

RELATÓRIO DE ENVIO DAS UNIDADES

COMPETÊNCIA: 04-2026

Código	Estabelecimento	Formulário Enviado
1	UPA Cidade de Deus	Não Enviado
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	Não Enviado
14	Maternidade da Rocinha	X
15	Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)	X
16	Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)	Não Enviado
17	Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	Não Enviado
18	Hospital Maternidade Leila Diniz (HMLD)	Não Enviado
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)	Não Enviado
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	X
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 Vaitsman	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	NSA

37	CER Centro	NSA
38	Hospital Municipal Barata Ribeiro	X
39	Complexo Zona Sul	X
40	Instituto Municipal Philippe Pinel	X
41	Hospital Municipal Paulino Werneck	X
42	Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto	X
43	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira	Não Enviado
44	CAPS II Clarice Lispector	Não Enviado
45	CAPS Rubens Corrêa	X
46	Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	X
47	Hospital Municipal Juliano Moreira	X
48	Hospital Municipal Álvaro Ramos	X
49	Casa de Parto David Capstrano Filho	X
50	Sede Administrativa Da Cap-1.0	X
51	Policlínica Antônio Ribeiro Netto	X
52	CMS Marcolino Candau	NSA
53	Sede Administrativa Da Cap 2.1	X
54	CMS João Barros Barreto	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	Não Enviado
66	Sede Administrativa Da Cap-4.0	X
67	CMS Harvey Ribeiro De Souza Filho	NSA
68	Policlínica Newton Bethlem	X
69	CMS Hamilton Land	NSA
70	Sede Administrativa Da Cap-5.1	NSA
71	CAPS Pequeno Hans	NSA
72	Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho	X
73	Policlínica Carlos Alberto Nascimento	X
74	Laboratório - Cap 5.2	X
75	CAPS Simão Bacamarte	X
76	Policlínica Lincoln De Freitas Filho	X
77	Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)	X

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

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Senador Camará	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 15/04/2026

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		
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	NÃO SE APLICA O 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 RAIOS-X, COORDENAÇÃO, LABORATÓRIO, PRÓXIMO A PORTA DE ENTRADA DA FARMÁCIA, PRÓXIMO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 02.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ENEIDA PEREIRA DOS REIS	11/258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
ELAINE SANT'ANNA S. 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: 24/04/2026 10:08:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Magalhães Bastos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 15/04/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAUDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso		
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	vacância de profissionais assistenciais.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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 S. 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: 24/04/2026 10:01:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Vila Kennedy	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 14/04/2026

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		
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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	Não houve novas contratações nesse período.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Vacância de profissionais assistenciais.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	PARCIAL	Constatamos armários danificados nos consultorios e sala sutura .
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

constatamos áreas de afundamentos de piso : sala de sutura, recepção, CAF e área de espera próxima ao CAF.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ENEIDA PEREIRA DOS REIS	11/258.824-2	S/SUBHUE/ CGE 5.1
ELAINE SANT'ANNA S. 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: 24/04/2026 10:13:48

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Costa Barros	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 22/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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 04 Assistentes Administrativos, 01 Técnico em Saúde Bucal, 02 Auxiliares de Suprimentos, 03 Técnicos de Farmácia, 01 Técnico em 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	As equipes ainda não possuem uniformes em sua completude.
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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	Não acontecem 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: 22/04/2026 12:50:35

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Madureira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	PARCIAL	A equipe ainda não possui uniforme em sua totalidade, as entregas ainda não ocorreram de forma satisfatória.
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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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 Técnico de farmácia, 02 Enfermeiros, 01 Farmacêutico, 01 Técnico de Saúde Bucal, 02 Auxiliares de Suprimentos, 04 Assistentes Administrativos, 02 Clínicos.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	As equipes ainda aguardam a entrega de uniforme para completar o quadro.
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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/SBHUE/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: 20/04/2026 10:41:25

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Rocha Miranda	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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 Auxiliar de Suprimentos, 02 Dentistas, 02 Enfermeiros, 13 Clínicos, 03 Pediatras, 02 Técnicos de Enfermagem, 01 Técnico de farmácia, 01 Técnico de Informática.
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	A equipe ainda não possui uniforme em sua totalidade, as entregas ainda não ocorreram de forma satisfatória
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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	Não são realizadas 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
EDSON MARQUES DE MORAES	45/4.056.412-0	UPA ROCHA MIRANDA / 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: 20/04/2026 11:33:17

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Engenho de Dentro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 09/04/2026

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.	NÃO	Informado abaixo;
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	NÃO	Informado abaixo;
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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

1.5-- Troca do piso com afundamento na entrada da sala vermelha, Troca do piso com afundamento do corredor entre a sala de raio x e laboratório e Troca do piso com afundamento no almoçarifado; 2.2- Uniforme de recepcionista e Uniforme de maqueiro ainda não foram entregues aos funcionarios.

Nome Completo	Matrícula	Setor
DENISE RODRIGUES	11/224.985-2	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF
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: 28/04/2026 16:57:06

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Del Castilho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 09/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Informado abaixo;
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

3.3 - Vacâncias nos setores abaixo: Clínica Médica SD: 01 Clínica Médica SN: 01 Assistente Administrativo: 06 Suprimentos: 02 Técnico de Saúde Bucal: 02 Odonto: 01 Farmacêutica 30h: 02 Farmacêutica 40h: 01 Técnico em Farmácia: 03 Assistente Social: 02 Técnico de Enfermagem: 02 Tais vacâncias geram um grande impacto negativo em qualidade e assistência.

Nome Completo	Matrícula	Setor
DENISE RODRIGUES	11/224.985-2	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF
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: 29/04/2026 09:57:32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA João XXIII	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
		Resposta	Observação
1	Estrutura física		
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	PARCIAL	UNIDADE PERMANECE EM OBRA PARA SANAR AS FRAGILIDADES
2	Controle de acesso		
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO	6205177-22	CGE
MARCELO MENEZES	6205177-21	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: 30/04/2026 11:24:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Sepetiba	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 16/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
JESSICA LUIZ LOPES	6208897-21	CGE 5.3
MARCELO MENEZES DE ANDRADE	6205176-21	CGE 5.3

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

Relatório emitido por: ANDREA DA SILVA - CPF: 03395296792 - Data/Hora Criação: 29/04/2026 10:37:40

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Paciência	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO	6205177-22	CGE
MARCELO MENEZES	6205177-21	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: 30/04/2026 11:34:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Maternidade da Rocinha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 09/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos?*** Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA	11/237.669-7	INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA
AMANDA CRISTINA 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: 09/04/2026 18:42:56

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	PARCIAL	descrição no resumo
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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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
2.1) A equipe de apoio está devidamente posicionada 2.2) Ainda há profissionais da equipe de apoio sem uniforme. 3.3) Vacância nas categorias médicas de: anestesiologia no total de 7 (12 hs), Neonatal/Pediatria no total de 2 (12 hs), 2 de obstetrícia (6 h), obstetrícia (18 hs) no total de 23, 5 obstetrícia (12 hs), 1 médico USG Obstétrica (10 hs), 2 Enfermeiro Neonatal (30 hs) e Fonoaudióloga – Rotina no total de 1 (40 hs). 3.6) Uniformes pendentes para as equipes assistenciais. Considerar as informações até o dia 09/04, data que corresponde ao último dia do Contrato de Gestão na unidade.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ALESSANDRO 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: 30/04/2026 15:11:56

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 10/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Havia 04 vagas de vacâncias
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

Este relatório compreende o período de 01/04/2026 a 10/04/2026. No período mencionado havia vacância de 04 (quatro) vagas a serem preenchidas: 02 (duas) de Médico Neonatologia, 01 (uma) de Fonoaudiólogo e 01 (uma) Técnico de TI. Os profissionais de Recepção Acolhedora e maqueiros admitidos por último, não receberam seus uniformes.

Nome Completo	Matrícula	Setor
RENATA MARINHO DOS SANTOS	11/212.910-4	DIREÇÃO (CGA) HMHP
IRANELI NUNES WAKED P. 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 N° 251/2023.

Relatório emitido por: RENATA MARINHO DOS SANTOS - CPF: 08249729706 - Data/Hora Criação: 30/04/2026 14:21:21

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Piedade (HMP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	PARCIAL	Agentes de portaria, alguns sem uniforme, por não terem recebido reposição de uniforme
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Falta de reposição de uniformes para todas as categorias

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Não houve reposição de uniformes para todas as categorias. Vacância: 01 médico clínico 01 fisioterapeuta

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: 30/04/2026 12:58:27

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 09/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	NÃO	Funcionarios novos ainda sem uniformes.
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Vacancias conforme descrito abaixo;
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
2.2-Funcionarios novos ainda sem uniformes, RIOSAUDE já foi devidamente informada da situação; 3.3-Médico Cirurgião Geral 12h: 12 vacâncias Médico Cirurgião Vascular 12h: 7 vacâncias Médico Ortopedista 12h: 16 vacâncias Fisioterapeuta 30h: 2 vacâncias Fisioterapeuta 24h: 5 vacâncias Téc.de Laboratório 30h: 1 vacância Téc.de Farmácia 30h: 3 vacâncias Enfermeiro 30h: 28 vacâncias, distribuídas da seguinte forma: 18 para recomposição do quadro geral da unidade; 5 para atendimento à demanda da Pediatria; 6 para viabilizar a abertura da e-DOT (Equipe de Doação de Órgãos e Tecidos) na unidade.

Nome Completo	Matrícula	Setor
DENISE RODRIGUES	11/224.985-2	S/SUBHUE/CGE 3.2/HMSF
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: 28/04/2026 16:39:57

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 09/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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 Nº 251/2023.

Relatório emitido por: ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA - CPF: 04253306721 - Data/Hora Criação: 09/04/2026 18:45:48

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 29/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	NÃO	A quantidade de uniformes é insuficiente
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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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 ainda possui vacância não preenchida
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	Observa-se um elevado quantitativo de faltas, sem reposição das mesmas
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	A Rio Saúde não fornece crachás e os uniformes são em quantidades insuficientes

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

Absenteísmo sem reposição no mês de março, impactando na qualidade do serviço prestado: SEM ATESTADO - Enfermeiro - 3 (média de 2 faltas cada); Tec. enfermagem - 14 (média de 2 faltas cada); Tec. de farmácia - 1 (1 falta) COM ATESTADO - Enfermeiro - 11 (média de 3 faltas cada); Médico - 10 (media 3 faltas cada); Técnico de enfermagem - 63 (média 2 faltas cada); Outras categorias - 11(média de 4 faltas cada).

Nome Completo	Matrícula	Setor
DIORGENES PORTO NEVES	85/359926-3	DIRETOR GERAL
ANDREIA SANTOS DAMASCENO	11/224036-4	DIRETOR ADMINISTRATIVO

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

Relatório emitido por: VALERIA SICILIANO BITTENCOURT - CPF: 02628093707 - Data/Hora Criação: 29/04/2026 11:42:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP

4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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	CETIP
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	CETIP
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	CETIP
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	CETIP

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	11/2273480	COORDENADOR DE GESTÃO ADMINISTRAT

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: ADRYANE ROCHA DE ANDRADE - CPF: 07089761746 - Data/Hora Criação: 30/04/2026 17:22:12

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Jesus (HMJ)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	

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

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

A PARCEIRIA RIOSAUDE vem cumprindo todos os itens do contrato no mês de ABRIL/2026, em alguns momentos tivemos vacâncias que acabaram criando alguns contratempos, principalmente nos indicadores para a unidade.

Nome Completo	Matrícula	Setor
WALTER DUFRAYER ORTIZ FILHO	11/219.046-0	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: 30/04/2026 11:42:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
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 (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	

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

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

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

Relatório emitido por: CARLOS GUSTAVO VEIT - CPF: 07874309782 - Data/Hora Criação: 20/04/2026 10:04:39

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA	57/189.948-3	DIREÇÃO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: GERALDO JOSE DE OLIVEIRA - CPF: 55041388768 - Data/Hora Criação: 20/04/2026 12:39:09

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital do Andaraí	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 14/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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	Total de cadastrados no CNES competência 04/2026: 4.862 profissionais.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	.
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	.
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	.
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	.
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	.

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

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
IVISON VALVERDE FERNANDES	60/364307-9	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: 29/04/2026 14:08:17

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Regulação e Monitoramento de Ocupação de Leitos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 29/04/2026

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	Não há previsão no Contrato nº251/2023. O controle de acesso é feito por profissionais contratados pela SPDM.
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	N.A	Não há previsão no Contrato nº251/2023. O controle de acesso é feito por profissionais contratados pela SPDM.
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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Estaremos encaminhando a escala mensalmente para o Núcleo por e-mail.
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos		
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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 pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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 pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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 pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.

4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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 pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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 pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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 pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.
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	Item não pactuado no Contrato nº251/2023 para o NRA.

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
VALERIA MARATEO	69/4.082.801-2	RH/REGULAÇÃO

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

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

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

Nº do Instrumento: 251/2023

Mês de competência: 04-2026

Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	não se aplica por NÃO ser unidade Assistencial
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	

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

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

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

Relatório emitido por: VALDO NOVELLO - CPF: 60163755787 - Data/Hora Criação: 28/04/2026 13:10:04

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Centro de Treinamento do Humaitá, IVISA-RIO	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Não se trata de unidade assistencial
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	N.A	Não se trata de unidade assistencial

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

Cumpra esclarecer que a unidade encontra-se em obra de adequação para ampliação da sua capacidade instalada. Todos os profissionais estão alocados provisoriamente na sede do IVISA-Rio, permanecendo na unidade apenas os controladores de acesso

Nome Completo	Matrícula	Setor
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	228.928-8	S/IVISA-RIO/APG
PATRÍCIA MARIA DE SOUSA ROCCA	235.727-1	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: 30/04/2026 13:51:44

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Barata Ribeiro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
SUENY REZENDE SANTOS	11/224378-0	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: SUENY REZENDE SANTOS DE BRITO - CPF: 09732189754 - Data/Hora Criação: 28/04/2026 10:29:15

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Complexo Zona Sul	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	Funcionários em horário integral
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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIANA PIZZOLATO DE LUCENA	2012649	LAPS/IVISA-RIO
VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO	2289288	IVISARIO

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: FABIANA PIZZOLATO DE LUCENA - CPF: 02806202760 - Data/Hora Criação: 28/04/2026 11:30:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal Philippe Pinel	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
LEONARDO NIGRO	11/223.824-4	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: LEONARDO NIGRO - CPF: 86917579734 - Data/Hora Criação: 30/04/2026 12:46:50

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Paulino Werneck	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 01/04/2026

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	Não temos esse profissional
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Não temos controlador de acesso

Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANA Mª L S ANDRADE	11207651-1	CGA-CGE 3.1

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: TATIANA MARIA LOURENCO DA SILVA ANDRADE - CPF: 05463466777 - Data/Hora Criação: 01/04/2026 14:53:54

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 10/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	SIM	PROFISSIONAIS COM APENAS 1 BLUSA
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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	NECESSITAMOS E PELO MENOS MAIS 2 ADMINISTRATIVOS
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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
BIANCA DA SILVA DE MIRANDA DOS SA	11.238091-3	ADMINISTRAÇÃO

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

Relatório emitido por: BIANCA DA SILVA DE MIRANDA - CPF: 03722870771 - Data/Hora Criação: 10/04/2026 10:12:13

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Rubens Corrêa	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 06/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	NÃO	Equipe sem uniforme
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

EQUIPE ESTA ATUANDO SEM A UTILIZAÇÃO DO UNIFORME

Nome Completo	Matrícula	Setor
POLIANA SANTANA	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: 06/04/2026 06:57:38

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	SIM	
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	PARCIAL	Há profissional contratada recentemente com pendência no cadastro
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE DA C. ESTEVÃO SANT ANA	11/218525-4	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA -DGA HMRPS

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 SANT ANA - CPF: 05257047799 - Data/Hora Criação: 30/04/2026 17:13:13

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Juliano Moreira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 27/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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: 27/04/2026 10:05:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Álvaro Ramos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
JORGE DE OLIVEIRA CORRÊA	57/2016194	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: 30/04/2026 11:34:26

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Casa de Parto David Capstrano Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 30/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Considerar as informações até o dia 09/04, data que corresponde ao último dia do Contrato de Gestão na unidade.

Nome Completo	Matrícula	Setor
ALESSANDRO 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: 30/04/2026 11:41:54

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-1.0	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 09/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
FERNANDO DA SILVA LOPES	6208024-74	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: FERNANDO DA SILVA LOPES - CPF: 08726247739 - Data/Hora Criação: 09/04/2026 08:41:56

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Antônio Ribeiro Netto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 14/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

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

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

Relatório emitido por: RODRIGO DA COSTA RODRIGUES - CPF: 09004495789 - Data/Hora Criação: 14/04/2026 13:52:12

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.1	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 07/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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 Nº 251/2023.

Relatório emitido por: TATIANE RIBEIRO DA CRUZ - CPF: 09955539712 - Data/Hora Criação: 07/04/2026 14:39:30

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Clínica Da Família Rinaldo De Lamare	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 07/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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: 07/04/2026 14:44:26

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 17/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	NÃO	Agentes de Portaria aguardando envio dos uniformes desde fevereiro
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	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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

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

Os novos profissionais contratados para o serviço de portaria informam que não receberam até a presente data os uniformes. Avaliação considerando o período de 17/03/2026 a 17/04/2026.

Nome Completo	Matrícula	Setor
PRISCILA GUIMARÃES DOS ANJOS	11/230.666-0	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: PRISCILA GUIMARAES DOS ANJOS - CPF: 09418956705 - Data/Hora Criação: 17/04/2026 12:07:46

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Caps Mané Garrincha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 17/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	NÃO	Os controladores de acesso estão sem uniforme.
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	não há escala dos profissionais fornecida pelo Rio Saúde
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 há escala dos profissionais fornecida pelo Rio Saúde

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

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

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

Relatório emitido por: FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS - CPF: 09208782700 - Data/Hora Criação: 17/04/2026 11:18:20

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CMS Oscar Clark	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 17/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
EFUARDO F REI	12/207.781-6	SGA

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: EDUARDO FERREIRA REI - CPF: 00010112782 - Data/Hora Criação: 17/04/2026 11:24:55

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Hélio Pellegrino	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 06/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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: 06/04/2026 14:23:33

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-3.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 16/04/2026

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	Durante o plantão noturno o AGP não fica na porta da CAP3.2, ele fica junto aos outros AGPs no Carmela Dutra, fazendo a vigia da CAP pela parte superior da Maternidade e com rondas noturnas de hora em hora.
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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	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	NÃO	Tendo em vista a renovação contratual dos AGPs a partir de 01/02/26, os colaboradores ainda não são fixos, exceto 1 que presta serviços no plantão diurno.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	NÃO	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	Os colaboradores presentes não constam em escala de trabalho.

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: 16/04/2026 15:28:12

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-4.0	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 14/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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: 14/04/2026 13:45:08

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Newton Bethlem	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 02/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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 N° 251/2023.

Relatório emitido por: ELISANGELA DE SOUZA MATTOS - CPF: 06936012728 - Data/Hora Criação: 02/04/2026 10:46:38

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 17/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
INGRID 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: 17/04/2026 11:42:26

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Carlos Alberto Nascimento	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
MARIA FERNANDA	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: 28/04/2026 08:51:47

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Laboratório - Cap 5.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 28/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	PARCIAL	o colaborador Tiago está sem uniforme
3	Recursos Humanos		
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

O colaborador Tiago ainda não tem uniforme

Nome Completo	Matrícula	Setor
MARIA FERNANDA	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: 28/04/2026 08:55:14

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Simão Bacamarte	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
ALDINE MARINHO DA SILVA	11/243.101-3	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: 20/04/2026 12:24:20

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Lincoln De Freitas Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
NILTON GONÇALVES FONSECA JUNIOR	12/271622-9	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: 20/04/2026 12:22:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 04-2026	Data Visita: 20/04/2026

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. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	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. <i>(Nota: As unidades com menos de 20 trabalhadores podem registrar como "NSA" (não se aplica), conforme previsto nos termos do § 2º do art. 74 da CLT)</i>	NÃO	Até presente data não foi instalada a máquina de ponto no local
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	

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

Nome Completo	Matrícula	Setor
MICHELE APARECIDA ALMEIDA FARIA M	6208351-62	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: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 20/04/2026 12:20:22