neonatal (30 hs), Fonoaudióloga – Rotina no total de 1 (40 hs) e 2 Técnicos de informática (40 hs). 3.6) Uniformes pendentes para as equipes de fisioterapia e fonoaudiologia que não chegaram em número suficiente e faltam os pijamas para toda a equipe assistencial que atua no Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ALESSANDRO MAGALHÃES MARQUES	11/239.207-4	CGA

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

Relatório emitido por: ALESSANDRO MAGALHAES MARQUES - CPF: 09119392702 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 15:13:50



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 28/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	Maqueiro, AGP e RCP ainda não receberam os uniformes.
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Excedentes: - Enfermeiro Obstetra, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem - Vacância: -2 Farmacêuticos 24H / - 1- Médico USG Neonatologista 12H/ - 2 Médicos Neonatologistas- 18H / - 1 Administrativo -40H / 1 Recepção diária 40H
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	N.A	Em novembro não houve visita.
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Aguardando a entrega de alguns uniformes.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ANA PAULA DA COSTA SOARES	11/227.233-4	CGA

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

Relatório emitido por: ANA PAULA DA COSTA SOARES - CPF: 02481145739 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 14:51:10



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 27/11/2025

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	Fornecimento incompleto de uniforme
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Dificuldade de adesão de profissionais Médicos
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Há pendências dos uniformes da enfermagem (jalecos)

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Pendência nos uniformes da equipe de apoio e da enfermagem. Dificuldade de adesão dos profissionais Médicos. Necessidade de treinamento e qualificação dos profissionais contratados pelos convênios. Vacâncias de RH: Obstetras 12h (03), 18h (08), Intensivista 18h (02) Anestesista 18h (09) Enfermeiro 40h (01) TI 40H (02) Apoio: Repcionista (02 diaristas), (03 pl dia); AGP (02 pl dia), Maqueiro (01 plantonista dia)

Nome Completo	Matrícula	Setor
CLÁUDIA GUIMARÃES DE OLIVEIRA	11/207.116-5	COORDENAÇÃO DE GESTÃO ADMINISTRARTIVA

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: LUCIA HELENA SOARES ORFAO - CPF: 73306649791 - Data/Hora Criação: 27/11/2025 17:44:27

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 20/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	03 faltas Vacâncias: 01 Obstetra 18h 01 Obstetra 12h 02 Neonatologistas 18h 01 Enfermeiro Neo
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/CGE
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: 28/11/2025 17:03:20



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 28/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Há 02 vacâncias a serem preenchidas
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Há vacância de 02 (duas) vagas a serem preenchidas: 01 (uma) de Médico Neonatologia e 01 (uma) Técnico de TI, devido a transferência e/ou demissão dos profissionais. As novas contratadas de Recepção Acolhedora ainda não receberam uniformes.

Nome Completo	Matrícula	Setor
RENATA MARINHO DOS SANTOS	11/212.910-4	DIREÇÃO (CGA) HMHP
IRANELI NUNES WAKED PONTES DE SOUZA	4.038.689-6	RH RIOSAUDE

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: 28/11/2025 08:48:38



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Piedade (HMP)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 28/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Falta de reposição de algumas categorias
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	Profissionais em geral não estão recebendo uniformes e crachás

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

Vacâncias: 06 Fisioterapeutas 24h 01 Psicólogo 01 Médico 40h Clínica Médica 01 Urologista 02 Assistente Administrativo

Nome Completo	Matrícula	Setor
FILIPE DA FONSECA VIANNAY	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: FILIPE DA FONSECA VIANNAY - CPF: 08181509714 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 14:17:11



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 18/11/2025

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

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

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

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 09:00:06



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 04/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA	11/237.669-7	Infraestrutura e Logística

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

Relatório emitido por: ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA - CPF: 04253306721 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 17:54:37



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 26/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	NÃO	Faz-se necessário treinamentos para melhor abordagem e orientação aos usuários e colaboradores
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	NÃO	A maioria dos Funcionários encontram-se sem uniformes
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade		SIM
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	A unidade possui vacância e o excessivo quantitativo de faltas sem reposição deixando o quadro incompleto
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	NÃO	Foi verificado um quantitativo de faltas elevadas, incluindo as seguintes categorias: médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	NÃO	Faltam uniformes e crachás de identificação

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

Quantitativo de faltas por categoria, sem reposição no mês de outubro, impactando qualidade do serviço prestado: SEM ATESTADO: Medico - 1 Enfermeiro - 3 Técnico de Enfermagem - 18 Outras categorias Assistenciais - 1 COM ATESTADO: Médico - 6 Enfermeiro - 13 Técnicos de Enfermagem - 34 Outras categorias Assistenciais - 4

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 N° 251/2023.

Relatório emitido por: VALERIA SICILIANO BITTENCOURT - CPF: 02628093707 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 11:59:37



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 20/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	4 médicos / HMLJ - 19/11 - Diurno AGPs - 2x vacâncias Maqueiros - 0x vacâncias e 0x faltas. Recepção - 2x vacâncias e 1x férias. HMLJ - 19/11 - Noturno AGPs - 1x atestado e 1x férias Maqueiro - 1x vacância Recepção - 0x Vacâncias 0x Faltas
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: 28/11/2025 17:05:50



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Há colaboradores da Riosaúde que não possuem uniforme, ou possuem apenas 01 uniforme.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart

4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da Concessionária Smart
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	Refere-se ao CTI PEDIATRICO

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

Fragilidade apontada refere-se aos uniformes, onde foi apontado que alguns profissionais não tem uniformes e outros tem apenas um. Em contato com a sede da Riosaúde, foi informado que os uniformes estão em processo de aquisição.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	11/227.348-0	COORDENADORA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA - CGA AP. 1.0

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

Relatório emitido por: CINTHIA GABRIELLE BATISTA DE SOUZA - CPF: 14089003784 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 15:20:04



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Jesus (HMJ)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 28/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	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.	N.A	Pertence a unidade direta
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Pertence a unidade direta
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	Pertence a unidade direta
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Pertence a unidade direta
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Pertence a unidade direta
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Pertence a unidade direta
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	Pertence a unidade direta
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.	N.A	Pertence a unidade direta
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Pertence a unidade direta
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
WALTER DUFRAYER ORTIZ FILHO	11/219046-0	CGA

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

Relatório emitido por: WALTER DUFRAYER ORTIZ FILHO - CPF: 96899557720 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 17:44:13



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 25/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.

4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153.
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
CARLOS GUSTAVO VEIT	11/207.876.4	S/SUBHUE/CGE3.3/CGA
RIVELINO ALVES TRINDADE	69/4.075.609-8	HMRG/COORDENAÇÃO

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

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 25/11/2025 10:25:18



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 26/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	PARCIAL	Algumas situações de falta do funcionário ou remanejamento para outras Unidades
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?** Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde

4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	PARCIAL	A Internet oscila com bastante frequência, o que interfere no correto funcionamento do sistema.
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde

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

Algumas situações de falta do funcionário ou remanejamento para outras Unidades.

Nome Completo	Matrícula	Setor
GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA	57/189948-3	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: GERALDO JOSE DE OLIVEIRA - CPF: 55041388768 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 14:18:04



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital do Andaraí	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 11/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	todos que preencheram o formulário de cadastro do CNES até o dia 17/11/2025
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Unidade em processo de consolidação, em conformidade com o intrumento contratual
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	Escala de profissionais nao está devidamente publicizada
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/cardiovorsor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardiovorsor. 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.	PARCIAL	Internet ainda apresentando instabilidade
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	.
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	.
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAÚDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	.
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
IVISON VALVERDE FERNANDES	60/364307-9	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: 19/11/2025 15:26:48



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

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

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 27/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228.928-8	S/IVISA-RIO/APG
VALDO NOVELLO	224.627-0	S/IVISA-RIO/CAD

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

Relatório emitido por: VAGNER DE ARAUJO MONTEIRO - CPF: 07035979735 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 12:41:42



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Centro de Treinamento do Humaitá, IVISA-RIO

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 27/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228928-8	S/IVISA-RIO/APG
PATRÍCIA DE SOUSA ROCCA	235729-1	S/IVISA-RIO/CGIPE

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

Relatório emitido por: VAGNER DE ARAUJO MONTEIRO - CPF: 07035979735 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 12:45:12



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 19/11/2025

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	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.

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

Quanto ao controle de acesso, este item refere-se a item que compõe o Contrato da Concessionária Smart e quanto ao item do RH o item refere-se a contrato com a concessionária Smart e para categorias assistenciais contrato com a SPDM.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	11/227.348-0	COORDENADORA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA - CGA AP. 1.0

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

Relatório emitido por: CINTHIA GABRIELLE BATISTA DE SOUZA - CPF: 14089003784 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 15:11:21



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CER Centro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

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	N.A	Refere-se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	N.A	se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.
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	se a item que compõe o contrato da gestão com a OSS SPDM.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	11/227.348-0	COORDENADORA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA - CGA AP. 1.0

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

Relatório emitido por: CINTHIA GABRIELLE BATISTA DE SOUZA - CPF: 14089003784 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 15:10:09



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Complexo Zona Sul	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 27/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	Há vacância no LAPS de 2 médicos veterinários e 1 técnico de laboratório
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Vacância de 3 profissionais

Nome Completo	Matrícula	Setor
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228.928-8	S/IVISA-RIO/APG
MARLUCE CRISPIN DA COSTA FORTUNATO	175.001-7	S/IVISA-RIO/UNAD

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

Relatório emitido por: VAGNER DE ARAUJO MONTEIRO - CPF: 07035979735 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 13:34:15



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal Philippe Pinel

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 25/11/2025

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	Em certas ocasiões, há falta de pessoal
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Há falta de colaborador em cobertura de férias ou desligamento
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

Tem ocorrido falta de colaborador ou remanejamento para outras Unidades, sobrecregando o plantão do dia.

Nome Completo	Matrícula	Setor
LEONARDO NIGRO	11/2238244	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 Nº 251/2023.

Relatório emitido por: LEONARDO NIGRO - CPF: 86917579734 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 18:58:01



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Paulino Werneck	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 03/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	N.A	NÃO POSSUIMOS ESSA CATEGORIA NO HMPW
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	N.A	NÃO POSSUIMOS ESSA CATEGORIA NO HMPW
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	03 Repcionistas diarias
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	NÃO POSSUIMOS ESSA CATEGORIA NO HMPW

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANA M ^a LOURENÇO DA SILVA ANDRADE	11/2076511	CGA

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

Relatório emitido por: TATIANA MARIA LOURENCO DA SILVA ANDRADE - CPF: 05463466777 - Data/Hora Criação: 03/11/2025 11:19:35



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 20/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
LUIZ CARLOS ALVES RANGEL	74/333922-3	CGA

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

Relatório emitido por: LUIZ CARLOS ALVES RANGEL - CPF: 38392070704 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 11:24:40



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS II Clarice Lispector

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 20/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
LUIZ CARLOS ALVES RANGEL	74/333.922-3	CGA

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

Relatório emitido por: LUIZ CARLOS ALVES RANGEL - CPF: 38392070704 - Data/Hora Criação: 26/11/2025 11:25:58



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Rubens Corrêa	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 07/11/2025

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	Alguns colaboradores ainda não recebeu uniforme
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Somos uma unidade que funciona 24 horas, precisávamos de mais um controlador, devido a grande quantidade de usuários.
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	Alguns colaboradores ainda não recebeu uniforme

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Somos uma unidade que funciona 24 horas, precisávamos de mais um controlador no período do dia, devido a grande quantidade de usuários.

Nome Completo	Matrícula	Setor
POLIANA SANTANA FERREIRA DA SILVA	N1169626	COORDENAÇÃO 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: POLIANA SANTANA FERREIRA DA SILVA - CPF: 05543833733 - Data/Hora Criação: 07/11/2025 09:34:28



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 28/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	O RH da Unidade sinalizou que não recebeu a escala do mês.
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

- Os Uniformes que estavam faltantes foram entregues as profissionais no dia 12/11. - Há dificuldade na reposição de faltas de recepcionistas na Unidade. Por vezes na ausência do profissional que está de licença médica, o HMRPS fica sem cobertura. Dia 17/11 houve falta e a reposição não ocorreu. - O setor de Recursos Humanos sinalizou que não recebeu a escala de serviço dos profissionais para publicizar.

Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE DA CONCEIÇÃO ESTEVÃO SANTANA	11/218.525-4	DIVISÃO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: JOSIANE DA CONCEICAO ESTEVAO SANTANA - CPF: 05257047799 - Data/Hora Criação: 28/11/2025 09:03:23



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Juliano Moreira

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 27/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
JORGE DE OLIVEIRA CORREA	2016194	GERÊNCIA 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: JORGE DE OLIVEIRA CORREA - CPF: 89004060782 - Data/Hora Criação: 27/11/2025 15:19:01



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Casa de Parto David Capstrano Filho

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 25/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
SIMONE PEREIRA DOS SANTOS	1954718	DIREÇÃO
JOELMA DA SILVA FERREIRA	3035607	ADMINISTRAÇÃO
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: 28/11/2025 10:19:34



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-1.0

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 03/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FERNANDO DA SILVA LOPES	6208024-74	CGA

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

Relatório emitido por: FERNANDO DA SILVA LOPES - CPF: 08726247739 - Data/Hora Criação: 03/11/2025 13:43:39



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Antônio Ribeiro Netto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 04/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
Rodrigo da costa Rodrigues	11/249.396-3	Admistração

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

Relatório emitido por: RODRIGO DA COSTA RODRIGUES - CPF: 09004495789 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 22:48:12



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.1

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 13/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANE RIBEIRO DA CRUZ	0012579	CAP 2.1/ CGA

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

Relatório emitido por: TATIANE RIBEIRO DA CRUZ - CPF: 09955539712 - Data/Hora Criação: 13/11/2025 11:47:23



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Clínica Da Família Rinaldo De Lamare

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 13/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANE RIBEIRO DA CRUZ	0012579	CAP2.1/CGA

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

Relatório emitido por: TATIANE RIBEIRO DA CRUZ - CPF: 09955539712 - Data/Hora Criação: 13/11/2025 11:58:25



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.2

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 18/11/2025

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

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

Avaliação considerando o período 07/10/2025 a 18/11/2025.

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

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

Relatório emitido por: PRISCILA GUIMARAES DOS ANJOS - CPF: 09418956705 - Data/Hora Criação: 18/11/2025 15:37:44



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Caps Mané Garrincha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	PARCIAL	um dos controladores de acesso está sem uniforme desde sua admissão na Unidade em julho/2025. Supervisão ciente.
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	Nunca recebemos do Rio Saúde a escala de plantões dos controladores de acesso da Unidade
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	N.A	NÃO SE APLICA
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	NÃO SE APLICA

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS	11/224354-1	ADMINISTRAÇÃO

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

Relatório emitido por: FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS - CPF: 09208782700 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 10:13:21



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CMS Oscar Clark	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
EDUARDO REI	207.781-6	GESTÃO DE ADMINISTRAÇÃO

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

Relatório emitido por: EDUARDO FERREIRA REI - CPF: 00010112782 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 10:28:31



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Hélio Pellegrino

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 04/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
CLÁUDIA FERNANDA M.P. MARTINS	11/213.312-2	ADM

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

Relatório emitido por: CLAUDIA FERNANDA MIRANDA PANELA MARTINS - CPF: 03057997708 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 10:31:29



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-3.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	NÃO	Serão cadastrados para a competência de novembro/2025
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Ponto biométrico instalado no Hospital Maternidade Carmela Dutra e não na CAP32
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	A CAP-3.2 não publica escala mensal de funcionários
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	N.A	A CAP-3.2 não publica escala mensal de funcionários
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	A CAP-3.2 não possui profissionais assistenciais da RIOSAÚDE.

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

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

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

Relatório emitido por: CARLOS AUGUSTO NEVES DOS SANTOS - CPF: 01452962707 - Data/Hora Criação: 24/11/2025 11:13:34



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Rodolpho Rocco	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

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	Aguardando entrega de uniforme de profissionais
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	N.A	não se aplica
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Os profissionais utilizam ponto eletrônico da UPA DC situada no mesmo prédio da PRR.
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	Remanejamento realizado sem reposição.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Escala disponível na unidade.
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	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	Aguardando entrega de uniforme de profissionais

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Durante o mês vigente, ocorreram remanejamentos (para UPA DC) sem cobertura, sendo 23 nos plantões diurnos e 4 nos plantões noturnos, até a presente data (19/11/25).

Nome Completo	Matrícula	Setor
LEANDRO COSTA FERREIRA	231.232-0	DIR. GERAL POL. RODOLPHO ROCCO

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

Relatório emitido por: LEANDRO COSTA FERREIRA - CPF: 08781066775 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 17:15:24



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-4.0

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 04/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ANNA CAROLINE KNOP	11/251.807-4	S/SUBPAV/CAP4/CGA/DIL

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

Relatório emitido por: ANNA CAROLINE KNOP - CPF: 09607699785 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 11:05:11



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Newton Bethlem	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 04/11/2025

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades.	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Ponto Facial existente em uso pela equipe
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	A partir de 23/08 retorno da cobertura no período noturno
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
Elisangela de Souza Mattos	11/218.499-2	Direção Administrativa

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

Relatório emitido por: ANNA CAROLINE KNOP - CPF: 09607699785 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 12:16:03



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 11/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
Ingrid de Freitas Cavalheiro Sayão	112253482	Direção

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

Relatório emitido por: INGRID DE FREITAS CAVALHEIRO SAYAO - CPF: 07357998738 - Data/Hora Criação: 11/11/2025 16:10:11



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Carlos Alberto Nascimento	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 04/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
MARIA FERNANDA RUSSELL CASTILHO OLIVIERE	2019594	SIL

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: MARIA FERNANDA RUSSELL CASTILHO - CPF: 06843623760 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 09:17:42



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Laboratório - Cap 5.2

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 04/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
MARIA FERNANDA RUSSELL CASTILHO OLIVIERE	2019594	SIL

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: MARIA FERNANDA RUSSELL CASTILHO - CPF: 06843623760 - Data/Hora Criação: 04/11/2025 09:49:46



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Simão Bacamarte	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

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

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

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

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

Relatório emitido por: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 15:32:50



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Lincoln De Freitas Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 11-2025	Data Visita: 19/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
NILTON GONÇALVES FONSECA JUNIOR	12/271662-9	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: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 15:28:37



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 11-2025

Data Visita: 19/11/2025

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ELIETE HERINGER VALIATTI	11/214315-4	DVS

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

Relatório emitido por: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 19/11/2025 15:30:20