

RELATÓRIO DE ENVIO DAS UNIDADES

COMPETÊNCIA: 06-2026

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

37	Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto	Não Enviado
38	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira	X
39	CAPS II Clarice Lispector	X
40	CAPS Rubens Corrêa	X
41	Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	X
42	Hospital Municipal Juliano Moreira	X
43	Hospital Municipal Álvaro Ramos	X
44	Sede Administrativa Da Cap-1.0	X
45	Policlínica Antônio Ribeiro Netto	X
46	CMS Marcolino Candau	NSA
47	Sede Administrativa Da Cap 2.1	X
48	CMS João Barros Barreto	Não Enviado
49	CMS Manoel José Ferreira	NSA
50	CMS Píndaro De Carvalho Rodrigues	NSA
51	Clínica Da Família Rinaldo De Lamare	X
52	CMS Dom Helder Câmara	NSA
53	Sede Administrativa Da Cap 2.2	X
54	Caps Mané Garrincha	X
55	CMS Oscar Clark	X
56	Policlínica Hélio Pellegrino	X
57	Sede Administrativa Da Cap-3.2	X
58	CMS César Pernetta	NSA
59	Policlínica Rodolpho Rocco	X
60	Sede Administrativa Da Cap-4.0	X
61	CMS Harvey Ribeiro De Souza Filho	NSA
62	Policlínica Newton Bethlem	X
63	CMS Hamilton Land	NSA
64	Sede Administrativa Da Cap-5.1	NSA
65	CAPS Pequeno Hans	NSA
66	Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho	X
67	Policlínica Carlos Alberto Nascimento	X
68	Laboratório - Cap 5.2	X
69	CAPS Simão Bacamarte	X
70	Policlínica Lincoln De Freitas Filho	X
71	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: Sede Administrativa Da Cap-1.0	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 01/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
FERNANDO 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: 01/06/2026 10:10:59

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-4.0	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 01/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
ANNA CAROLINE KNOP	11/251.807-4	INFRAESTRUTURA E LOGISTICA - CAP 4

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

Relatório emitido por: ANNA CAROLINE KNOP - CPF: 09607699785 - Data/Hora Criação: 01/06/2026 17:36:37

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Hélio Pellegrino	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 02/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
CLÁUDIA FERNANDA MIRANDA P. MARTINS	11/213.312-2	ADM/DIREÇÃO

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

Relatório emitido por: CLAUDIA FERNANDA MIRANDA PANELA MARTINS - CPF: 03057997708 - Data/Hora Criação: 02/06/2026 10:58:06

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Newton Bethlem	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 02/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
ELISANGELA DE SOUZA MATTOS	11/218.4992	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: 02/06/2026 14:31:25

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Antônio Ribeiro Netto	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 02/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
RODRIGO DA COSTA RODRIGUES	11/249.396-3	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: RODRIGO DA COSTA RODRIGUES - CPF: 09004495789 - Data/Hora Criação: 02/06/2026 15:09:21

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Rubens Corrêa	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 02/06/2026

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	Estamos solicitando os uniformes dos colaboradores e não temos respostas
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
Profissionais sem uniforme

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
POLIANA SANTANA	N1169626	COORDENADORA ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: RENATA ALVES ABRUNHOSA - CPF: 07954266745 - Data/Hora Criação: 02/06/2026 16:58:26

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Clínica Da Família Rinaldo De Lamare	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 03/06/2026

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

ASSINATURAS		
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: 03/06/2026 10:08:24

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.1	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 03/06/2026

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

ASSINATURAS		
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: 03/06/2026 10:15:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS II Clarice Lispector	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 03/06/2026

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

Gostaríamos de ratificar, a necessidade de ter mais um controlador de acesso no plantão dia, pois a unidade é grade, com dois andares e duas áreas externas, cooredor longo e eles não conseguem nos auxiliar nesses espaços, visto que não podem sair do seu posto (pora de entrada-recepção). Também tem a cobertura do horário do almoço, pois precisamos retirar um profissional da sua função para ficar na portaria.

ASSINATURAS

Nome Completo	Matrícula	Setor
AYDÊE RANGEL	N1165388	COORDENADOR ADMINISTRATIVO

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: RAFAELA BATISTA SILVA - CPF: 05606925796 - Data/Hora Criação: 03/06/2026 12:45:32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Maternidade da Rocinha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 09/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)</i>	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
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	
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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
ROSANA DE OLIVEIRA TRINTA	11/237.669-7	INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA
AMANDA CRISTINA BARREIRO	407.027-7	DIRETORA MATERNIDADE

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: 10/06/2026 17:24:16

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 08/06/2026

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 Maquero)</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

ASSINATURAS		
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: 10/06/2026 17:26:45

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap-3.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 11/06/2026

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. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)	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	Esta Coordenadoria cancelou a inscrição dos 4 colaboradores para a exportação no mês de junho, uma vez que foi solicitada a retirada dos colaboradores lotados na CAP-32.
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	NÃO	Ponto biométrico estava instalado no Hospital Maternidade Carmela Dutra. O horário de funcionamento da CAP-32 é das 8 às 17 horas. Diante disso, não havia como os colaboradores utilizarem ponto biométrico.
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

ASSINATURAS		
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: 12/06/2026 14:09:52

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Caps Mané Garrincha	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 16/06/2026

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>	NÃO	Os profissionais não receberam os uniformes da Rio Saúde.
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.	NÃO	Não há divulgação da escala dos profissionais publicada na Unidade.
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	

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

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

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

Relatório emitido por: FERNANDA MONTANHOLI DOS SANTOS - CPF: 09208782700 - Data/Hora Criação: 16/06/2026 08:21:45

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 16/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)</i>	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Fora do perfil do Contrato de Gestão da Rio Saúde

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

ASSINATURAS		
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: 16/06/2026 14:41:54

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 17/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)</i>	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	ITEM NÃO OBRIGATÓRIO CONFORME ORIENTAÇÃO NO SMS-OFI-2024/25153

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

ASSINATURAS

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: 17/06/2026 12:34:53

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Madureira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 16/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)</i>	PARCIAL	A equipe ainda não possui uniforme em sua totalidade, as entregas ainda não ocorreram de forma satisfatória.
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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, 01 Enfermeiro, 03 Farmacêuticos, 01 Técnico de Saúde Bucal, 03 Auxiliares de Suprimentos, 05 Assistentes Administrativos, 15 Médicos.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	As equipes ainda aguardam a entrega de uniforme para completar o quadro.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (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

ASSINATURAS		
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: 17/06/2026 14:37:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Costa Barros	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 15/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	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 de Saúde Bucal, 02 Auxiliares de Suprimentos, 03 Técnicos de farmácia.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	As equipes ainda não possuem uniformes em sua completude
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

ASSINATURAS		
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: 17/06/2026 14:45:29

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Divisão De Vigilância Em Saúde (Divisão X)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 18/06/2026

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. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)	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. (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)	NÃO	Até presente data não foi instalado 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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
MICHELE APARECIDA ALMEIDA FARIA MOR	6208531-62	DVS

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: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 18/06/2026 10:59:06

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CAPS Simão Bacamarte	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 18/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
ALDINE MARINHO DA SILVA	11/243101-3	DIREÇÃO

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

Relatório emitido por: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 18/06/2026 11:01:41

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Lincoln De Freitas Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 18/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
NILTON GONÇALVES FONSECA JUNIOR	12/271662-9	DIREÇÃO

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

Relatório emitido por: ANDREA PECANHA DE OLIVEIRA - CPF: 03380350796 - Data/Hora Criação: 18/06/2026 11:04:05

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 18/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
INGRID SAYÃO	102253482	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: 18/06/2026 12:40:42

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Paulino Werneck	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 19/06/2026

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 possuímos essa categoria
2.2	A 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 possuímos essa categoria
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
Possuímos desde o início do contrato 03 recepcionistas

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
TATIANA MARIA LOURENÇO SILVA ANDRAD	11/207651-1	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: 19/06/2026 10:26:24

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 19/06/2026

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	PARCIAL	Nesta semana entraram 02 (dois) funcionários novos ainda não estão cadastrados
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

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

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

Relatório emitido por: LUIZ CARLOS ALVES RANGEL - CPF: 38392070704 - Data/Hora Criação: 19/06/2026 16:34:52

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Rocha Miranda	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 22/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	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 d 01 Assistente Social, 01 Auxiliar de Suprimentos, 02 Dentistas, 05 farmacêuticos, 10 Médicos, 02 Pediatras, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Técnico de farmácia.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	A equipe ainda não possui uniforme em sua totalidade, as entregas ainda não ocorreram de forma satisfatória.
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

ASSINATURAS		
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: 22/06/2026 14:24:00

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Laboratório - Cap 5.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 23/06/2026

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>	PARCIAL	Dois colaboradores estão sem uniforme, já entramos em contato com o supervisor.
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
Apenas a falta de uniforme, de acordo com o supervisor, houve uma mudança no uniforme e esses colaboradores já receberão o novo modelo de uniforme.

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
MARIA FERNANDA RUSSELL C OLIVIERE	2019594	SIL

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

Relatório emitido por: MARIA FERNANDA RUSSELL CASTILHO - CPF: 06843623760 - Data/Hora Criação: 23/06/2026 09:56:00

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Carlos Alberto Nascimento	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 23/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
MARIA FERNANDA RUSSELL C OLIVIERE	2019594	SIL

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

Relatório emitido por: MARIA FERNANDA RUSSELL CASTILHO - CPF: 06843623760 - Data/Hora Criação: 23/06/2026 09:57:01

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Barata Ribeiro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
SUENY REZENDE SANTOS	11/224.378-0	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: SUENY REZENDE SANTOS DE BRITO - CPF: 09732189754 - Data/Hora Criação: 26/06/2026 09:26:12

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Regulação e Monitoramento de Ocupação de Leitos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 24/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	N.A	Não 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 Maquero)</i>	N.A	Não há previsão no Contrato nº251/2023. O controle de acesso é feito por profissionais contratados pela SPDM
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	Item não 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

ASSINATURAS		
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: CMS Oscar Clark	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
EDUARDO REI	207.781-6	ADMINISTRAÇÃO

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

Relatório emitido por: EDUARDO FERREIRA REI - CPF: 00010112782 - Data/Hora Criação: 26/06/2026 10:56:43

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Sepetiba	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 18/06/2026

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

4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	ESTE PROTOCOLO NÃO É APLICÁVEL 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	
3.3- As vacâncias existentes encontram-se em fase de chamamento e contratação. Informamos que não há desassistência, pois a cobertura assistencial está sendo mantida por meio de pagamento de extras aos profissionais. 01 Assistente administrativo - 12x36 dia, 02 - Assistente social - 12x36 dia, 01 - Técnico de farmácia - 12x60 dia, 01 - Médicos rotinas, 01- Médico pediatra, 02 - Médicos clínicos - dia, 03 - Médicos clínicos – noite, 01 - Farmacêutico -12x60 dia e 01 - Farmacêutico - 12x60 noite.	

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO DE ARAUJO	6205177-21	CGE
MARCELO MENEZES DE ANDRADE	620516-21	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: 26/06/2026 11:20:46

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Piedade (HMP)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

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>	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 algumas categorias

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Médicos: - 02 plantonistas 12h clínico - - 01 rotina cti 30h - 01 plantonista 12h CTI Enfermagem: - técnicos - 05 - enfermeiro - 02

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
FILIPPE DA FONSECA VIANNAY	11/2246122	CGA

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

Relatório emitido por: FILIPPE DA FONSECA VIANNAY - CPF: 08181509714 - Data/Hora Criação: 26/06/2026 11:33:38

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Paciência	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 17/06/2026

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

4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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	
3.3- As vacâncias existentes encontram-se em fase de chamamento e contratação. Informamos que não há desassistência, pois a cobertura assistencial está sendo mantida por meio de pagamento de extras aos profissionais. ASSISTENTE SOCIAL – 02, TECNICO DE FARMACIA – 02, FARMACEUTICO – 02, TECNICO RX– 01, MEDICO CLINICO- 09 e MEDICO PEDIATRA - 03.	

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO DE ARAUJO	6205177-21	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: 26/06/2026 11:59:57

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA João XXIII	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 17/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	PARCIAL	A unidade permanece em processo de obras e adequações estruturais, com objetivo de sanar as fragilidades identificadas e garantir melhores condições assistenciais e operacionais.
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	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.	PARCIAL	As férias existentes encontram-se em fase de chamamento e contratação. Informamos que não há desassistência, pois a cobertura assistencial está sendo mantida por meio de pagamento de extras aos profissionais.
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

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

10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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	
1.5 = A unidade permanece em processo de obras e adequações estruturais, com objetivo de sanar as fragilidades identificadas e garantir melhores condições assistenciais e operacionais. 3.5 = As vacâncias existentes encontram-se em fase de chamamento e contratação. Informamos que não há desassistência, pois a cobertura assistencial está sendo mantida por meio de pagamento de extras aos profissionais. AUXILIAR DE SUPRIMENTOS - 02, CIRURGIAO DENTISTA - 01, ENFERMEIRO - 01, FARMACÊUTICO - 04, MÉDICO CLÍNICO - 12, MEDICO PEDIATRA - 01, TECNICO DE ENFERMAGEM - 04 e TECNICO EM FARMACIA - 03.	

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIO LOURENÇO DE ARAUJO	6205177-22	CGE
MARCELO MENEZES DE ANDRADE	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: 26/06/2026 13:19:35

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Instituto Municipal Philippe Pinel	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

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
Necessita um treinamento mais apurado devido ao perfil da Unidade

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
LEONARDO NIGRO	11/223.824-4	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: LEONARDO NIGRO - CPF: 86917579734 - Data/Hora Criação: 26/06/2026 14:15:09

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 25/06/2026

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

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
3.3 - Vacâncias nos setores a seguir: Fisioterapeuta 30h: 3 vacâncias Fisioterapeuta 24h: 7 vacâncias Técnico de Laboratório 30h: 1 vacância Técnico de Farmácia 30h: 3 vacâncias Assistente Social 30h: 1 vacância Enfermeiro hemoterapeuta 30h: 1 vacância Fonoaudiólogo 30h: 2 vacâncias Nutricionista 30h: 1 vacância

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE GONÇALVES DE SOUZA	11/237949-3	S/SUBHUE/CGE-3.2/HMSF/CGA
SANDRA TAVARES ALVES DE MELLO	60/364.313-7	S/SUBHUE/CGE-3.2

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 26/06/2026 14:33:16

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Álvaro Ramos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

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

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

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

Relatório emitido por: JOAO KLEBER DE SOUZA RENNES - CPF: 05278794798 - Data/Hora Criação: 26/06/2026 17:40:12

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Complexo Zona Sul	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 25/06/2026

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	
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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
FABIANA PIZZOLATO DE LUCENA	201264-9	S/IVISARIO/CHLF/LAPS

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: FABIANA PIZZOLATO DE LUCENA - CPF: 02806202760 - Data/Hora Criação: 27/06/2026 16:36:02

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Juliano Moreira	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 29/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
JORGE DE OLIVEIRA CORREA	57/201619-4	GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: JORGE DE OLIVEIRA CORREA - CPF: 89004060782 - Data/Hora Criação: 29/06/2026 09:08:46

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Cidade de Deus	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 29/06/2026

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

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	UNIDADE OPERANDO AICMA DA CAPACIDADE
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (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	FORA DO PERFIL DE ATENDIMENTO DA UNIDADE
10.6	Existe POP para prevenção de úlcera de decúbito?	SIM	
10.7	Existe Fluxo para Notificação de Eventos Adversos? Se não, especifique o tempo para implementar o fluxo.	SIM	
10.8	Seu formulário foi implementado? Se não, especifique o tempo para implementar o formulário.	SIM	

11	Ambulância	Resposta	Observação
11.1	A ambulância está com a programação visual exigida? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	AMBULÂNCIA EM ATENDIMENTO
11.2	Os alertas sonoros e visuais, limpeza e refrigeração estão em perfeitas condições? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	AMBULÂNCIA EM ATENDIMENTO
11.3	Existem insumos e medicamentos suficientes e adequados e dentro da validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	AMBULÂNCIA EM ATENDIMENTO
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	AMBULÂNCIA EM ATENDIMENTO

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-4/HMLJ
ANA GABRIELA LIMA DE ASSIS CORREA N	11/237.730-7	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

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

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 29/06/2026 11:12:16

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: CER Barra da Tijuca	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 29/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	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: 8 TEC DE FARMÁCIA (AUTORIZADA COBERTURA DE EXTRA, LOGO, SEM IMPACTO NA ASSISTÊNCIA), A AUX DE ALMOXARIFADO E 6 ADMINISTRATIVOS. SEM VACÂNCIA NA ASISTÊNCIA
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	ALGUNS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA SEM UNIFORME
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	UNIDADE OPERANDO ACIMA DA CAPACIDADE COM LEITOS EXTRAS NAS SALAS VERMELHA E AMARELA ADULTO
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.	PARCIAL	Itens zerados estão sendo substituídos, sem gerar impactos na assistência: Fentanila 0,05mg/ml - amp 2ml - 0 usando a de 5 e 10ml Midazolam 2ml - tem o de 5ml e 10ml Prednisona 5mg - usando o prednisona 20mg Nifedieno 20mg estamos usando o 10mg
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.	PARCIAL	Zerados: Agulha 30x8 Agulha 40x12 Lençol de elástico TNT (substituídos por 25x7, 25x8 e lençol de papel) /// Críticos: Luva P
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	

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

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-4/HMLJ
ANA GABRIELA LIMA DE ASSIS CORREA N	11/237.730-7	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

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

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 29/06/2026 11:22:41

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 29/06/2026

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. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maqueiro)	PARCIAL	FRAGILIDADE DE UNIFORME EM TODAS AS CATEGORIAS
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. (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)	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: 1 RECEPCIONISTA / 1 Aux Suprimentos / 2 EnfUTI 40h / 1 Farmaceutico 40h 1 Fisio / 1 Medico Rotina UTI / 1 Assist Social / 2 Enf Hemot/ 1 Téc Gesso / 1 Téc de Lab/ 1 Téc Farmacia 40h
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	PARCIAL	FALTA: 1 MAQUEIRO / 14 RECEPCIONISTA
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	FRAGILIDADE DE UNIFORME EM TODAS AS CATEGORIAS

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
BRUNO ELIAS GUIMARAES DE SOUZA	60/333.626-0	S/SUBHUE/CGE-4
URSULA DE MENEZES DE LUCENA BEZERRA	11/212.849-4	S/SUBHUE/CGA-4/HMLJ
ANA GABRIELA LIMA DE ASSIS CORREA N	11/237.730-7	S/SUBHUE/CGE-4/HMLJ

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

Relatório emitido por: DANIELE REGINA SOUZA TORRES FERNANDES - CPF: 09474829705 - Data/Hora Criação: 29/06/2026 11:36:21

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital do Andaraí	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 23/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	PARCIAL	Nas entradas externas sim. Em pontos específicos, observamos ausencia de AGPs em corredores de acesso importantes (visita realizada em 25/06)
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	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	Temos vacâncias de enfermagem, equipe multi e médicos. Equipes de higiene e AGP também sinalizaram vacância e com processos de contratação.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	N.A	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	

4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	N.A	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
5	Informática (sistemas, rede lógica ,computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	N.A	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (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

ASSINATURAS		
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: 29/06/2026 11:49:04

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 29/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	N.A	
2.2	A 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	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	N.A	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>	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	PARCIAL	Estamos no aguardo de nova remessa de uniformes
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	N.A	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.	SIM	
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.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	Serviço está ligado ao contrato197/2023 PPP
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.	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.	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	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.	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	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	
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.	PARCIAL	Estamos encaminhando e-mail a sede para inclusão de alguns medicamentos
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.	PARCIAL	Estamos encaminhando e-mail a sede de insumos necessários para complementação

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

Esclarecemos que as fragilidades apontadas já foram remetidas a Sede da Empresa Pública .

ASSINATURAS

Nome Completo	Matrícula	Setor
ADRYANE ROCHA DE ANDRADE	11/2273480	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: ADRYANE ROCHA DE ANDRADE - CPF: 07089761746 - Data/Hora Criação: 29/06/2026 12:08:10

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Del Castilho	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	SIM	
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	SIM	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)</i>	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	SIM	

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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: Farmacêutica 30h - 04 Téc. farmácia - 04 Dentista - 02 Téc. de Saúde Bucal - 02 Administrativo - 06 Enfermeiro - 01 Téc. enfermagem - 02 Assistente social - 02 Tais vacâncias geram um grande impacto negativo em qualidade e assistência.			

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE GONÇALVES DE SOUZA	11/237949-3	S/SUBHUE/CGE-3.2/HMSF/CGA
SANDRA TAVARES ALVES DE MELLO	60/364.313-7	S/SUBHUE/CGE-3.2

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 09:20:39

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 30/06/2026

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. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquieiro)	NÃO	A quantidade de uniforme 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. (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)	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	NÃO	A Unidade possui vacância 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
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 no mês de maio, impactando na qualidade do serviço prestado: COM ATESTADO - Médico pediatra - 2 com 1 falta cada; Enfermeiro - 16 (média de 2 faltas cada); Técnico de enfermagem - 64 (média de 2 faltas cada); Outras categorias - 12 (2 faltas cada); SEM ATESTADO: Médico - 2 (4 faltas cada); Enfermeiro 5 (média de 3 faltas cada); Tec. Enfermagem - 8 (media de 2 faltas cada); Técnico de laboratório - 1 (4 faltas)

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
DIORGES PORTO NEVES	85/359926-3	DIREÇÃO GERAL
ANDRÉIA SANTOS DAMASCENO	11/224036-4	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: VALERIA SICILIANO BITTENCOURT - CPF: 02628093707 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 10:43:55

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Engenho de Dentro	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 30/06/2026

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

4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	SIM	
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	
4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (RIOSAUDE) ou de dispensação externa e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
8.6	O mapa de controle de temperatura da(s) geladeira(s) é preenchido? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9	Almoxarifado	Resposta	Observação
9.1	O setor de almoxarifado possui registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.2	Há procedimento para acompanhamento das validades dos insumos? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.3	As entradas de insumos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
9.4	A relação de insumos está completa? Se não, especificar o tipo de insumo, o tempo que ficou em falta e se não havia nenhuma substituição possível.	SIM	
10	Qualidade do cuidado e segurança do paciente e do trabalhador	Resposta	Observação
10.1	Existe POP (Procedimento Operacional Padrão) de Protocolo de Transporte do paciente intra e extra hospitalar?	SIM	
10.2	Existe POP de Segurança na Administração Medicamentos?	SIM	
10.3	Existe POP de Identificação do paciente?	SIM	
10.4	Existe POP de Prevenção de Queda do paciente?	SIM	
10.5	Existe POP de Cirurgia Segura?	N.A	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: Assist. Administrativo - 06; Assist. Social - 01; Aux. Suprimentos - 01; Dentista 12h - 01; Enfermeiro - 02; Farmacêutico - 04; Médico - 02; Médico clínico - 06; Tais vacâncias geram um grande impacto negativo em qualidade e assistência.			

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE GONÇALVES DE SOUZA	11/237949-3	S/SUBHUE/CGE-3.2/HMSF/CGA
SANDRA TAVARES ALVES DE MELLO	60/364.313-7	S/SUBHUE/CGE-3.2

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

Relatório emitido por: ALESSANDRA MARTINS LEMOS CUNHA - CPF: 05198685798 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 10:58:40

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Jesus (HMJ)	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 30/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. <i>(Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)</i>	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. <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	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	SIM	
4.3	Existem pranchas e equipamentos de segurança disponíveis para transporte? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.4	É realizada a manutenção e monitoramento do funcionamento dos equipamentos? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.5	Os equipamentos permanecem em conformidade ao pactuado no instrumento de contrato? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.6	Carro de parada está com lacre e tem registro de controle de validade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
4.7	Desfibrilador/cardioversor estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.8	Foi realizado teste controle no desfibrilador/cardioversor. Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.9	As redes de gases estão funcionando? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.10	Existem extintores de incêndio e/ou mangueiras nos locais sinalizados para tal? Se não, especifique o local e a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.11	O fluxo de esterilização de materiais está adequado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.12	A seladora e a autoclave estão em perfeito funcionamento? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.13	O controle de qualidade dos materiais esterilizados está sendo realizado? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.14	Existe e é preenchido o mapa de controle de temperatura da autoclave e da(s) geladeira(s)? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
4.15	O fornecimento de EPIs para os profissionais está adequado? Se não, especifique quais EPIs e demais não conformidades.	SIM	

4.16	Os técnicos de radiologia estão fazendo uso do equipamento de proteção individual? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
5	Informática (sistemas, rede lógica, computadores e impressora)	Resposta	Observação
5.1	Os equipamentos de informática, sistemas e internet estão adequados? Se não, especifique o local e demais não conformidades.	SIM	
6	Rouparia	Resposta	Observação
6.1	O enxoval da unidade encontra-se em boas condições aparentes? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	Não executado pela parceria
7	Controle de leito	Resposta	Observação
7.1	Os leitos pactuados no Contrato de Gestão estão ativos e operantes? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8	Farmácia	Resposta	Observação
8.1	Há registro de controle de estoque? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.2	Há processo de acompanhamento das validades dos medicamentos? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
8.3	As entradas de medicamentos conferem com a planilha de estoque? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.4	Existe um controle e guarda adequada de psicotrópicos? * Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
8.5	A grade de medicamentos está em conformidade com o estoque local? Se não, especificar o tipo de medicamento, se fazia parte da grade de abastecimento interno (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 JUNHO/2026, tivemos vacâncias que acabaram criando alguns contratemplos, principalmente nos indicadores para a unidade.

ASSINATURAS

Nome Completo	Matrícula	Setor
WALTER DUFRAZER ORTIZ FILHO	11/219.046-0	COORDENAÇÃO DE GESTÃO ADMINISTRATIV

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 DUFRAZER ORTIZ FILHO - CPF: 96899557720 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 11:17:35

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Vila Kennedy	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 15/06/2026

Nº	Item verificado	Condições no momento da visita	
1	Estrutura física	Resposta	Observação
1.1	Itens adquiridos dentro do período foram cadastrados no sistema de controle de bens patrimoniais (Sistema Patrimonial da Rio Saúde e/ou SISBENS? Se não, especifique a não conformidade e o sistema em que os bens foram inseridos.	N.A	NÃO CABE, CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM-RIO/SMS/RIOSAUDE Nº117, DE 28 DE MAIO DE 2025.
1.2	No geral, as condições aparentes de limpeza da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.3	As condições de climatização da unidade estão adequadas? Se não, especifique identificando o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.4	As condições de iluminação da unidade estão adequadas? Se não, especifique o(s) local(ais) e o tipo de não conformidade.	SIM	
1.5	As condições aparentes de conservação estrutural encontram-se adequadas? Se não, especifique o tipo de não conformidade e se o chamado já foi enviado à empresa de manutenção predial.	PARCIAL	VER RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS
2	Controle de acesso	Resposta	Observação
2.1	A equipe responsável pelo controle do acesso está devidamente posicionada? Se não, especifique o local, data, hora e tipo de não conformidade.	SIM	
2.2	A equipe responsável pelo controle do acesso e/ou garantia do patrimônio está devidamente uniformizada? Se não, especifique o local, data e demais não conformidades. (Nota: Considerar as categorias Agente de Portaria Acolhedor - AGP, Recepcionista e Maquero)	SIM	
3	Recursos Humanos	Resposta	Observação
3.1	Colaboradores contratados no período foram cadastrados no CNES dentro do prazo de até 30 dias da contratação? Se não, especifique a não conformidade	SIM	
3.2	Há ponto biométrico instalado e em funcionamento na unidade? Se não, especifique a não conformidade. (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)	SIM	
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	Vacância de profissionais assistenciais.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	SIM	
3.5	Os profissionais ativos que compõem a escala de trabalho correspondem aos que estavam presentes no momento da visita (verificar por amostragem)? Se não, especifique a não conformidade incluindo a quantidade e categoria profissional.	SIM	
3.6	Os profissionais assistenciais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente (verificar por amostragem)? Se não, especifique a categoria profissional, local, data, hora e demais não conformidades.	SIM	
4	Material de transporte, permanente ou insumos	Resposta	Observação
4.1	Os equipamentos de transporte como macas e cadeiras de rodas estão disponíveis e em perfeito funcionamento? Se não, especifique o equipamento de transporte e demais não conformidades.	SIM	
4.2	As condições dos mobiliários e/ou equipamentos estão em condições de uso? Se não, especifique o mobiliário/equipamento, demais não conformidades.	PARCIAL	Constatamos armários danificados nos 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.			

ASSINATURAS		
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: 30/06/2026 12:03:34

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Magalhães Bastos	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 17/06/2026

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

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
ENEIDA PEREIRA DOS REIS	11/258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
ELAINE SANT'ANNA DOS S. DAS 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: 30/06/2026 12:12:18

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: UPA Senador Camará	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 17/06/2026

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

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
ENEIDA PEREIRA DOS REIS	11/258.824-2	S/SUBHUE/CGE 5.1
ELAINE SANT'ANNA DOS 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: 30/06/2026 12:18:43

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 26/06/2026

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

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
JOSIANE DA C. ESTEVÃO SANT ANA	218525-4	DIVISÃO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

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

Relatório emitido por: JOSIANE DA CONCEICAO ESTEVAO SANT ANA - CPF: 05257047799 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 14:06:45

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: 06-2026

Data Visita: 30/06/2026

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	
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

ASSINATURAS

Nome Completo	Matrícula	Setor
VALDO NOVELLO	224.627-0	S/IVISA-RIO/CAD
VAGNER 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: 30/06/2026 16:07:29

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Policlínica Rodolpho Rocco	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 30/06/2026

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	N.A	
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	Ponto biometrico situado na UPA Del castilho que funciona no mesmo predio da Pol. Rodolpho Rocco.
3.3	A equipe contratada está em conformidade com o quantitativo previsto no instrumento contratual? Verificar por amostragem Se não, especifique a não conformidade.	PARCIAL	no mês de junho de 26, contabilizamos 4 faltas e/ ou remanejamento sem reposição nos plantões diurnos e 7 faltas e/ ou remanejamento sem reposição nos plantões noturnos.
3.4	A escala de profissionais está devidamente publicada na unidade? Se não, especifique a não conformidade.	N.A	
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

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

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

Relatório emitido por: LEANDRO COSTA FERREIRA - CPF: 08781066775 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 16:27:51

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Centro de Treinamento do Humaitá, IVISA-RIO	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 30/06/2026

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	
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	
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	

RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS - Apontar considerando o observado nos itens acima
Informamos que a Unidade encontra-se em processo de obras. Durante este período, a equipe originalmente alocada no local está desempenhando suas atividades na sede do IVISA-Rio. Ressaltamos que as atividades seguem normalmente, sem prejuízo à continuidade dos serviços. Para quaisquer necessidades ou demandas relacionadas, solicitamos que sejam direcionadas ao endereço atual da sede.

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
GEILA CERQUEIRA FELIPE	12/217.085-0	S/IVISA-RIO/CGIPE/GES

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: GEILA CERQUEIRA FELIPE - CPF: 02950404758 - Data/Hora Criação: 30/06/2026 16:28:28

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

Unidade: Sede Administrativa Da Cap 2.2	Nº do Instrumento: 251/2023
Mês de competência: 06-2026	Data Visita: 30/06/2026

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.

ASSINATURAS		
Nome Completo	Matrícula	Setor
PRISCILA GUIMARÃES DOS ANJOS	112306660	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: 30/06/2026 16:51:10