

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES 9º ADITIVO (NOVEMBRO/2024)**

**SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

**EXECUTOR:** Santa Casa de Misericórdia de Guará **CNES:** 2078414

**CNPJ N°** 48.341.283/0001-61

**Código do IBGE:** 3517406

**Endereço:** Rua 24 N° 872, Jardim Paranoá

**CEP:** 14.790-000

**Município:** Guará/SP

**1.1 RESPONSÁVEL:** Franciene Lucas

**1.2 MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO:** Dr. Rafael Santos Zemi

**1.3 ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICA:** Edmara Cândida Tavares

**1.4 PORCENTAGEM DE ATENDIMENTOS NO MÊS: NOVEMBRO**

SUS	PARTICULAR	CONVÊNIO
75,79%	1,12%	23,09

**2. DADOS DA PARCERIA:**

**Objeto:** Serviços ambulatoriais e hospitalares complementares de saúde.

**Vigência:** 23/09/2024 à 22/03/2025

**Valor:** R\$ 13.002.582,30

**3. EXECUÇÃO**

**3.1 Serviços pactuados:**

- Internações hospitalares;
- Assistência ambulatorial;
- Serviços auxiliares de diagnóstico: exames de análises clínicas, anátomo patologia, radiografia, densitometria, ultrassonografia, tomografia, endoscopia, colonoscopia, teste ergométrico, Eletroencefalograma, teste da orelhinha e espirografia.
- Assistência e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva UTI.

**3.2 OBJETIVOS**

**3.2.1 Objetivo Geral:** Garantir o atendimento para os munícipes na média complexidade da atenção especializada.

**3.2.2 Objetivos Específicos**

- Oferecer atendimento especializado na assistência hospitalar;
- Oferecer assistência ambulatorial especializada;
- Oferecer procedimentos com finalidade diagnóstica.
- Oferecer assistência e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI

**4. METAS E INDICADORES**

**4.1 Metas Quantitativas:**

**4.1.1 Assistência Hospitalar: Grupo I**

Especialidade	Previsto	Executado
Internação Clínica	60	115
Internações Obstétricas e Ginecológicas	13	25
Internações Pediátricas	9	8
Internações Cirúrgicas	86	127
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>275</b>

#### 4.1.2 Assistência ambulatorial: Grupo II

Grupo - Subgrupo	Consulta por Especialidade	Previsto	Executado
03.01.01.007-2	Cirurgia Geral	150	119
03.01.01.007-2	Dermatologia	150	103
03.01.01.007-2	Endocrinologia	180	124
03.01.01.007-2	Gastroenterologia	150	154
03.01.01.007-2	Hepatologista	30	30
03.01.01.007-2	Neurocirurgia	160	131
03.01.01.007-2	Neurologia	100	143
03.01.01.007-2	Oftalmologia	150	191
03.01.01.007-2	Ortopedia	550	440
03.01.01.007-2	Otorrinolaringologista	90	104
03.01.01.007-2	Psiquiatria	350	333
03.01.01.007-2	Psiquiatria Caps	600	555
03.01.01.007-2	Urologista	120	59
03.01.01.007-2	Vascular	190	167
03.01.01.007-2	Infectologia	90	87
03.01.01.007-2	Cardiologia	120	123
030106010-0	Atendimento Ortopédico com Imobilização provisória	2	6
030309003-0	Tratamento de Doença do Sistema Osteomolecular e do Tecido Conjuntivo	14	0
<b>Total</b>		<b>3.196</b>	<b>2869</b>

#### 4.1.3 Procedimento com Finalidade Diagnóstica: Grupo III

Grupo - Subgrupo	Procedimento	Previsto	Executado
<b>0201- Coleta de Material</b>			
02.01.01.056-9	Coleta de Material;	1	0
<b>0203 – Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica<sup>10</sup></b>			
02.03.02.003-0	Diagnostico por anatomia patológica e citopatológica;	1	0
<b>0204- Diagnóstico em Radiologia</b>			
02.04	Diagnóstico por Radiologia;	1.500	897
02.04.06002-8	Densitometria Óssea;	25	20
<b>0205- Diagnóstico por Ultrassonografia</b>			
02.05.02	Diagnostico por Ultrassonografia	850	787
02.05.01	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	50	64
02.05.01.003-2	Ecocardiograma	40	36
<b>0206 – Diagnóstico por Tomografia</b>			
02.06	Diagnóstico por Tomografia	260	303
<b>0209 – Diagnóstico por Endoscopia</b>			

020901003-7	Endoscopia	40	0
020901002-9	Colonoscopia	5	0
<b>0211- Diagnóstico por Especialidade3</b>			
021102006-0	Teste Ergométrico	3	3
021105002-4	EEG em Vigília c/ ou s/ fotoestimulo	35	32
021107042-4	Teste da Orelhinha - reteste	2	0
<b>Total</b>		<b>2812</b>	<b>2084</b>

#### 4.1.4 Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: Grupo IV

Procedimento	Descrição	Previsto	Executado
04	Procedimentos Cirúrgicos	18	18
<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>18</b>

#### 4.1.5 Assistência em Unidade de Terapia Intensiva: Grupo V

Descrição	Previsto	Executado
Leitos de UTI tipo II	10	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

#### 4.1.6 Resumo dos grupos

Grupos de Procedimento	Previsto	Executado
Grupo 1 – Assistência Hospitalar	139	275
Grupo 2 – Assistência Ambulatorial	3746	2869
Grupo 3 – Procedimentos com Finalidade Diagnostica	2818	2084
Grupo 4 – Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	22	18
Grupo 5 – Leitos de UTI	10	10
<b>Total</b>	<b>6735</b>	<b>5256</b>

### 5. AVALIAÇÃO

#### 5.1 Indicadores para avaliação do serviço:

##### 5.1.2 Indicadores e metas qualitativas referente ao desempenho

Indicador	Meta	Ponto	Execução
<b>COMISSÕES</b>			
Revisão de Prontuário	Apresentar, a ata da reunião, relacionada à organização dos prontuários e a qualidade dos registros (internações gerais e em Unidade de Terapia Intensiva - UTI)	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
Atas das últimas reuniões das comissões de: Ética Médica, Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente e Revisão de óbito	Comissões atuantes	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO

Comissão de revisão óbitos	Apresentação de relatório de óbitos com análise por faixa etária e medidas adotadas	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
	Notificação dos óbitos maternos e neonatais, identificando: nome da mãe; endereço; idade; UBS que realizou o pré-natal	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
<b>HUMANIZA SUS</b>			
Serviço de ouvidoria para usuários e trabalhadores	Implantar ouvidoria para escuta de usuários e trabalhadores, com sistemática de respostas e apresentação dos relatórios trimestralmente após assinatura do convênio	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
Satisfação dos usuários do serviço	Aplicar, bimestralmente, pesquisa de avaliação do nível de satisfação dos usuários dos serviços pactuados por segmento (Atendimento ambulatorial, Internações gerais)	Acima de 75% de bom e ótimo - 10 pontos; Entre 74% a 50% de bom e ótimo - 5 pontos; Abaixo de 50% de bom e ótimo ou não implantando - 0 ponto.	EXECUTADO
Visitas diárias	Manter implantado o horário de visitas diárias de no mínimo três horas	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
	Manter implantado o horário de visitas noturno na pediatria e maternidade	Cumpriu - 10 pontos; Cumpru parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
	Manter implantado o horário de visitas diárias de no mínimo	Cumpriu - 10 pontos;	

	trinta minutos em Unidade de Terapia Intensiva – UTI	Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	
Orientação após alta médica	Realizar orientação pela enfermagem após todas as altas médicas	Cumpriu - 10 pontos; Cumprido parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Qualidade da alimentação fornecida ao usuário	Manter a qualidade da alimentação fornecida	Acima de 75% de bom e ótimo – 10 pontos; Entre 74% a 50% de bom e ótimo – 5 pontos; Abaixo de 50% de bom e ótimo ou não implantado – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL</b>			
Políticas do incentivo ao aleitamento materno	Garantir que 100% das parturientes atendidas no hospital recebam orientações referentes ao aleitamento	Cumpriu - 10 pontos; Cumprido parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Avaliação de Anoxia Neonatal (Apgar)	Realizar mensuração de Apgar no 1º e 5º minuto de vida do RN	Cumpriu - 10 pontos; Cumprido parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Testes em RN	Realizar Teste de Reflexo, Teste da Orelhinha e Teste da Linguinha em todos os RN	Cumpriu - 10 pontos; Cumprido parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Vacinação em RN	Realizar a vacina de Hepatite B em todos os RN antes da alta hospitalar.	Cumpriu – 10 pontos Cumprido parcialmente – 5 pontos	EXECUTADO

		Não cumpriu – 0 ponto.	
Partos	Apresentar relatório com quantidade de parto cesárea e parto normal realizados.	Cumpriu – 10 pontos Cumpriu parcialmente – 5 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS</b>			
Farmácia	Funcionamento do Serviço de Farmácia de acordo com as normas da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b>			
Levantamento de Absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do serviço.	Diminuição de absenteísmo e de incidência/prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>SANGUE</b>			
Banco de sangue	Funcionamento do Banco de Sangue de acordo com as normas da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</b>			
Alimentação e Nutrição	Acompanhar o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da ANVISA.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>SAÚDE DA MULHER</b>			
Participação e atuação no comitê de Mortalidade Materna Infantil	Participar do Comitê de Mortalidade Materno Infantil implantado no Município de Guairá.	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>HIV/DST/AIDS</b>			
HIV/IST/AIDS	Realização de teste rápido para HIV, VDRL e TPHA confirmatório (reagentes de VDRL) em 100% de parturientes que ingressarem na maternidade para parto	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Notificação compulsória	Realização de 100% de notificação compulsória de sífilis	Cumpriu - 10 pontos;	EXECUTADO

	congênita e de gestantes HIV+/crianças expostas	Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	
<b>ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS/ELETIVAS</b>			
Cirurgias eletivas	Diminuição de 10% ao ano na taxa de infecção hospitalar após cirurgia.	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>ATENÇÃO À SAÚDE</b>			
Atenção à Saúde	Disponibilizar a agenda de procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas para o gestor municipal/Central de regulação de vagas	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
	Manter o sistema de alta qualificada e contra referência dos clientes SUS estabelecida e registrada, encaminhando o cliente à rede de serviços SUS	Cumpriu – 10 pontos Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
<b>GESTÃO HOSPITALAR</b>			
Gestão hospitalar	Apresentar e monitorar a taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência mensal e taxa de mortalidade das internações de enfermagem	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Monitoramento interno de acompanhamento de metas	Instituir e manter comissão interna de monitoramento do convênio SUS	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Atualização do CNES	Manter os dados do CNES atualizados, em especial dos serviços/equipamentos/recursos humanos.	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente – 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	EXECUTADO
Escala de plantão	Identificar e divulgar escala dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, contendo nome e especialidade do	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente	EXECUTADO

	plantonista. Deve ser fixado, diariamente, em local visível ao público, nas unidades de internação, pronto socorro, ambulatório, UTI e nos demais serviços.	– 5 pontos; Não cumpriu – 0 ponto.	
Alvarás de funcionamento fornecidos pela VISA das diversas áreas do Hospital	Apresentar anualmente as licenças/alvarás da VISA	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
Disponibilização de agenda de marcação de consultas e exames.	Apresentar agendar de consultas e exames.	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO
<b>DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>			
Capacitação permanente dos profissionais que atuam no hospital	Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital visando desenvolvimento profissional e o fortalecimento do trabalho multiprofissional	Cumpriu - 10 pontos; Cumpriu parcialmente - 5 pontos; Não cumpriu - 0 ponto.	EXECUTADO

## 6. MONITORAMENTO

### 6.1 INTERNO

Atividade	Previsto	Executado
Pela equipe que compõe a equipe para elaboração de documentos e avaliação da evolução da proposta de trabalho.	Relatório Técnico de Atividades e físico – financeiro (mensal);	
	Produção dos procedimentos realizados mensalmente;	
	Apresentação de CNDs;	
	Alimentação da transparência	

### 6.2 EXTERNO

Atividade	Previsto	Executado
Por meio de comissão de fiscalização que deverá acompanhar e monitorar o cumprimento de metas pactuadas no plano de trabalho.	Visita in loco	
	Relatório de acompanhamento.	
	Reuniões, análise de documentos, pesquisa de satisfação, tabulação de dados e emissão de gráficos e tabelas.	
	Parecer anual	

	Parecer conclusivo	
--	--------------------	--

<b>6.3 Dificultadores: - Escassez de profissionais para atendimento de consultas</b> <b>- Dificuldade de novas contratações, devido ao valor de consulta menor que valor executado em região.</b>
--

<b>-Absentismo dos pacientes em consultas e exames agendados.</b>
---

<b>6.4 Facilitadores: - Empenho da equipe técnica e operacional.</b>
--

Guairá/SP, 20 de fevereiro de 2025.



**BEATRIZ IOLANDA MIRA RODRIGUES**  
CPF: 361.627.628-40  
ADMINISTRADORA



**EDMARA CÂNDIDA TAVARES**  
CPF: 284.588.538-50  
ENFERMEIRACOORDENADORA  
COREN: 180849

	<b>ATA</b>	Data: 30/11/2024	
	<b>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</b>	Reunião 11/2024	Pág: 1 de 2

CONVOCADOS	CARGO
Dr.º Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Lamyá Tamam Kassem Pinheiro	Enfermeiro

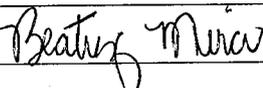
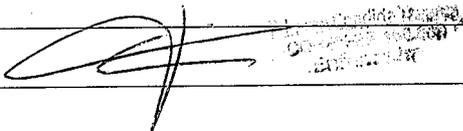
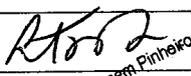
### I – PAUTA

- Definição dos membros atuantes da Comissão de Revisão de Prontuários da Santa Casa de Guairá.

### II – ASSUNTOS DISCUTIDOS

1. Definição dos membros citados como integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários
2. Explicado as funções das comissões nos termos descritos no regimento interno.
3. A comissão se reunirá a cada dois meses, onde serão avaliados prontuários de maneira amostral e realizados ações pertinentes, bem como serão analisadas pautas cabíveis à esta comissão, quando houver.
4. Análise do mês Novembro

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

Lamyá T. Kassem Pinheiro  
Enfermeira  
COREN-SP: 219301

	<b>ATA</b>	Data: 30/11/2024	
	<b>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</b>	Reunião 11/2024	Pág: 2 de 2

<b>Drº Rafael Zeme</b>	<b>Diretor Técnico</b>
<b>Beatriz Iolanda Mira Rodrigues</b>	<b>Administradora</b>
<b>Edmara Candida Tavares</b>	<b>Gerente de Enfermagem</b>
<b>Lamya Tamam Kassen Pinheiro</b>	<b>Enfermeiro</b>

## II – PAUTA

- Análise dos prontuários do no mês de Novembro de 2024

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

- Promovido a análise dos prontuários, como qualidade das informações contidas nos prontuários dos:

### A. Novembro

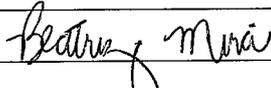
A.E.F. prontuário 60980

G.A.P. prontuário 55614

L.V.P. prontuário 37982

- Evidenciado a necessidades de melhorias: Foi realizado reunião com Dr Rafael Zeme diretor técnico e passado os erros apontados e encontrados em prontuários revisados, onde o mesmo passara para equipe medica, já os erros da enfermagem foi discutido com a gerente de enfermagem que prontifico a passar os erros que estão em anexo para cada responsável de sua equipe. (Reuniões e treinamentos)
- Em anexo checklist de coleta de dados dos prontuários analisados nesta reunião.

## III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

Lamya T. Kassen Pinheiro  
Enfermeira  
COREN-SP: 219301

	<b>ATA</b>	Data: 30/11/2024	
	<b>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</b>	Reunião 11/2024	Pág: 1 de 2

CONVOCADOS	CARGO
Dr.º Rafael Zeme	Diretor Técnico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Edmara Candida Tavares	Gerente de Enfermagem
Lamyra Tamam Kassem Pinheiro	Enfermeiro

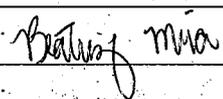
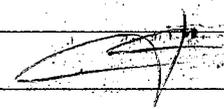
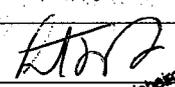
### I – PAUTA

- Definição dos membros atuantes da Comissão de Revisão de Prontuários da Santa Casa de Guairá.

### II – ASSUNTOS DISCUTIDOS

1. Definição dos membros citados como integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários
2. Explicado as funções das comissões nos termos descritos no regimento interno.
3. A comissão se reunirá a cada dois meses, onde serão avaliados prontuários de maneira amostral e realizados ações pertinentes, bem como serão analisadas pautas cabíveis à esta comissão, quando houver.
4. Análise do mês Novembro da Uti

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

Lamyra T. Kassem Pinheiro  
Enfermeira  
COREN-SP: 219301

	<b>ATA</b>	Data: 30/11/2024	
	<b>Formação da Comissão de Revisão de Prontuários</b>	Reunião 11/2024	Pág: 2 de 2

<b>Drº Rafael Zeme</b>	<b>Diretor Técnico</b>
<b>Beatriz Iolanda Mira Rodrigues</b>	<b>Administradora</b>
<b>Edmara Candida Tavares</b>	<b>Gerente de Enfermagem</b>
<b>Lamy Tamam Kassen Pinheiro</b>	<b>Enfermeiro</b>

## II – PAUTA

- Análise dos prontuários do mês de Novembro de 2024

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

- Promovido a análise dos prontuários, como qualidade das informações contidas nos prontuários dos:

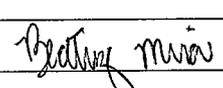
A. Novembro

L.A.J. prontuário 19209

O.B.S. prontuário 14101

- Evidenciado a necessidades de melhorias: Foi realizado reunião com Dr Rafael Zeme diretor técnico e passado os erros apontados e encontrados em prontuários revisados, onde o mesmo passara para equipe medica, já os erros da enfermagem foi discutido com a gerente de enfermagem que prontifico a passar os erros que estão em anexo para cada responsável de sua equipe. (Reuniões e treinamentos)
- Em anexo checklist de coleta de dados dos prontuários analisados nesta reunião.

## III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	
3.	
4.	

Lamy T. Kassen Pinheiro  
Enfermeira  
COREN-SP: 219301



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.SCIH 025 – 03 PAGINAS	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA PROGRAMAÇÃO DE AUDITORIA NA DISTRIBUIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS PARA O ANO DE 2025.	EMIÇÃO: 07/11/24 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ

# ATA

Programação da Auditoria na  
distribuição de Antimicrobianos para o  
ano de 2025.



Serviço de  
Controle de Infecção  
Hospitalar



TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.SCIH 025 – 03 PÁGINAS.	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA PROGRAMAÇÃO DE AUDITORIA NA DISTRIBUIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS PARA O ANO DE 2025.	EMIÇÃO: 07/11/24 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ

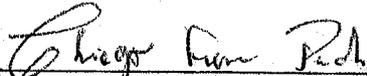
1. Pauta

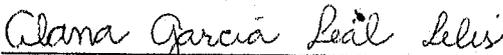
- Apresentação do modelo de ficha que será distribuído para cada tipo específico de ATB.
- Explicação do Fluxograma de distribuição pelo S.C.H.I.
- Abertura para discussões para finalização desse fluxograma.
- Lista de colaboradores e membros que participaram da reunião.

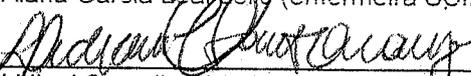
2. Desenvolvimento da reunião

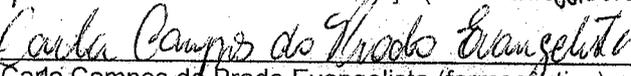
No dia 7 de novembro de 2024, Dr. Thiago inicia a reunião explicando a importância do Programa do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, principalmente perante a distribuição dos antimicrobianos. Foi divulgado metas e como será realizado o fluxograma mediante cada setor específico e suas necessidades. De início será liberado três tipos de ficha: branca, azul e amarela. Amarela liberação imediata do medicamento, (UTI), ficha azul liberação imediata para profilaxia no Centro Cirúrgico e Ficha Branca para os demais setores do hospital. Após a discussão e ajuste destes tópicos, ficou decidido que será realizado pelo médico infectologista reunião com o corpo clínico do hospital para apresentar o fluxograma e dar início ao Programa de distribuição de antimicrobianos no mês de Janeiro 2025 podendo ser prorrogado para Fevereiro de 2025. Sendo finalizada a reunião com a aprovação de todos os membros descrito abaixo.

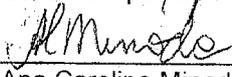
Guaira, 7 de Novembro de 2024.

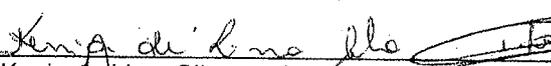
  
Dr. Thiago Cesar Pardi (médico infectologista SCIH).  
Infectologista / RQE 104142

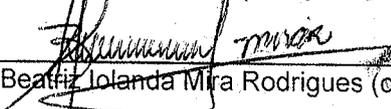
  
Alana Garcia Leal Leles (enfermeira SCIH).  
Enfermeira / COREN-SP 226100

  
Lidiani Carvalho dos Santos Araujo (enfermeira coordenadora da UTI).  
Enfermeira / COREN-SP 161581

  
Carla Campos do Prado Evangelista (farmacêutica).  
Farmacêutica / CRF-28043

  
Ana Carolina Minoda (enfermeira).  
Enfermeira / COREN-SP 102187 - EN.

  
Kenia de Lima Silva (enfermeira coordenadora do serviço de higiene).  
Enfermeira / COREN-SP: 388728

  
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues (chefe geral administração).



TIPO DO DOCUMENTO	ATA	ATA.SCIH 025 - 03 PÁGINAS	
TÍTULO DO DOCUMENTO	ATA DA PROGRAMAÇÃO DE AUDITORIA NA DISTRIBUIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS PARA O ANO DE 2025.	EMISSÃO: 07/11/24 VERSÃO: 001	LOCAL: SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRÁ

*Edmara C. Tavares*

Edmara Candida/Tavares (enfermeira Gerente de Enfermagem).

RECEBUEIRO  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA  
ENFERMAGEM

*Eliezer Magalhães Castro*

Eliezer Magalhães Castro (chefe do serviço de manutenção e obras hospitalares).

*Camila Danieli Lopes Jacomini*

Camila Danieli Lopes Jacomini (enfermeira chefe do pronto socorro, recepção e portaria).

*Janaína Beraldo*

Janaína Beraldo da Silva Santos (enfermeira responsável pelo bloco cirúrgico).

Janaína Beraldo da Silva Santos  
Enfermeira  
CPF: 022.233

*Gabrieli Bento da Silva*

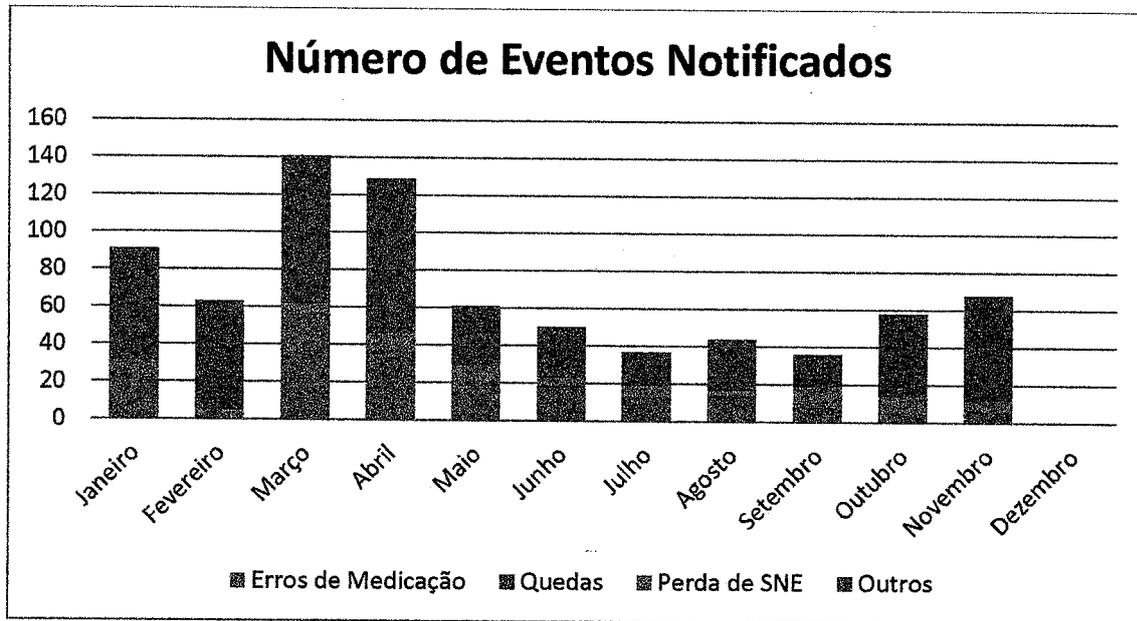
Gabrieli Bento da Silva (responsável pelo laboratório clínico).

*Tais Maira Silva Rodrigues Escavassa*

Tais Maira Silva Rodrigues Escavassa (Técnica Segurança do trabalho).

*Tais Maira S. R. Escavassa*  
Téc. de Segurança do Trabalho  
Registro: 0127632/SP

Análise Eventos 30/11/2024  
Núcleo de Segurança do Paciente  
Santa Casa de Guáira-SP



- A MAIOR NOTIFICAÇÃO ENCONTRADA NOS EVENTOS ADVERSOS FOI A PERDA DE AVP, SENDO PAUTADO EM REUNIÃO COM A FARMACÊUTICA CARLA PARA FAZER TREINAMENTO COM OUTRAS MARCAS.

 <b>Santa Casa</b> <small>Grupos - São Paulo</small>	<b>ATA</b>	Data: 11/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 12/2024	Pág.: 1 de 4

<b>CONVOCADOS</b>	<b>CARGO</b>
Dr. Ricardo Cid Pardi	<b>Diretor Clínico</b>
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	<b>Administradora</b>
Edmara Candida Tavares	<b>Enfermeira</b>
Fernanda Pavani Alves de Sousa	<b>Enfermeira</b>
Claudinéia Marques de Souza	<b>Enfermeira</b>

## **II – PAUTA**

- Análise dos óbitos ocorridos no hospital no mês de Novembro/2024.

## **III – ASSUNTOS DISCUTIDOS**

1. Promovida análise dos óbitos, bem como qualidade das informações dos atestados emitidos. Óbitos analisados:

### **a. L.S.L- PRONTUÁRIO: 680220**

08/10/24 paciente admitida em leito de uti, proveniente do ps, consciente, orientada com: has, dpoc, ex tabagista, tep prévio há 2 semanas, investigação de neoplasia de pulmão no ha. Refere que há 2 dias iniciou com quadro de tosse produtiva em grande quantidade de secreção e piora do padrão respiratório. Deu entrada no ps dessaturando e taquipneica. Respirando desconfortável com cateter de o2 a 4l/m. 09/10/2024 paciente mantendo estável hmd, em uso de cateter 4l/m, intercalando com vni. Início de antibioticoterapia, sem dva.. 10/10/24 paciente mantendo estável mantendo cateter de o2 4l/m e vni, sem dva. 11/10/24 paciente mantendo estável hmd, em uso de cateter de o2 a 2l/m, e vni. Realizada correção de hiperglicemia. Mantendo antibióticos. 12/10/2024 mantendo estável em uso de cateter 2l/m e vni. Segue sem sedação e dva. 13/10, 14/10 mantendo estável com cateter de o2 e vni, consciente orientada, segue monitorizada. 15/10/24 paciente consciente, orientada, mantendo vni quase continua desde as 22h devido episódios de broncoespasmos severo que recorreu as 5h da manhã. Apresentou novo episódio de broncoespasmo. 16/10 paciente estável, mantendo vni quase continua, apresentou 2 episódios de broncoespasmo. mantendo cateter de

	<b>ATA</b>	Data: 11/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 12/2024	Pág.: 2 de 4

seguinte com antibióticos, sem sedação e dva até o dia 01/11. No dia 02/11 paciente respirando com auxílio de O<sub>2</sub> a 4l/m, baixa aceitação de dieta oral, ficando maior parte do tempo em vni, conversado com a paciente sobre possível intubação, paciente aceita mas pede para tentar mais tempo terapia sem intubação. 03/11/24 no período da noite paciente evoluiu para insuficiência respiratória, sendo necessário realizar intubação. Iniciado noradrenalina. Sedada com midazolam, fentanil, cetamina e cisatracurio, inicia dieta por sne. 04/11/24 paciente monitorizada, estável em uso de noradrenalina 1ml/h. Sedada e dieta por sne. Sem intercorrências no período. 05/11/24 paciente monitorizada estável, sedada e recebendo dieta por sne. Sem intercorrências. 06/11/24 paciente monitorizada, estável em uso de noradrenalina 1ml/h, em ventilação mecânica, sedada, dieta por sne. 07/11/2024: paciente monitorizada estável às custas de noradrenalina 0,12 mcg/kg/min, ventilação mecânica e sedada. Paciente mordendo a boca com sangramento oral. Recebe dieta por sne. Às 18:11h paciente monitorizada, estável às custas de noradrenalina 0,32 mcg/kg/min, sedada. Mantendo placa febril apesar de terapia antitérmica de horário. Às 22:56h paciente em estado gravíssimo estado geral evoluiu com hipotensão severa refratária a noradrenalina 4mcg/kg/min e vasopressina 0,04µg/min, às 22:50h paciente evoluiu em assistolia devido à ausência de resposta às todas medidas clínicas até o momento. Às 22:50h declarado óbito, comunicado à família.

**b. N.P – PRONTUÁRIO: 689595**

Paciente admitido em leito de enfermagem com histórico de hipertensão arterial sistêmica (has), diabetes mellitus (dm) e metástase óssea. A família relatou astenia, inapetência, prostração e desidratação, sendo instalada sonda nasogástrica enteral (sne) para alimentação. Em 10/11/2024, o paciente recebeu transfusão de 2 bolsas de concentrado de hemácias (ch). Estava em cuidados paliativos, em uso de morfina. No dia 11/11/2024, às 10h, apresentou piora clínica com evolução para dispneia, sendo iniciado suporte de oxigênio por máscara a 15 l/min. O médico plantonista foi comunicado e prescreveu hidratação venosa com 10 ampolas de morfina diluídas em solução fisiológica (sf) em bomba de infusão contínua (bic). Às 15h30, o paciente apresentou febre (38,3 °C), frequência cardíaca diminuída, saturação de oxigênio em 81% com máscara e esforço respiratório (gaspings). Às 16h, foi observada cianose nas extremidades e ausência de pulso periférico. O médico plantonista foi novamente comunicado, e o eletrocardiograma (ecg) confirmou ausência de atividade elétrica cardíaca. O óbito foi constatado às 16h02.

	ATA	Data: 11/2024	
	COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	Reunião: 12/2024	Pág.: 3 de 4

**c. N.M.C – PRONTUÁRIO: 688604**

Paciente admitido em leito de uti, proveniente do pronto socorro, com quadro de dispneia, febre, em ventilação mecânica sedado com midazolam e fentanil. Estável com noradrenalina 0,32 mcg/kg/min. Início de antibioticoterapia ceftriaxona, azitromicina, clindamicina. 05/11 segue conduta, as 13:15 paciente apresenta sangramento de vias aéreas, após passagem de sne. realizado tampão com sucesso. Segue estável com noradrenalina, vasopressina e dobutamina. No dia 06/11/24 início de meropenem. Em uso de precedex. 08/11, início de vancomicina. Mantendo os cuidados e condutas. Em 13/11 paciente necessita de altas concentrações de oxigênio pela manhã. Mantendo em ventilação mecânica e sedada. Paciente com necessidades de hemodiálise, porém sem possibilidades hemodinâmica. 15/11/24 as 9h paciente em gravíssimo estado geral, monitorizado no leito. Família ciente do quadro. Segue em cuidados intensivos. As 16:27h mantendo drogas no limite máximo, paciente apresenta assistolia, e constatado óbito as 17:06h pelo dr Matheus Bolsoni.

**d. E.S – PRONTUÁRIO: 81669**

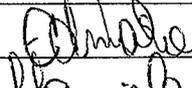
Paciente do sexo masculino, 92 anos, admitido às 19h30 em leito de enfermaria para tratamento clínico e cuidados paliativos. Portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) como comorbidades. À admissão, apresentava quadro de dispneia grave, sendo necessário suporte de oxigênio a 15 L/min e administração de morfina associada a solução fisiológica (SF) em acesso jugular. Às 20h38, foi constatada ausência de movimentos respiratórios, sons pulmonares inaudíveis e ausência de sinais vitais. Traçado eletrocardiográfico (ECG) indicou atividade elétrica inexistente. O óbito foi confirmado pela médica plantonista, Dra. Ticiane.

 <b>Santa Casa</b> <small>Guarapiranga - São Paulo</small>	<b>ATA</b>	Data: 11/2024	
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</b>	Reunião: 12/2024	Pág.: 4 de 4

## 2. EVIDENCIANDO MELHORIAS:

- **Clareza na escrita:** melhorar a legibilidade dos registros de enfermagem, garantindo uma escrita clara e legível.
- **Conexão e Contextualização:** garantir que o relatório tenha uma estrutura lógica com começo, meio e fim, facilitando a compreensão da trajetória do paciente.
- **Equipe Multidisciplinar:** clareza e concisão nos relatórios das equipes, destacando os pontos chaves do estado clínico do paciente.
- **Comunicação Interdisciplinar:** Eficaz e clara entre as equipes, garantindo que todas as informações relevantes sejam compartilhadas de maneira oportuna e precisa
- **Educação continuada:** Em situações de emergência para equipe de enfermagem.
- **Estabelecer protocolo entre equipe:** quando houver transição de paciente de enfermagem para sala de emergência em outro setor.
- **Prescrição médica e/ou relatório da equipe:** não há registros claros se a transfusão foi realizada ou não.
- **Enfermeiros:** Não consta evolução em algumas SAEs de óbito, com maior frequência dos enfermeiros de enfermagem.

### III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.	
2.	Beatriz Murai
3.	Edmarcio Soares
4.	



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**Notificação de Óbitos- Novembro /2.024**

Guairá, 01 de Dezembro de 2.024

Óbito Materno	Óbito Infantil	Óbito Fetal
0	0	0

Claudineia M. Souza  
COREN-SP-ENF-513386

Fernanda Pavani Alves de Sousa  
COREN-SP-ENF-125950

Edmara Candida Tavares  
COREN-SP-ENF-180849



## Plano de Trabalho – Mês 11/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: Colaboradores – Santa Casa de Guaíra

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO – MÊS 11/2024

OBS: Total de pesquisas com 05 colaboradores de diversos setores no hospital.

1) Você sente orgulhoso em trabalhar na Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM- 05                      NÃO- 00

2) Você recomendaria ser um colaborador da Santa Casa para seus colegas?

Resposta: SIM- 05                      NÃO - 00

3) Você se sente bem quando tem que vir trabalhar na Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM – 05                      NÃO - 00

4) Você sabe a quem pedir ajuda quando tem alguma dúvida?

Resposta: SIM – 05                      NÃO - 00

5) Você sente que dentro da equipe de gestão a comunicação é eficiente?

Resposta: SIM- 04                      NÃO- 01

6) Você se sente valorizada mediante ao seu trabalho na Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM - 04                      NÃO - 01

7) Você acha que seu trabalho é distribuído igualmente entre sua equipe?

Resposta: SIM- 04                      NÃO- 01

8) Você acha seu trabalho significativo?

Resposta: SIM- 05                      NÃO- 00

9) Você está feliz sendo um colaborador da Santa Casa de Guaíra?

Resposta: SIM - 05                      NÃO -00

*Nadiege Freitas*  
Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
CRESS-SP 6941U

## Plano de Trabalho - Mês 11/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: Exames Ambulatoriais

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 11/2024  
OBS: Total de pesquisas com 23 pacientes.

1) O agendamento do exame ambulatorial foi demorado?  
Resposta: SIM- 00                      NÃO- 23

2) Como foi o atendimento na sala de espera?  
Resposta: EXCELENTE- 00    BOM- 23    REGULAR- 00    PÉSSIMO- 0

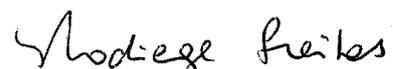
3) Como considera o tempo de espera para atendimento?  
Resposta: EXCELENTE- 02    BOM- 21    REGULAR- 00    PÉSSIMO 0

4) Como foi a acessibilidade na sala de espera e no consultório?  
Resposta: EXCELENTE- 01    BOM- 22    REGULAR- 00    PÉSSIMO- 0

5) Como foi o atendimento médico ou técnico durante o exame?  
Resposta: EXCELENTE- 02    BOM- 21    REGULAR- 00    PÉSSIMO- 0

6) Como estava a limpeza da sala de espera e consultório?  
Resposta: EXCELENTE- 00    BOM- 23    REGULAR- 00    PÉSSIMO- 0

**TEVE 1 ELOGIO DA EQUIPE DE RADIOGRAFIA**

  
**Nadiege S. Santana de Freitas**  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410



## Plano de Trabalho - Mês 11/2024

Responsável: Nadiège da Silva Santana de Freitas

Função: Assistente Social

Setor: Pronto Socorro Municipal

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 11/2024

OBS: Total de pesquisas com 07 pacientes.

1) Como foi o atendimento na recepção?

Resposta: EXCELENTE- 02    BOM-05    REGULAR- 0    PÉSSIMO- 0

2) Como foi o atendimento na sala de triagem?

Resposta: EXCELENTE-02    BOM-05    REGULAR-0    PÉSSIMO- 0

3) Como foi o atendimento médico?

Resposta: EXCELENTE-02    BOM- 05    REGULAR-0    PÉSSIMO- 0

4) O atendimento da enfermagem atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM-07    NÃO- 0

5) Como estava a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: EXCELENTE-02    BOM-05    REGULAR -00    PÉSSIMO- 0

*Nadiège Freitas*  
Nadiège S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410

25

## PLANO DE TRABALHO- MÊS 11/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: UTI

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 11/2024  
OBS: Total de pesquisas com 04 pacientes.

1) Como foi o atendimento da recepção?

Resposta: EXCELENTE-02 BOM-02 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

2) O paciente foi orientado no ato da internação?

Resposta: SIM- 04 NÃO- 00

3) O atendimento da equipe de enfermagem atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM- 04 NÃO- 00

4) Como foi o atendimento médico?

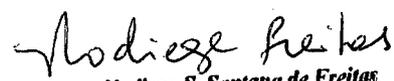
Resposta: EXCELENTE-02 BOM-02 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

5) Como foi o acolhimento do serviço social?

Resposta: EXCELENTE-02 BOM-02 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

6) Como observou a limpeza do setor?

Resposta: EXCELENTE-02 BOM- 02 REGULAR- 0 PÉSSIMO- 0

  
**Nadiege S. Santana de Freitas**  
Assistente Social  
CRESS-SP 69414

26

## PLANO DE TRABALHO- MÊS 11/2024

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social  
Setor: Enfermaria SUS

- PESQUISAS DE SATISFAÇÃO - MÊS 11/2024  
OBS: Total de pesquisas com 07 pacientes.

1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?

Resposta: EXCELENTE-04 BOM-03 REGULAR- 00 PÉSSIMO- 00

2) O paciente ou familiar foram orientados no ato da internação?

Resposta: SIM-07 NÃO- 00

3) Como foi a alimentação nos dias de internação?

Resposta: EXCELENTE-05 BOM-02 REGULAR-00 PÉSSIMO- 00

4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: EXCELENTE-04 BOM-03 REGULAR-00 PÉSSIMO- 00

5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?

Resposta: SIM-07 NÃO-00

6) O médico deu atenção necessária? Como estava a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Resposta: SIM-07 NÃO- 00

**TEVE 4 ELOGIOS DA EQUIPE DA ENFERMARIA SUS**

*Nadiege S. Santana de Freitas*  
Nadiege S. Santana de Freitas  
Assistente Social  
CRESS-SP 6844 Insc.

27



Nossa  
**Santa Casa**  
Guairá São Paulo

**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

## PLANO DE TRABALHO- MÊS 11/2024

### OUVIDORIAS

Responsável: Nadiege da Silva Santana de Freitas  
Função: Assistente Social

Data: 21/11/2024  
J.C.M.

*Nadiege Freitas*

**Nadiege S. Santana de Freitas**  
Assistente Social  
CRESS-SP 69410

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO POSTO 26/27**

Nome: maria José Soares (OBS. NÃO É OBRIGATÓRIO)

1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?

Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?

Sim      ( ) Não

3) Como foi a alimentação nos dias de internação?

Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?

Sim      ( ) Não

6) O médico deu atenção necessária?

Sim      ( ) Não

Alguma crítica ou elogio?-----

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO POSTO 26/27**

Nome: Lidiane Martins (OBS. NÃO É OBRIGATÓRIO)

1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?  
 Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?  
 Sim      ( ) Não

3) Como foi a alimentação nos dias de internação?  
 Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?  
 Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?  
 Sim      ( ) Não

6) O médico deu atenção necessária?  
 Sim      ( ) Não

Alguma crítica ou elogio? Muito Feliz com atendimento

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO POSTO 26/27**

Nome: Ana R. Duarte (OBS. NÃO É OBRIGATÓRIO)

1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?

( ) Excelente      (X) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?

(X) Sim      ( ) Não

3) Como foi a alimentação nos dias de internação?

( ) Excelente      (X) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?

( ) Excelente      (X) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?

(X) Sim      ( ) Não

6) O médico deu atenção necessária?

(X) Sim      ( ) Não

Alguma crítica ou elogio?-----

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO POSTO 26/27**

Nome: Heliana S. de Mattos (OBS. NÃO É OBRIGATÓRIO)

1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?

Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?

Sim      ( ) Não

3) Como foi a alimentação nos dias de internação?

Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?

Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo

5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?

Sim      ( ) Não

6) O médico deu atenção necessária?

Sim      ( ) Não

Alguma crítica ou elogio? Equipe está de parabéns

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO POSTO 26/27**

Nome: Sabrina Gaudara (OBS. NÃO É OBRIGATÓRIO)

- 1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?  
( ) Excelente       Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo
- 2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?  
 Sim      ( ) Não
- 3) Como foi a alimentação nos dias de internação?  
( ) Excelente       Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo
- 4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?  
( ) Excelente       Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo
- 5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?  
 Sim      ( ) Não
- 6) O médico deu atenção necessária?  
 Sim      ( ) Não

Alguma crítica ou elogio?-----

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO POSTO 26/27**

Nome: Rafaela C. Silva (OBS. NÃO É OBRIGATÓRIO)

- 1) Como foi o primeiro atendimento do paciente?  
 Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo
- 2) O paciente foi bem orientado no ato da internação?  
 Sim      ( ) Não
- 3) Como foi a alimentação nos dias de internação?  
 Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo
- 4) Como foi a limpeza do leito, quarto e banheiro?  
 Excelente      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Péssimo
- 5) O atendimento da equipe de enfermagem, atingiu suas expectativas?  
 Sim      ( ) Não
- 6) O médico deu atenção necessária?  
 Sim      ( ) Não

Alguma crítica ou elogio?-----

# **HORÁRIO DE VISITAS**

## **SUS**

**DAS 15:00 ÀS 16:30 HORAS**

**DAS 19:00 ÀS 20:30 HORAS**

## **Convênios**

**DAS 15:00 ÀS 16:30 HORAS**

**DAS 19:00 ÀS 20:30 HORAS**

## **UTI**

**DAS 16:00 ÀS 16:30 HORAS**



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Dezembro de 2024.

**Relatório Mensal de Orientações após Alta Hospitalar –  
Novembro 2024**

À Intervenção da

Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Informo que TODOS os pacientes são orientados quanto a receita médica, atestado/declaração, retorno e cuidados domiciliares no ato da alta hospitalar. Tais orientações são registradas no prontuário do paciente no Check list – Orientações de Alta Hospitalar com assinatura do cliente/responsável.

Ana Carolina M. Minoda  
Enfermeira  
COREN-SP: 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren-SP: 0102137



### Orientações de Alta - Check List

O médico responsável prescreveu a alta corretamente na prescrição?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Cliente recebeu orientação médica?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O médico responsável forneceu receita, atestado e/ou declaração ?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Foi entregue corretamente ao cliente a receita, atestado e/ou declaração?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O cliente recebeu orientações médicas quanto ao retorno ambulatorial?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O cliente foi orientado a respeito dos cuidados, limitações ou restrições que deverá ter no pós alta?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

O cliente irá para casa acompanhado por quem? Necessita de transporte (ambulância)?

---

Cliente necessita de cópias de exames realizados durante sua Internação?

Se SIM, pedir para cliente assinar pelo recebimento dessas cópias.

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

---

Cliente/Acompanhante necessita de orientação nutricional, relacionada a administração de dieta enteral?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Se SIM; pedir para cliente assinar após receber devida orientação.

OBS:

Guaitara, \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

---

EQUIPE DE ENFERMAGEM

---

CLIENTE/RESPONSÁVEL



Santa Casa de Misericórdia de Guairá  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000, CEP: 14.790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

## RELAÇÃO DE NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS NO MÊS DE NOVEMBRO DE 2024

REFEIÇÕES: CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR, CAFÉ DA TARDE E CEIA

PACIENTES	TOTAL REFEIÇÕES
SUS	2.100
CONVÊNIO MÉDICO	1.768
PARTICULAR	5

ACOMPANHANTES	TOTAL REFEIÇÕES
SUS	1.500
CONVÊNIO MÉDICO	1.749
PARTICULAR	5

TOTAL PACIENTES E ACOMPANHANTES	
SUS	3600
CONVÊNIO MÉDICO	3517
PARTICULAR	10
TOTAL	7127

DIETAS (LACTÁRIO)	ENFERMARIA E UTI
ENTERAL - BOLSA	113
SOLFIBER (FIBRA) SACHÊ	9
ARG REPAIR (CICATRIZAÇÃO)	27
SUPLEMENTO HMB	17
SUPLEMENTO ENERGYZIP	22
TOTAL	188

  
Marbela de Brito  
Nutricionista  
CRN-3 50824

Nutricionista

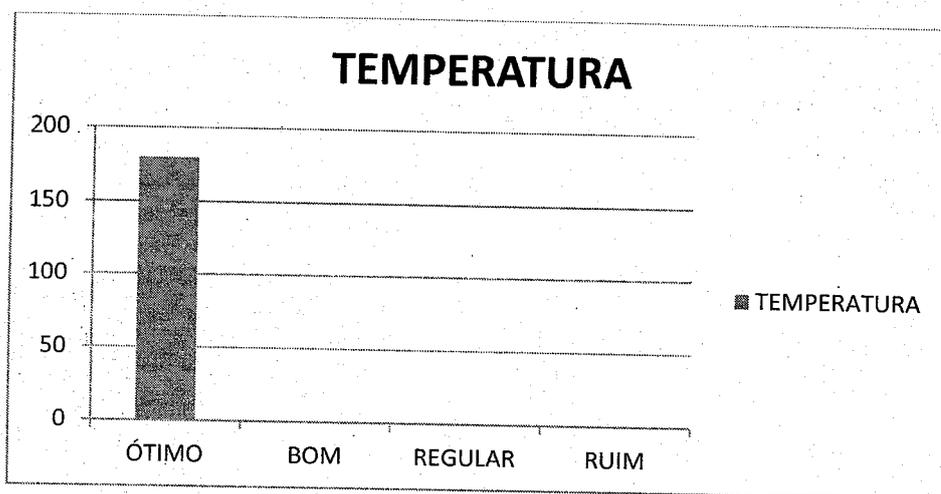
## PESQUISA DE SATISFAÇÃO – NOVEMBRO DE 2024

- Total de pesquisas no mês de NOVEMBRO de 2024: 180 pacientes  
A pesquisa é feita beira leito, com paciente sóbrio e com prescrição de alimentação via oral.

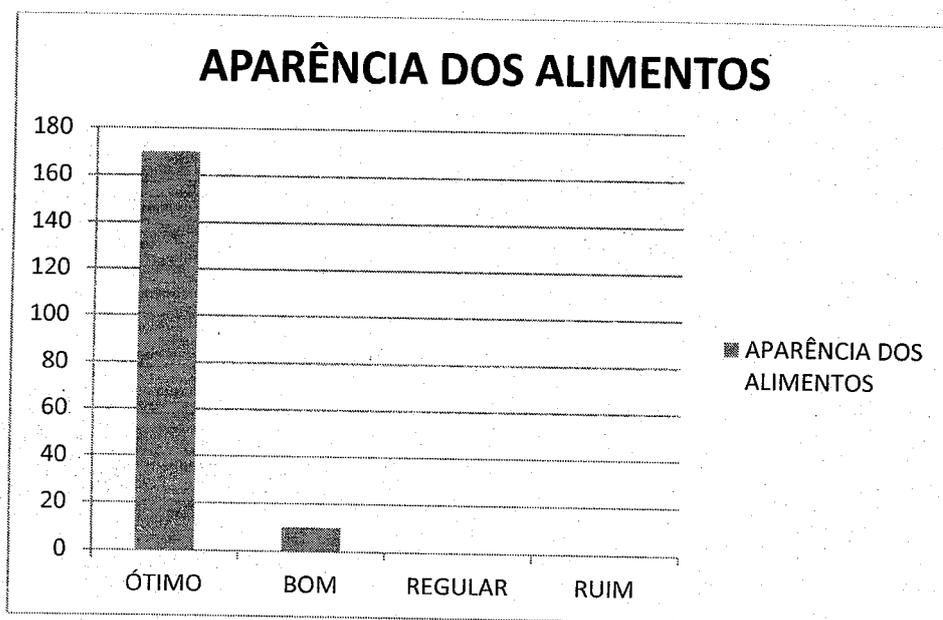
A pesquisa de satisfação contém os seguintes tópicos avaliados: **Temperatura da refeição, aparência dos alimentos, variedade do cardápio, atendimento da equipe de nutrição e sabor da refeição.**

Segue em anexo os seguintes resultados:

Temperatura da refeição: 180- ótimo.

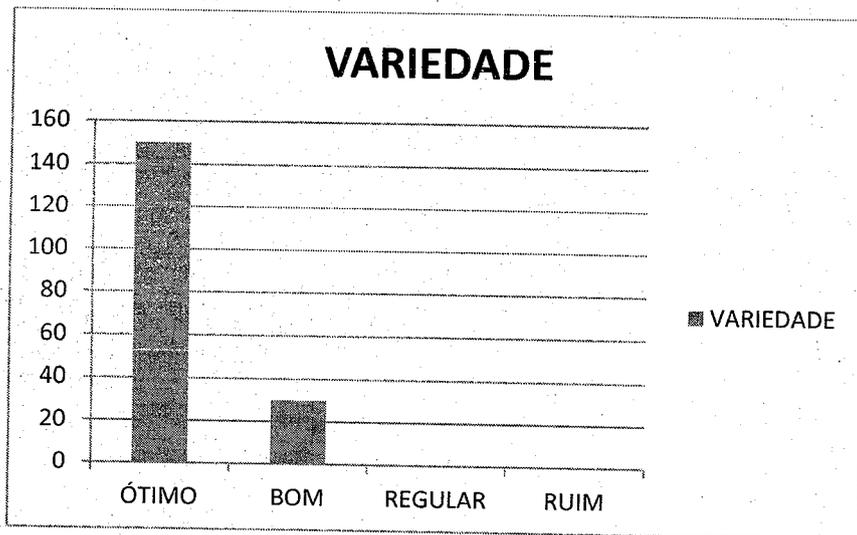


Aparência dos alimentos: 170- ótimo, 10 bom.

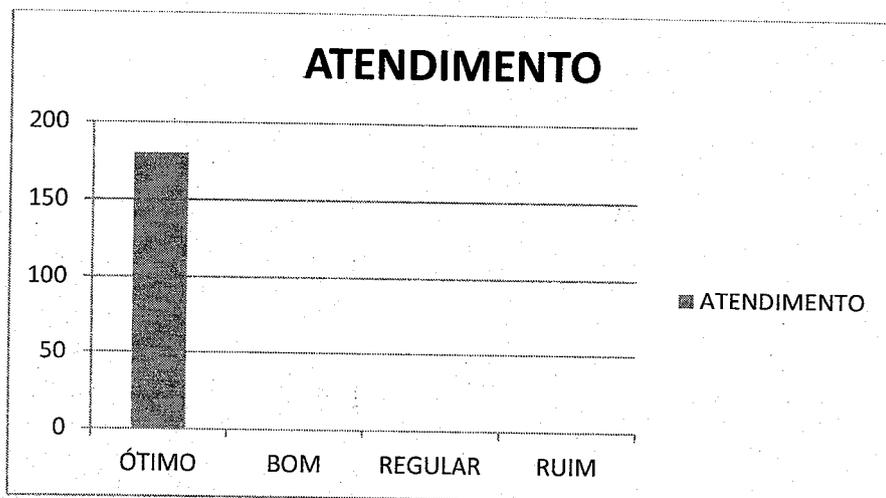


*MBSA*  
Marcela de Brito  
Nutricionista  
CRN-5 50824

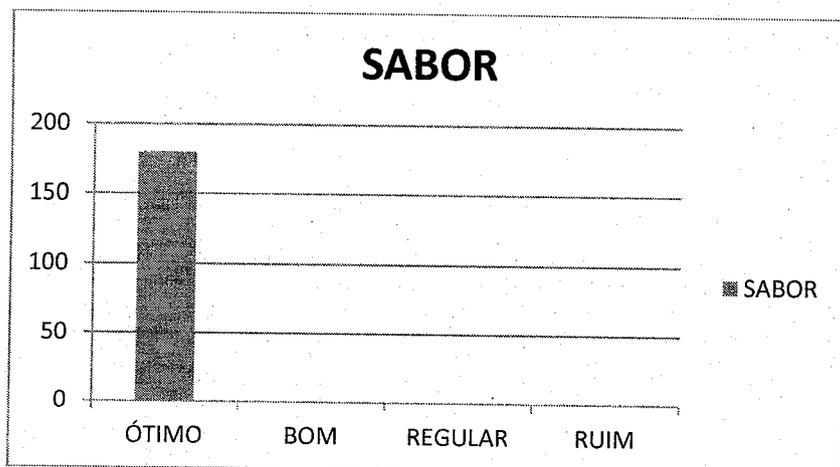
Variedade do cardápio: 150 – Ótimo – 10 bom



Atendimento na hora de servir: 180- ótimo.



Sabor/tempero da refeição: 180- Ótimo



Marcela de Brito - Nutricionista

*MSB*  
Marcela de Brito  
Nutricionista  
CRN-3 50824



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Dezembro de 2024.

**Relatório Mensal de Parturientes SUS orientadas sobre a forma correta de Aleitamento Materno – Novembro/2024**

Internações	Total	Parturientes SUS	Parturientes Conv./Part.
Total Parturientes	28	13	15
Orientações	27	13	14

Informo que das 28 parturientes do mês de novembro, 27 receberam orientação orientações de incentivo ao aleitamento materno.

*Ana Carolina M. Minoda,  
Enfermeira  
COREN-SP 0102137*

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren-SP: 0102137



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**RELATÓRIO MENSAL DE PARTURIENTES ORIENTADAS SOBRE A FORMA CORRETA DE ALEITAMENTO MATERNO**

**MÊS: NOVEMBRO 2024**

NOME	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ORIENTAÇÃO	ASSINATURA PACIENTE OU ACOMPANHANTE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO QUE ORIENTOU SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO
Aldilene Mendonça de Siqueira	14/11/24	15/11	<i>[Signature]</i>	Menise
Yasmin Denise Fontana Rezende	14/11/24	05/11	<i>[Signature]</i>	Menise
Clara Alves de Jesus Brito	18/11/24	18/11/24	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Leisiane Cristina Ribeiro	19/11	22/11/24	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Maryana Barros S. D. Melo	21/11	22/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Leisiane Cristina Ribeiro	21/11	22/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Francielle Soares	21/11	22/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Arizone Zagon Antonio Campos	22/11	23/11	<i>[Signature]</i>	Menise
Jessica de Siqueira	22/11	23/11	<i>[Signature]</i>	Menise
Michele F. M. Silva	25/11	26/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Equilibr. Formanão D. S. A.	27/11	27/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Kamara Costine Figueira	28/11	28/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Costelani Joice SF	28/11	28/11	<i>[Signature]</i>	Manickardine de Barros
Bruna F. D. Santos	29/11			



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
 Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**RELATÓRIO MENSAL DE PARTURIENTES ORIENTADAS SOBRE A FORMA CORRETA DE ALEITAMENTO MATERNO**

**MÊS: NOVEMBRO 2024**

NOME	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ORIENTAÇÃO	ASSINATURA PACIENTE OU ACOMPANHANTE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO QUE ORIENTOU SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO
Kleia U. Caldeiro	01/11	01/11	x Kleia C. Caldeira	Mônica
Sobrinho Santana	01/11	01/11	x Patrícia G. Santana	Mônica
Thais Fernanda da Silva	06/11	07/11	x Patrícia G. Santana	Olívia
Andrieli Cristina de Lima	06/11	07/11	x Patrícia G. Santana	Olívia
Denise Custódia Resquina	06/11	07/11	x Patrícia G. Santana	Olívia
Danyelle Train D.S. Oliveira	07/11	07/11	x Patrícia G. Santana	Olívia
Isaacson Venz Marjann	07/11	07/11	x Patrícia G. Santana	Olívia
Carolina Espinosa de Almeida	08/11	08/11	x Patrícia G. Santana	Mônica
Isabela Garcia F. Oliveira	08/11	08/11	x Patrícia G. Santana	Mônica
Arciane de Souza Sapate	08/11	08/11	x Patrícia G. Santana	Mônica
Isaacson Venz Marjann	11/11	11/11	Mônica	Mônica
Jamiris F. de Almeida	12/11	13/11	x Patrícia G. Santana	Mônica
Michelle Lopez Mello	12/11	13/11	x Patrícia G. Santana	Mônica
Isaacson Venz Marjann	13/11	13/11	x Patrícia G. Santana	Mônica



**Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

## **RELATÓRIO MENSAL DO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO DA ANÓXIA NEONATAL**

Mês: NOVEMBRO/2024

Total de Nascidos Vivos SUS: 13

Total Natimorto SUS: 00

Total de Nascidos Vivos Conv/Part: 15

Total Natimorto Conv/Part.: 00

Informamos que os 28 RNs nascidos vivos foram submetidos ao exame de mensuração de Apgar, no 1º e no 5º minuto de vida .

Guaíra-SP, 22 de Dezembro de 2024.

**Ana Carolina M. Minoda**  
Enfermeira  
COREN-SP: 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

COREN-SP-ENF-102137



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Novembro de 2024.

Venho através deste informar que dos 28 RNs que nasceram na Santa Casa de Guairá mês de Novembro de 2024, 26 foram submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho, Teste do Ouvido (Teste da Orelhinha) e Teste do Coraçõzinho.

Atenciosamente,

**Ana Carolina M. Minoda**  
Enfermeira  
COREN/SP: 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira Coren – SP 0102137

À Administração da

Santa Casa de Misericórdia de Guairá - SP

MONITORAMENTO MENSAL DO PROGRAMA DE TRIAGEM OCULAR

NOME DA INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIARA  
 CNES DA INSTITUIÇÃO: 2078414  
 CODIGO DO IBE DO MUNICIPIO: 351740  
 MÊS/ANO:

NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA	DIN	NOME DA CRIANÇA	RESULTADO DO PRIMEIRO TESTE		DESTINO	OBSERVAÇÕES
				OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO		
1 Klise G. Colareso	11/11/24		AMY Golding Oliveira	OK	OK		
2 Gopinho Sontame	11/11/24		Humberto Sontame	OK	OK		
3 Gloria Gledes de Fátima	06/11/24		maria Jane	OK	OK		
4 Anderson Gledes de Fátima	06/11/24		Audriana J	OK	OK		
5 Leane Gledes Rodrigues	06/11/24		SABE	OK	OK		
6 JOANNA T. D. S. O	09/11		Isaac	OK	OK		
7 Juliana S. Martins	07/11		MURINA	OK	OK		
8 MATEUS MARTINS	11/11		SEVER MARTINS	OK	OK		
9 nicolau P. de Azevedo	12/11		melina	OK	OK		
10 Jansen P. dos Anjos	12/11		dez Pereira da J.	OK	OK		
11 Jea B. de Oliveira	13/11		ROSA MARIE	OK	OK		
12 Adilson de Azevedo de J. de S.	14/11		QUOTINA MIMONICS de S.	OK	OK		
13 Germano de Azevedo de S.	14/11		MARCELO de S.	OK	OK		
14 WILSON S. R.	15/11		MARIA JANE de S.	OK	OK		
15 Elisiane Cavaleiro Ribeiro	19/11		JOSEMAR RIBEIRO	OK	OK		
16 MAYARA B. S. NEVES	21/11		ADRIANA	OK	OK		
17 MARILUZA PEREIRA	21/11		ROSELUCE	OK	OK		
18 FRANCISCA SALLA	21/11		YOHANIL	OK	OK		
19 ANA M. CAMPOS	21/11		GABRIEL RAO M. AMAS	OK	OK		
20 CAROLINA PEREIRA	25/11		WASSILY A. S.	OK	OK		
21 THAYLA F. MENEZES	25/11		MARILUZA THAYLA GILBERTO	OK	OK		
22 CAROLINE F. S. ANDREMAN	27/11		OLÍVIA	OK	OK		
23 ESTERINA JUNKEI de A. J.	28/11		ANITA	OK	OK		
24 F. RIBEIRO de A. F. C.	28/11		ISAC	OK	OK		
25 RAFAELA B. SANTOS	29/11		ALISON D	OK	OK		
26							
27							
28							
29							
30							

RESUMO MENSAL DO PROGRAMA DE TRIAGEM OCULAR	
NUMERO DE CRIANCAS NASCIDAS VIVAS	TOTAL



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Dezembro de 2024.

**Relatório Mensal de Vacinas de Vacina contra Hepatite B  
aplicadas X RNs SUS – Novembro/2024**

RNs	Total	RNs SUS	RNs Conv./ Part.
Vacina Hep. B Aplicadas	28	13	15

Informo que os 28 RNs nascidos no mês de Novembro de 2024 foram vacinados contra a Hepatite B antes da alta hospitalar.

**Ana Carolina M. Minoda**  
Enfermeira  
COREN/SP: 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren – SP: 0102137

# MAPA DE VACINAÇÃO

Berçário – Santa Casa

Mês e Ano: 11/2024

## HEPATITE B

DIA	TOTAL												Município de Residência	Nº de crianças
	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10				
01	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
02	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
03	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
04	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
05	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
06	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
07	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
08	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
09	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
10	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
11	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
12	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
13	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
14	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
15	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
16	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
17	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
18	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
19	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
20	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
21	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
22	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
23	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
25	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
26	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
27	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
28	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
29	<del>01</del>	<del>02</del>	<del>03</del>	04	05	06	07	08	09	10			Guarã S.P.	L
30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				
31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10				

Total de Crianças Vacinadas no mês: 28



**Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guaíra, 22 de Dezembro de 2024.

**Relatório Mensal de Parto Cesárea e Parto Vaginal – Novembro  
- 2024**

Internações	Total	Parto Cesárea	Parto Normal
Parturientes	28	27	01
Parturientes SUS	13	13	00

De 28 partos no mês de Novembro/24, 01 foi parto normal, o que corresponde a 3,6%.

Ana Carolina M. Minóda  
Enfermeira  
COREN-SP: 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

Coren – SP: 0102137



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária  
 Prefeitura Municipal de GUAÍRA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
Nº CEVS: 351740601-861-000002-1-3	DATA DE VALIDADE: 08/02/2024
Nº PROCESSO: 17406/065-1999	
Nº PROTOCOLO: 17406/046-2024	DATA DO PROTOCOLO: 02/02/2024
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
AGROPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8610-1/01 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS	
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO	
DETALHE: 031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS	
RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA	CNPJ ALBERGANTE: 48.341.283/0001-61
NOME FANTASIA: SANTA CASA DE GUAIRA	
CNPJ / CPF: 48.341.283/0001-61	
LOGRADOURO: Rua 24	NÚMERO: 872
COMPLEMENTO:	
BAIRRO: PARANOÁ	
MUNICÍPIO: GUAÍRA	
CEP: 14790-000	
PÁGINA DA WEB:	UF: SP
RESPONSÁVEL LEGAL: FRANCIENE LUCAS	
CPF: 22580666893	
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 30604	CONSELHO REGIONAL: COREN
	UF: SP
RESPONSÁVEL TÉCNICO: CARLA CAMPOS DO PRADO EVANGELISTA	
CPF: 28422349876	
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 29843	CONSELHO REGIONAL: CRF
	UF: SP
RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: LIVIA MARQUES DOS SANTOS	
CPF: 37981325854	
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 85707	CONSELHO REGIONAL: CRF
	UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUAÍRA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTA DOCUMENTO. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIÊM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

GUAÍRA

LOCAL

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

08/02/2024

DATA DE DEFERIMENTO

Genrdo Gomes Ribeiro - CVSM  
 AUTORIDADE SANITÁRIA - Agência Municipal de Fiscalização Sanitária - Credencial: 3517406-0045

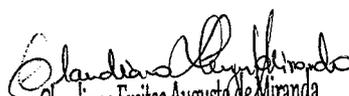
DATA DE CIÊNCIA

DATA DE CIÊNCIA

**RELATÓRIO DE FALTAS, LICENÇAS E DOENÇAS RELACIONADAS AO  
TRABALHO**

Especificação	<b>NOVEMBRO</b> <b>01/11/2024 a 30/11/2024</b>
Faltas	10
Atestados Médicos	31
Licença Maternidade	06
Doenças relacionadas ao Trabalho	00
Licença Médica	11

Guaíra-SP, 07 de Dezembro de 2024.

  
Claudiana Freitas Augusto de Miranda  
Encarregada de Recursos Humanos  
Santa Casa de Misericórdia de Guairá

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 351740601-861-000010-1-5

DATA DE VALIDADE: 20/03/2025

Nº PROCESSO: 17406/065-1999  
Nº PROTOCOLO: 17406/064-2024 DATA DO PROTOCOLO: 16/02/2024  
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8610-1/01 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS  
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO

DETALHE: 001 AGENCIA TRANSFUSIONAL

RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA CNPJ ALBERGANTE:  
NOME FANTASIA: AGENCIA TRANSFUSIONAL  
CNPJ / CPF: 48.341.283/0001-61  
LOGRADOURO: Rua 24 NÚMERO: 872  
COMPLEMENTO:  
BAIRRO: PARANÓIA  
MUNICÍPIO: GUAÍRA  
CEP: 14790-000 UF: SP  
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: FRANCIENE LUCAS

CPF: 22580666823

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 30604

CONSELHO REGIONAL: COREN

UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: WILLIAM SANTOS ZEME

CPF: 30519260864

Nº INSCR. CONSELHO PROF: 167709

CONSELHO REGIONAL: GRM

UF: SP

# LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 351740601-861-000010-1-5

DATA DE VALIDADE: 20/03/2024

## SERVIÇOS ALBERGADOS

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS DO Nº CEVS DO ESTABELECIMENTO AO QUAL ESTÁ VINCULADO:

ATIVIDADE DE CLÍNICA MÉDICA  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)  
INTERNAÇÃO - ADULTO  
INTERNAÇÃO - OBSTÉTRICA (MATERNIDADE)  
INTERNAÇÃO - PEDIÁTRICA  
LACTÁRIO  
LAVANDERIA - SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPA HOSPITALAR  
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS  
NEONATOLOGIA (BERÇÁRIO) - NORMAL  
REMOÇÃO DE PACIENTES  
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND  
SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA

(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUAÍRA  
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO  
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRÍ-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS  
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS  
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.  
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS  
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS  
IGUAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA  
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

GUAÍRA

OCAL

20/03/2024

DATA DE DEFERIMENTO

Wilver Gleria de Oliveira  
Chefe do Departamento de  
Vigilância em Saúde  
Credencial 3517406-3083

AUTORIDADE SANITÁRIA

ASSINANTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

Wilver Gleria de Oliveira  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE CIÊNCIA

3/04/2024  
DATA DE CIÊNCIA



**Santa Casa**  
Guaira - São Paulo

### Santa Casa de Misericórdia de Guaira

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higiene e Saúde dos Manipuladores</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Garantir a segurança sanitária por meio da higiene pessoal e saúde dos colaboradores.

**Executor:** Todos os manipuladores de alimentos do setor de Nutrição.

#### Procedimentos:

- **Higiene Pessoal:**

Tomar banho todos os dias;

Cabelos limpos e totalmente protegidos com rede ou touca;

Os homens devem barbear-se diariamente;

Manter as unhas curtas e limpas; sem esmalte, ou base;

Não usar adornos como: anéis, pulseiras, relógios, colares e brincos;

Usar desodorantes sem cheiro ou suave e não usar perfume fortes;

Usar sapatos fechados, com antiderrapante e limpos;

Usar uniformes limpos e adequados;

Higienizar as mãos sempre;

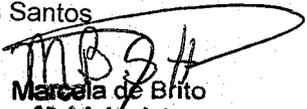
Realizar exames periódicos

**Frequência:** Diária para os asseios pessoais e 1 vez ao ano para os exames periódicos.

Elaborado: Marcela de Brito e Silva Hamamoto  
Cargo: Nutricionista  
CRN: 50824

Elaborado: Taíza F. Mendes Santos  
Cargo: Técnica em Nutrição  
CRN: T-117508

54

1  
  
Marcela de Brito  
Nutricionista  
CRN-3 50824



**Santa Casa**  
Guaira - São Paulo

### Santa Casa de Misericórdia de Guaira

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higiene e Saúde dos Manipuladores</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

Nas áreas onde existem alimentos é proibido:

- ✓ Fumar;
- ✓ Assoar o nariz;
- ✓ Circular sem uniforme;
- ✓ Espirrar, tossir ou falar sobre os alimentos;
- ✓ Colocar os dedos no nariz, boca ou orelha;
- ✓ Passar as mãos nos cabelos ou pentear-se;
- ✓ Secar as mãos e o suor com panos utilizados para secar louça ou com qualquer peça do vestuário;
- ✓ Provar alimentos com talheres e não lavar antes de devolvê-los à panela;
- ✓ Mascar gomas, palitos ou fósforos e chupar balas;
- ✓ Trabalhar com alimentos sem proteger os ferimentos;
- ✓ Carregar no uniforme canetas, lápis, batons, escovinhas, cigarros, isqueiros ou relógios;
- ✓ Fazer uso de utensílios e equipamentos sujos;
- ✓ Usar celulares dentro da unidade de produção;

**Frequência:** Diária



### Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guairá sp	
Título do Documento	<b>Higienização de pisos, rodapés, grelhas e ralos</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Higienizar, organizar e eliminar sujidades e contaminações no ambiente de trabalho.

**Executor:** Todos os manipuladores de alimentos do setor de Nutrição.

#### Material necessário:

- Água;
- Baldes;
- Água sanitária;
- Rodos;
- Detergente neutro;
- Fibra verde (esponja);

#### Procedimento :

- Jogar água e sabão no chão;
- Ensaboar com o esfregão;
- Enxaguar com água corrente;
- Jogar a solução clorada (água sanitária);
- Aguardar 15 minutos para a desinfecção;
- Retirar o excesso;
- Deixar secar naturalmente.

#### Frequência: Diária

- **EPI necessário:** Botas de borrachas e luvas de látex para limpeza.
- **Observações:** Proibido varrer o chão e uso de panos dentro da cozinha.
- **Diluição da água clorada:** A cada um litro de água, colocar quatro colheres de sopa de água sanitária.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização de Utensílios</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Higienizar, organizar e eliminar sujidades e contaminações nas preparações

**Executor:** Todos os manipuladores de alimentos do setor de Nutrição.

**Material necessário:**

- Água;
- Água sanitária;
- Detergente neutro;
- Fibra verde (esponja);

**Procedimento:**

- Retirar o excesso de sujidade e/ou recolher os resíduos;
- Lavar com água e detergente neutro;
- Se necessário, deixar de molho em solução com o detergente neutro;
- Enxaguar bem com água corrente;
- Borrifar álcool 70%;
- Secar naturalmente, é importante não deixar os utensílios úmidos, pois podem ser fonte de proliferação de fungos e bactérias;

**Frequência:** A higienização deve ser feita todas as vezes que forem utilizados



**Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaíra sp	
Título do Documento	<b>Higienização de Equipamentos</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Higienizar e organizar os equipamentos para seu devido uso nas preparações de alimentos.

**Executor:** Todos os manipuladores de alimentos do setor de Nutrição.

**Material necessário:**

- Água;
- Alcool 70%;
- Detergente neutro;
- Fibra verde (esponja);

**Procedimento:**

- Retirar o excesso de sujidade;
- Lavar com água e detergente neutro;
- Enxaguar bem com água corrente;
- Borrifar álcool 70%;
- Secar com pano perflex.

**Frequência:** A higienização deve ser feita quinzenalmente.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização de janelas, paredes, portas e ventiladores</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	12/07/2026

**Objetivo:** Retirar sujidades do local, remover gorduras, poeira e evitar contaminações na produção.

**Executor:** Setor da limpeza do hospital.

**Material necessário:**

- Água;
- Alcool 70%;
- Detergente neutro;
- Fibra verde (esponja);
- Esfregão

**Procedimento:**

- Retirar o excesso de sujidade;
- Lavar com água e detergente neutro;
- Enxaguar bem com água corrente;
- Borrifar álcool 70%;
- Secar com pano perflex.

**Frequência:** A higienização deve ser feita quinzenalmente.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização de garrafas térmicas</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Padronizar a higienização de garrafas térmicas e evitar contaminação.

**Material necessário:**

- Detergente líquido neutro;
- Esponja;
- Alcool 70%;

**Procedimento:**

- Remover resíduos internos com água corrente;
- Lavar as partes interna e externa, com água, esponja macia e detergente;
- Enxaguar em água corrente até retirar todo o resíduo de detergente;
- Borrifar álcool 70%;
- Deixar secar naturalmente.

**Frequência:** Todos os dias, após o uso.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização do coador de café e chá</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Padronizar a higienização do coador de café para evitar contaminações.

**Material necessário:**

- Panela para fervura;
- Embalagem plástica;

**Procedimento:**

Retirar do coador todo o pó de café do último preparo;

Lavar com água corrente até eliminar todo o resíduo de pó;

Colocar para ferver em água limpa por 5 minutos;

Enxaguar em água corrente e deixar escorrer até esfriar;

Guardar em embalagem plástica até o próximo uso.

**Frequência:** Todos os dias, após o uso.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização e desinfecção do carro de transporte de refeições</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	12/07/2026

**Objetivo:** Padronizar o procedimento de higienização do carro de transporte de refeições, para não contaminar o setor e as próximas refeições.

**Material necessário:**

- Detergente líquido neutro;
- Fibra branca;
- Pano descartável;
- Álcool 70%

**Procedimento:**

Lavar o carro com detergente e esfregar com a fibra branca;

Enxaguar com pano descartável umedecido;

Borrifar o álcool 70%;

Deixar secar naturalmente;

**Frequência:** Todos os dias, após o uso.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização e desinfecção de vegetais folhosos</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	12/07/2026

**Objetivo:** Padronizar a higienização e desinfecção de vegetais folhosos para evitar a proliferação de bactérias.

**Material necessário:**

- Vasilhame plástico;
- Hipoclorito a 1%;

**Procedimento:**

Higienizar as mãos conforme;

Cortar a base, onde as folhas estão unidas;

Retirar as folhas envelhecidas e amareladas;

Enxaguar as folhas uma a uma em água corrente até retirar todo resíduo visível;

Preparar a solução de hipoclorito a 1%;

Colocar as folhas em imersão na solução de hipoclorito a 1% de forma que fiquem totalmente cobertas pela solução;

Deixar por 15 minutos;

Retirar as folhas e enxaguar em água corrente;

Deixar escorrer em recipiente previamente higienizado.

**Frequência:** Antes do uso.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Higienização e desinfecção de vegetais não folhosos e frutas</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Padronizar a higienização e desinfecção de vegetais folhosos e evitar contaminações.

**Material necessário:**

Fibra branca;

Hipoclorito a 1%;

**Procedimento:**

Higienizar as mãos conforme;

Higienizar cada vegetal/fruta individualmente, com a fibra branca em água corrente, sem detergente;

Preparar solução de hipoclorito a 1%;

Colocar em imersão na solução de hipoclorito a 1%, de forma que fiquem totalmente cobertos pela solução;

Deixar por 15 minutos;

Retirar da solução de hipoclorito e enxáguar em água corrente;

Deixar escorrer em recipiente previamente higienizado;

Observação: A banana deve ser higienizada depois das outras frutas, apenas em água corrente, passando a mão, sem sabão e não deve ser colocada na solução de hipoclorito. Tomar cuidado para não desprender a banana da penca durante a higienização.

**Frequência:** Antes do uso.



**Santa Casa**  
Guaíra - São Paulo

**Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaíra sp	
Título do Documento	<b>Higienização de prateleiras do estoque</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Padronizar o procedimento de higienização de prateleiras do estoque.

**Material necessário:**

- Detergente líquido neutro;
- Esponja;
- Pano descartável;
- Álcool 70%;

**Procedimento:**

Remover o excesso de resíduos com pano ou esponja;

Lavar as prateleiras e partes laterais com esponja umedecida com água e detergente;

Retirar todo o detergente com pano úmido e limpo;

Borrifar álcool 70% e deixar secar naturalmente;

**Frequência:** Quinzenal.



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaira (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaira sp	
Título do Documento	<b>Coleta de amostras</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:** Padronizar a coleta de amostra de preparações para análise microbiológica.

**Material necessário:**

- Embalagem para guarda de amostra de alimentos;
- Etiquetas;

**Procedimento:**

Higienizar as mãos;

Desinfetar as mãos com álcool gel;

Separar a embalagem plástica para cada alimento, etiquetar com nome da preparação, data, horário e nome do responsável pela coleta;

Abrir a embalagem sem tocar internamente ou soprar;

Colocar no mínimo 100 gramas de amostra do alimento na embalagem;

Fechar a embalagem com a amostra com um nó firme;

Guardar as embalagens com a amostra no freezer por 72 horas;

Após 72 horas de armazenamento, desprezar as amostras.

**Frequência:** Diariamente.



**Santa Casa**  
Guaíra - São Paulo

**Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP).

Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14.790-000

CNPJ: 48.341.283/00001-61 Insc. Estadual: Isento

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Local: Santa Casa de Misericórdia de Guaíra sp	
Título do Documento	<b>Controle de temperatura</b>	Emissão: 12/07/2024	Próxima revisão: 12/07/2026
		Versão: 1	

**Objetivo:**

**Material necessário:**

- Termômetro;
- Alcool 70%;
- Pano descartável.

**Procedimento:**

Ligar o termômetro;

Introduzir a haste do termômetro no alimento;

Fazer a leitura da temperatura;

Anotar em planilha específica de controle de temperatura;

Desligar o termômetro;

Higienizar o termômetro.

**Frequência:** Diariamente.

  
Marcela de Brito  
Nutricionista  
CRN 3 50824

Elaborado: Marcela de Brito e Silva Hamamoto  
Cargo: Nutricionista  
CRN: 50824

Elaborado: Taíza F. Mendes Santos  
Cargo: Técnica em Nutrição  
CRN: T-117508

14

67



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Dezembro de 2.024.

À Administração da

Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Informo para devidos fins que participei a Reunião do Comitê Regional de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal no DRS 5- Barretos referente ao mês de Novembro/2024, em 28/11/2024.

Atenciosamente,

**Ana Carolina M. Minoda**  
Enfermeira  
COREN-SP: 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

COREN-SP-ENF-102137



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guairá, 22 de Dezembro de 2024.

**Relatório Mensal de Parturientes SUS X Teste Rápido HIV,  
VDRL e TPHA – Novembro 2.024**

Internações	Total	HIV realizados	VDRL realizados	TPHA realizados
Parturientes	28	28	28	0
Parturientes SUS	13	13	13	0

**Relatório Mensal de Notificação Compulsória de sífilis  
congênita e de gestantes HIV+ /crianças expostas-  
Novembro 2.024**

Situação	Sífilis Congênita	Gestantes HIV+	Crianças expostas HIV
Total	0	0	0
Nº Notificação Compulsória	0	0	0

Ana Carolina M. Minoda  
Enfermeira  
COREN/SP 0102137

Ana Carolina M. Minóda de Oliveira

Enfermeira

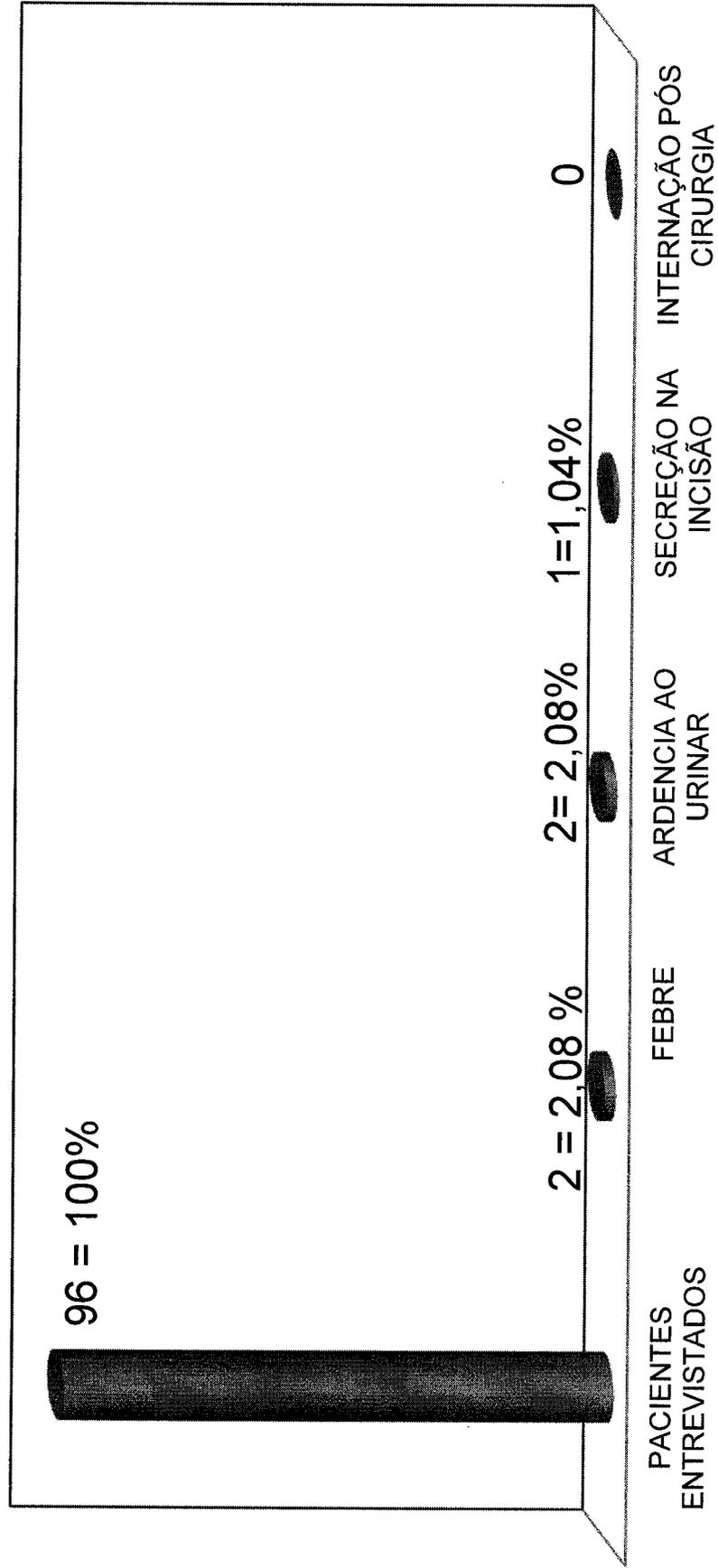
Coren – SP: 0102137

CENTRO CIRÚRGICO  
INDICADORES CIRURGIA LIMPA  
NOVEMBRO 2024

**TOTAL ENTREVISTAS  
REALIZADAS: 96**

**FEBRE: 2**  
**ARDÊNCIA AO URINAR: 2**  
**SECREÇÃO NA INCISÃO:1**  
**• INTERNAÇÃO PÓS CIRURGIA: 0**

# INDICADORES CONTROLE DE CIRURGIA LIMPA





GOVERNO DO ESTADO DE  
SÃO PAULO

# RELATÓRIO OFERTADO / AGENDADO / REALIZADO - EXAME

**SIRESP**

UNIDADE EXECUTANTE: SANTA CASA GUAIRA

28-01-2025 16:27

PERÍODO: 01-12-2024 à 31-12-2024

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
CIB13 - 010801 - CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	17	1	1
CIB13 - 040601 CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	12	12	12
CIB13 - 040701 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS/ PAREDE ABDOMINAL	41	8	6
CIB13 - 040901 CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO	34	22	21
CIRURGIA ELETIVA - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	3	2	2
CIRURGIA ELETIVA DE GO /UROLOGIA	36	4	4
CIRURGIA ELETIVA GERAL DR. MARCELLO	21	2	2
CIRURGIA ELETIVA ORTOPEDIA	68	8	6
COLONOSCOPIA	6	6	6
DENSITOMETRIA OSSEA - EXTERNO	48	23	21
ECOCARDIOGRAMA - EXTERNO	40	40	39
ENDOSCOPIA - EXTERNO	30	30	30
TESTE ERGOMETRICO - EXTERNO	3	3	3
TOMOGRAFIA - EXTERNO	39	35	32
TOMOGRAFIA 1	264	193	179
US DOPPLER - EXTERNO	40	40	31
US GERAL - EXTERNO	1.026	855	717
Total	1.728	1.284	1.112



GOVERNO DO ESTADO DE  
SÃO PAULO

# RELATÓRIO OFERTADO / AGENDADO / REALIZADO - EXAME

**SIRESP**

UNIDADE EXECUTANTE: SANTA CASA GUAIRA

28-01-2025 16:28

PERÍODO: 01-01-2025 à 31-01-2025

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
ANGIOTOMOGRAFIA	8	3	2
CIB13 - 010801 - CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	15	4	3
CIB13 - 040601 CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	12	12	8
CIB13 - 040701 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS/ PAREDE ABDOMINAL	41	10	8
CIB13 - 040901 CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO	57	15	6
CIRURGIA ELETIVA - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	4	1	1
CIRURGIA ELETIVA DE GO /UROLOGIA	45	14	5
CIRURGIA ELETIVA GERAL DR. MARCELLO	21	12	8
CIRURGIA ELETIVA ORTOPEDIA	64	23	16
COLONOSCOPIA	8	8	6
DENSITOMETRIA OSSEA - EXTERNO	49	21	19
ECOCARDIOGRAMA - EXTERNO	40	40	30
ENDOSCOPIA - EXTERNO	40	40	29
TESTE ERGOMETRICO - EXTERNO	3	3	2
TOMOGRAFIA - EXTERNO	52	52	36
TOMOGRAFIA 1	267	228	175
US DOPPLER - EXTERNO	44	44	31
US GERAL - EXTERNO	1.048	849	575
Total	1.818	1.379	960

**REUNIÃO**

Data: 10/11/2024

**COMISSÃO INTERNA DE  
CONTRATUALIZAÇÃO**Reunião:  
2024Pág.:  
2 de 2

<b>CONVOCADOS</b>	<b>CARGO</b>
Alana Garcia Leal Lellis	Enfermeira Segurança do Paciente
Edmara Candida Tavares	Coordenadora Enfermagem
Dinamar Tuissi	Escriturária
Claudiana Freitas Augusto	Recursos Humanos
Gabrieli Bento da Silva	Banco de Sangue
Janaína Beraldo	Enfermeira Centro Cirúrgico
Beatriz Iolanda Mira Rodrigues	Administradora
Ana Carolina Minoda	Enfermeira Vigilância Epidemiológica
Thiago Cesar Pardi	Médico Infectologista SCIH
Carla Campos do Prado Evangelista	Farmacêutica
Marcela de Brito e Silva Hamamoto	Nutricionista
Monise Cristina Bento Quintanilha	Enfermeira Educação Permanente
Claudineia Marques de Souza	Enfermeira Comissão de Óbito
Lidiani Carvalho dos Santos Araújo	Enfermeira UTI
Regina das Graças Leoncini da Silva	Escriturária
Lamy T. Kassen Pinheiro	Enfermeira Comissão de Prontoário
Nadieje da Silva Santana de Freitas	Ouvidoria

	<b>REUNIÃO</b>	Data: 10/11/2024	
	<b>COMISSÃO INTERNA DE CONTRATUALIZAÇÃO</b>	Reunião: 2024	Pág.: 2 de 2

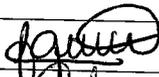
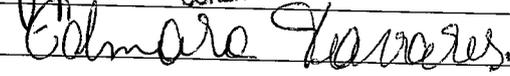
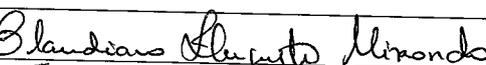
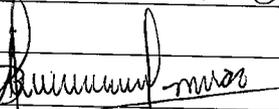
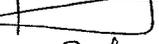
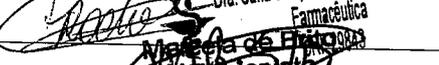
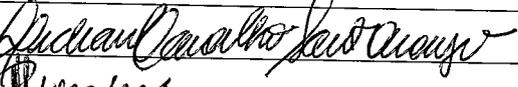
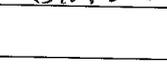
## II – PAUTA

- Reforçar a importância da comissão para cada membro.
- Apresentação de Metas.

## III – ASSUNTOS DISCUTIDOS

1. Reunião para entrega de documentos da contratualização
2. Reforçando a responsabilidade de cada membro
3. Apresentação de Metas

## III – ASSINATURA DOS PRESENTES

1.		Mariana Garcia Leal Leite Enfermeira COREN-SP 161581
2.		Edmaro Tavares
3.		
4.		Blandiana Augusta Miranda
5.		Bruna Beraldo
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		Dra. Carla Campos do Prado Brangelista Farmacêutica
11.		Mariana de Fátima Nutricionista CRN-3 50824
12.		Manoel C. B. Quintanilha
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

Dr. Thiago Cesar Parodi  
Infectologista (RQE 1047142)  
CRM-SP 226770

**Ficha de Estabelecimento Identificação**

Data: 03/02/2025

CNPJ: 48.341.283/0001-61

CNES: 2078414 Nome Fantasia: SANTA CASA DE GUAIRA

Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA 24 Número: 872 Complemento: --

Bairro: PARANOA Município: 351740 - GUAIRA UF: SP

CEP: 14790-000 Telefone: (17)3332-7000 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0205

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RICARDO CID PARDI 06/06/2024

Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 09/12/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Profissionais**

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ADRIANA APARECIDA DA SILVA	980016296664244		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ADRIANA CRISTINA BORGES LEITE	704806016791147		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ADRIANE CRISTINA VICENTINE RAFACHINE	700503192628650		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ADRIANO MOYSES CRISTINO	708603044928987		225112	MEDICO NEUROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	0	6
ADRIELE MENDES FERREIRA	701004866090491		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ADRIELI DE ALMEIDA GOMES	700502917377259		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
ALANA GARCIA LEAL LELIS	980016281877719		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ALEXIA TALITA VIAN GIANONI	702801694858867		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ALIER CARLOS DE FREITAS	980016297563581		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	18	24
ALINE CRISTINA LOPES PEREIRA DA SILVA	700903909167191		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ALINE LUIZA DA SILVEIRA COSTA	980016288736207		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ALINE MACIEL DOS SANTOS LOPES	706008382547544		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ALINE MELO CALIGARIS	980016285724135		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
AMANDA PAULINO GONCALVES	704008634555462		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA CARLA D ALESSANDRA AUGUSTO	700803439384788		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	8	14
ANA CARLA DE ANDRADE NOGUEIRA	702800561566570		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA CAROLINA DE MATOS MAGALHAES	700506553354758		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
ANA CAROLINA MIZUMOTO MINODA	207274643740009		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA LAURA BATISTA OLIVEIRA	7074030845667873		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANA PAULA DA SILVA FERREIRA MENDES	980016005010102		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

59

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANA PAULA DE SOUZA	980016276861079		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
ANDRE LUIS COSTA CANTANHEDE	700004999939600		223268	CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	4	4
ANDREA APARECIDA PIRES CHAVES DE MORAES	708601591909389		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ANDREIA APARECIDA BORGES	980016297567684		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ANTONIO SERAFIM GIANSANTE	207274653380005		221205	BIOMEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
ARIANE MENDES DO CARMO	700009265371107		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ARTHUR EUGENIO DE CARVALHO BISINOTTO	7046086866847228		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	4	6
ARTHUR EUGENIO DE CARVALHO BISINOTTO	7046086866847228		225285	MEDICO UROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	4	6
BARBARA KOL DE LIMA	702008847082286		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
BEATRIZ IOLANDA MIRA RODRIGUES	700000061533801		252105	ADMINISTRADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
BRENER RODRIGUES DA SILVA	980016289642699		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
BRUNA LUIZA OLIVEIRA PIMENTA	708902712961317		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
CAMILA DANIELE LOPES JACOMINI	980016286046688		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CAMILA SILVERIO ANTONIO	700001057132904		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
CARLA CAMPOS DO PRADO EVANGELISTA	708003886670422		223405	FARMACEUTICO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
CARLOS ROBERTO SILVA JUNIOR	700009470283303		225125	MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIARIO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	0	36	36
CAROLINA DUTRA OLIVEIRA	708701153399494		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
CAROLINE CAMPOS CLEMENTE	704303689027392		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
CAROLINE CRISTINA MALTA	700006936275502		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
CAROLINI DE CASSIA JORGE MARQUES	709803054121799		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIARIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
CINTIA VIEIRA DE SOUSA	700002159879600		521130	ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CLAUDIANA FREITAS AUGUSTO	700207476973324		142205	GERENTE DE RECURSOS HUMANOS	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
CLAUDINEIA MARQUES DE SOUSA	704007878780967		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
DAIANA APARECIDA DA SILVA	704605632967427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
DAIANE CRISTINA DE SOUSA MONTEIRO	700908988588092		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
DAILA MARA DE OLIVEIRA NOBRE	700107951795414		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
DANIELI DE CAMPOS RUFINO	700507933682855		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
DANUBIA MARQUES DA SILVA	703005821391678		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
DARA GARCIA VILELA	705008668585350		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
DARLENE MARTINS MARIANO TIAGO	705600421228113		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Df. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
DENISE MADALOSSO DIAS CUNHA	705008206226252		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
DINAMAR TUISSI PINTO	704100776177180		413115	AUXILIAR DE FATURAMENTO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
EDER GIROLAMO	704001390966264		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
EDMARA CANDIDA TAVARES	980016277658722		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	10	26	36
EDNEI JUNIOR DE OLIVEIRA DOS SANTOS	709202292139436		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
EDVALDO MIGUEL EVARINI	705107411535170		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EDVALDO MIGUEL EVARINI	705107411535170		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
ELAINE CRISTINA ARQUIMAN	708004359486629		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	NÃO	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
ELEN STEFANE FERREIRA FERRAZ	700401420630742		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ELIANE CRISTINA MAZZARON	704605688879329		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ELIZANGELA DOS SANTOS RAMOS	702400079041229		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ELTON DOMINGOS PAIAO	700007704739004		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ELVIS MARTINS PEREZ	701401665321732		517410	PORTEIRO DE EDIFICIOS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EMANUELA AFONSO CESARIO	980016293739286		225133	MEDICO PSQUIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	0	4
ERICA APARECIDA GONCALVES	980016285724143		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ESTEFANI TRINCK SA DA SILVA	701403674464437		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
EURICO MARIANO DE SOUZA FILHO	709208270350733		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EURICO MARIANO DE SOUZA FILHO	709208270350733		225203	MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
EVERTON DOS SANTOS DA COSTA	705402441360193		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	13	25
FABIANA APARECIDA DUTRA MENDES	980016004440901		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
FATIMA GALANTI SILVA	705007055203150		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULACAO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FERNANDA JABUR	704203242468584		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD	PRIVADO		0	0	30	30
FERNANDA MORAIS NUNES BARROS	705001657392452		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FERNANDA PAVANI ALVES DE SOUSA	700502707563250		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
FERNANDA ZAMPERLINI RIBEIRO	708400302378770		225310	MEDICO EM ENDOSCOPIA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	10	10	20
FERNANDO LUIZ MENDES	706200056375966		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	4	20	24
FLAVIO MATEUS MACHERONI DE CARVALHO	703409446878700		225112	MEDICO NEUROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	5	1	6
FLAVIO MATEUS MACHERONI DE CARVALHO	703409446878700		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	3	7	10
FLAVIO MATEUS MACHERONI DE CARVALHO	703409446878700		225260	MEDICO NEUROCIRURGIAO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	8	10
FRANCIELE DA SILVA SANTOS	706502357465793		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
FRANCIELE RODRIGUES DIAS	702302176585419		515210	AUXILIAR DE FARMACIA DE MANIPULACAO	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
GABRIEL ZAMPERLINI	700404582554750		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
GABRIEL ZAMPERLINI	700404582554750		225150	MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4
GABRIEL BENTO DA SILVA	700802472217886		221205	BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
GABRIEL ROCHA DOS SANTOS	703600025761637		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GEIZE APARECIDA DOS SANTOS	706809759589423		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
GILVANIA CRISTINA MOREIRA	980016278544437		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	6	30	36
GISLENE CRISTINA XAVIER MASCARINI	204464058030005		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
GIULLIANO LOURES GUILLMAR	702604239801341		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	4	6	10
GIULLIANO LOURES GUILLMAR	702604239801341		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	4	10
GLEISON DA SILVEIRA SILVA	210710545270005		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
HELEN ARZAO MAGNANI	705601451462417		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
HELEN RODRIGUES DA COSTA	7065063994948593		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
HILDA JOEBER GARCIA LUCAS	706805080876888		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
ISABELA CAROLINE FREITAS COLOMBINO	707805655085415		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
ISABELLA GONCALVES PIERRI	700605959061464		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	2	4

84

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ISABELLA GONCALVES PIERRI	700605959061464		225275	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	6	18
ISAMARA FERREIRA DE BARROS	700404907292342		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
ISLAINE FERREIRA DE CARVALHO LADISLAU	700005219160200		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
IVAN SERGIO PETROUCIC	700101819921690		225133	MEDICO PSQUIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	0	12
JANAINA ALVES DA SILVA RIBEIRO	700702978548671		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
JANAINA BERALDO DA SILVA SANTOS	980016278177884		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JANAINA DA SILVA	708200163527642		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
JAQUELINE ANDRADE SANTOS LEITAO	704501100506120		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
JAQUELINE CARDOSO DE ALMEIDA DA SILVA	980016285722256		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JAQUELINE VIEIRA DA SILVA	704003898127467		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JESSICA ARAUJO DA SILVA	707008839003039		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JOANA D ARC DA COSTA	709009884922118		514320	FAXINEIRO	NÃO	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JOANA DARC MORANDINI DA SILVA	708207122408440		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JOAO JOSE DE OLIVEIRA	207274653700018		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
JOAO ROBERTO ALVARENGA MACHADO	70960555329576		225265	MEDICO OFTALMOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	5	5	10
JOES PINTO DE LIMA COUTINHO DA SILVA	700003437009200		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
JORGE MASSARU MORITSUGU	207274654000001		225265	MEDICO OFTALMOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	2	0	2
JORGE SUGIMOTO	207274654860000		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		2	18	4	24
JOSE EDUARDO MARTINS COELHO	700005993496309		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	30	0	30
JOSE PAULO PINHEIRO RIBEIRO DE MENDONCA	704605609783420		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
JUAN INACIO DO EGITO RIBEIRO	702401082622327		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
JULIA SANTOS DE OLIVEIRA	704005889205061		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
JULIANA FERNANDES PLATA CARVALHO	127776514950002		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
JULIANA GARCIA CIRILO	706201576084568		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
KELI CRISTINA AVELINO ALVES	980016289958106		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
KENIA DE LIMA SILVA	980016295013649		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LAIS MARQUES CAETANO	707405070842674		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
LAMYA TAMAM KASSEN PINHEIRO	706405649460981		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	10	26	36
LARYSSA SILVA PEREIRA	705806460719932		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36

86

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
LAURA DE OLIVEIRA BERALDO	705000455607252		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LAUREANE BARBOSA DE MATOS	700008284075304		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LAURIANO APARECIDO DIAS	207274650280018		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	1	2
LAURIANO APARECIDO DIAS	207274650280018		225165	MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	0	4
LEA FERNANDA DA COSTA CAMARGO	980016276880809		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	13	25
LEINA JUNIOR FERREIRA ROCHA	704808016768943		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LEONARDO ANTONELI	708005809690122		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	4	4	8
LEONARDO ANTONELI	708005809690122		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	4	4	8
LEONARDO VIANA GUIMARAES	706703586739912		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
LETICIA CRISTINA LIMA VIEIRA	708206144266648		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LETICIA CRISTINA TEIXEIRA COSTA	703109360503760		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
LETICIA DA SILVA MOREIRA	708202135713544		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
LETICIA DA SILVA MOREIRA	708202135713544		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LETICIA SANTOS DE OLIVEIRA	700802935423770		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	24	24
LETIELI DE SOUSA NASCIMENTO	702900579022377		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LETIELI MARTINS BERNAL DA SILVA	700401937032044		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LETIELLE CRISTINA SOUSA DE OLIVEIRA	704804597610545		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	ONS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	GH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
LIDIANI CARVALHO DOS SANTOS ARAUJO	207274647650004		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
LIVIA DE SOUSA CAMARGO	707004823162236		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LIVIA MARQUES DOS SANTOS	702807620109564		223405	FARMACEUTICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		30	0	0	30
LUCIANA APARECIDA DA SILVA	980016284443361		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LUCIANA MATEUS NOGUEIRA BARBOSA	700406957100945		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
LUCIENE DE FATIMA NUNES DOS SANTOS	701406639501235		516305	LAVADEIRO, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
LUIZ DOS REIS SILVA	207274649780002		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
LUIZ DOS REIS SILVA	207274649780002		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	4	8
LUIZ DOS REIS SILVA	207274649780002		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	5	0	5
MAIARA BRANDAO SAMPAIO	701801294187975		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	6	6
MAIARA BRANDAO SAMPAIO	701801294187975		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	10	11
MARAI SA APARECIDA DOS SANTOS	706508360277191		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MARCELA DE BRITO E SILVA HAMAMOTO	705001033289154		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
MARCELLO HENRIQUE CYRINO GUILMAR	708601514731880		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
MARCELLO HENRIQUE CYRINO GUILMAR	708601514731880		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	12	24
MARCELO SUZUKI MATUSHITA	700500526654155		225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	10	4	14

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARCELO VELOSO MOURTHE DE SOUZA	700001887337509		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
MARCIA CRISTINA DA SILVA	702703193163060		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MARCIA CRISTINA PEREIRA	707802641950310		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MARIA DA CONCEICAO SORATI	700506904755660		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MARIA KAROLINE LELIS DE SOUZA TOLOIS	700003960739804		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MARIA VERONICE DA SILVA NASCIMENTO PINTO	201105259270002		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MARIANA DA SILVA FERNANDES	980016295823084		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MARIANA MORIS	700406781324250		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
MARIANA TAVARES FERNANDES	708502346651872		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
MARIETE MARIA DA SILVA	700004161717304		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MARLI ALVES FERREIRA	207274650520000		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MARTA ALVES CIPRIANO BIANCO	704701772246434		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MICHELE CRISTINA FERREIRA	708409229822066		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MICHELE DE MORAES	703201638939591		225133	MEDICO PSQUIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	20	0	20
MICHELE GONCALVES	980016287211801		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MILEIDE DOS SANTOS TAVARES DE VICTOR	702909559705676		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MILLENE FERNANDES REIS SILVA	704300552491297		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MIRELA DE PAULA NICODEMOS	702300171694714		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MIRIANE MOREIRA DOS SANTOS JULIO	700604446302562		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MONICA CRISTINA INACIO DA SILVA	704707773484032		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
MONISE CRISTINA BENTO	700207968657930		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
MURIEL ANTONIO RODRIGUES DOS SANTOS	708208166262949		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
MURILLO PIMENTEL RODRIGUES	702909511285974		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
NADIA ABDALA IBRAHIM	701206007271618		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
NADIEGE DA SILVA SANTANA DE FREITAS	700501195282958		251605	ASSISTENTE SOCIAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
NAIARA FIRMINO TOMAZ	702800125203660		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
NAIARA FURINI DE SOUZA	980016296634515		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	30	30
NAIARA SOARES DE SOUSA	708101511034539		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
NEUZA RODRIGUES DA VEIGA PARREIRA	700002940476505		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
OSVALDO MANOEL DA COSTA NETO	700005304071705		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
PAMELA ALVES EVANGELISTA	704204254994880		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
PAMELA CRISTINA DOS ANJOS	980016294059505		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
PATRICK FERREIRA LIMA	706406697420189		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	4	20	24
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	3	4
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	10	11
PAULO DE TARSO CALIL	207274647300003		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	4	4	8
PAULO FERNANDO MUZZETTI FERREIRA	707001808922338		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	24	24
PAULO HENRIQUE FREIRE PRADO	708008801844328		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	10	4	14
PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA SANT ANNA	701008819103497		225275	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	6	18
RAFAEL CHAVES DASSIE	705006848712154		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	12	12	24
RAFAEL CHIARI RIBEIRO DOS SANTOS	700504387533455		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	20	20
RAFAEL SANTOS ZEMI	709500670183370		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
RAFAEL SANTOS ZEMI	709500670183370		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
RAFAELA MENDONCA DE MEDEIROS	704509325950114		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
RAQUEL DE SOUSA LIMA HOLANDA	706701578862911		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
REGIANE APARECIDA FURLAN FERREIRA	702401546524220		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	3	9

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
REGIANE APARECIDA FURLAN FERREIRA	702401546524220		225135	MEDICO DERMATOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	3	9
REGINA DAS GRACAS LEONCINI DA SILVA	701100344383980		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
RENATA CRISTINA DOS SANTOS	980016277660476		225124	MEDICO PEDIATRA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
RENATA MAIARA FERREIRA	980016287791271		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	22	2	24
RENATA MARTINS DE LIMA	700009935185804		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
RENATA MOSCONI MOREIRA	980016278020128		221205	BIOMEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
RICARDO ALEXANDRE FERREIRA SOARES	702102770000098		422110	RECEPCIONISTA DE CONSULTORIO MEDICO OU DENTARIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
RICARDO CID PARDI	207274649270004		131205	DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	2	2
RICARDO CID PARDI	207274649270004		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	5	5
RICARDO CID PARDI	207274649270004		225151	MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	0	8	8
RICARDO GONCALVES DA SILVA	700002213471406		225109	MEDICO NEFROLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	12	12
RICARDO GONCALVES DA SILVA	700002213471406		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	0	6	6
RODRIGO DE SOUZA FERREIRA	703604024441837		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
ROSANGELA NOGUEIRA DA SILVA CELA	700009600613006		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ROSELI MEIRE DE SENA	700203960659329		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
ROSICLEIA SANTILHA RODRIGUES PEREIRA	700408450081948		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

92

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ROSIMEIRE MELO DE PAULA DA SILVA	706500360672298		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SABRINA NICOLAU DA SILVA	980016284314197		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
SHEILA APARECIDA PEREIRA RODRIGUES DE PAULA	709002803771517		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SIDICLEIDE DA SILVA	705008066999556		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SIDNEIA APARECIDA DA ROCHA SILVA	980016278169636		221205	BIOMEDICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	4	5
SILVERIA NUNES MOREIRA	702500396070937		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SONIA DONISETI DE SOUSA	702801124925361		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SONIA PEREIRA DE SOUZA	980016285724127		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
SONIELI VIEIRA MANSO	704700746215739		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA	36	0	0	0	36
STEPHANIE ALMEIDA SANTANA	700302995299335		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
STHEFANY FIGUEIRA DINIZ	702308146312517		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
TAMARA CRISTINA VENANCIO ESTEVAN	700509159430559		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
TAIS CRISTINA VIEIRA DE LIMA SILVA	704602135914322		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PRIVADO		0	0	36	36
TAIS EVANGELISTA MAGNO	700509181506554		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
TAIS SUZUKI GONCALVES	700403448888649		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
TAISNARA CRISTINA RAMOS SILVEIRA	701204090974411		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
TATIANA COSTA IGNACIO	980016283356937		225155	MEDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	5	1	6
TATIANA MARIA DA SILVA	700507750818456		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
TATIANE CONEUNDES GABRIEL	705009049969351		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
TATIANE MARQUES DA SILVA	980016281877778		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	2	34	36
TAYNARA SABINO CIRILO	700609462533260		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
THAYS RODRIGUES LELIS CURI	70200835395186		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
THIAGO CESAR PARDI	705008019559359		225103	MEDICO INFECTOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	24	30
THIAGO CESAR PARDI	705008019559359		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	6	24	30
THIFANI SILVERIO DE OLIVEIRA	704804597094547		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
VALDENIR PEREIRA DA SILVA	700007165701200		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
VALERIA VIVIANA CARDOSO CIRIACO	980016278426191		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	18	18	36
VANDERLEIA DE PAULA LIMA NICODEMOS	7088097135717310		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
VANESSA ALVES DOS SANTOS RIBEIRO	700006461625105		221205	BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
VANESSA FEDRIGO VILELA	709204205074936		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	16	8	24
VERIDIANA SENA DERACO	704108481781750		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
VITORIA MARIA FERREIRA DE SOUZA	701401651155339		223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO		0	0	36	36
VIVIANE ISaura TOSTA	706102043730560		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	INTERMEDIAD	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	20	4	24
WAGNER TAVARES DA SILVA	704709793784130		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	36	36
WILLIAM MARQUES	702805618788660		514310	AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
WILLIAM SANTOS ZEMIE	708906771110518		225120	MEDICO CARDIOLOGISTA	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3
WILLIAM SANTOS ZEMIE	708906771110518		225125	MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	1	2	3

Data desativação: -- Motivo desativação: --



ENFERMEIRO (A)	NOVEMBRO																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1. LUDMIL CARVALHO DOS S. JARDUJO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2. LARYSSA RIVAS BRIBORA	V	F	E	A	9	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3. HEAMARA FERREIRA DE BARROS	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
4. TAYS SUZANI GONCALVES	D	T	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
5. LENA JUNIOR FERREIRA ROCHA	F	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6. RENUN DE LIMA SILVA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7. FERNANDA MORAES RUIRES BARROS	424514	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
LEGENDA:																														
DIRIGIDO 06-19 HS	D																													
NOTURNO 18-24 HS	N																													
DIURNO 06-18 HS	M																													
FOLGA	F																													

*Fernanda Moraes Ruires Barros*  
ASSINATURA CARREGO



TEC. ENFERMAGEM UTI	NOVEMBRO																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1. APARELHA MORAES DO CARMO	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
2. TAYSSARA FERREIRA	V	F	E	A	9	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3. HEAMARA FERREIRA DE BARROS	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
4. TAYS SUZANI GONCALVES	D	T	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
5. LENA JUNIOR FERREIRA ROCHA	F	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6. RENUN DE LIMA SILVA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7. FERNANDA MORAES RUIRES BARROS	424514	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
LEGENDA:																														
DIRIGIDO 06-19 HS	D																													
NOTURNO 18-24 HS	N																													
DIURNO 06-18 HS	M																													
FOLGA	F																													

ENFERMEIRO (A)	NOVEMBRO 2024																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1. ROSALI MEIRE DE SENA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
2. FERNANDA JABUR	V	F	E	A	9	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3. MAIARA FURINI DE SOUZA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
4. NAJARA FURINI DE SOUZA	D	T	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
5. FERNANDA JABUR	F	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6. NAJARA FURINI DE SOUZA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7. BARBARA KOL DE LIMA	322348-F	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
8. BARBARA KOL DE LIMA	322348-F	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Horários aos finais de semana e feriados: Dia: 7h às 17h / Noite: 17h às 3h  
\*Após 3h seguir a escala da plantão à distância (Sem Urgência ou Emergência)

DATA	COLABORADOR	CREFITO-3	HORARIO	TELEFONE
03/nov	ROSALI MEIRE DE SENA	125727-F	3h às 7h	(16)98988-5889
04/nov	FERNANDA JABUR	74167-F	3h às 7h	(17)99979-4007
10/nov	MAIARA FURINI DE SOUZA	198126-F	3h às 7h	(17)99979-4007
16/nov	BARBARA KOL DE LIMA	322348-F	3h às 7h	(17)99979-4007
17/nov	NAJARA FURINI DE SOUZA	198126-F	3h às 7h	(17)99979-4007
18/nov	FERNANDA JABUR	74167-F	3h às 7h	(17)99979-4007
24/nov	MAIARA FURINI DE SOUZA	198126-F	3h às 7h	(17)99979-4007
25/nov	BARBARA KOL DE LIMA	322348-F	3h às 7h	(17)99979-4007
30/nov	BARBARA KOL DE LIMA	322348-F	3h às 7h	(17)99979-4007



ESCALA DE REVEZAMENTO DA UN 66465 DE NOVEMBRO 2024

Mês	Dias																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Equipe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Turno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Medição realizada por inspetoras Márcia Zampassini e Patrícia

Márcia Zampassini  
 CRM 57.115.033-8

**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
TEC HEMODIALISE

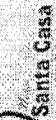
Código	Descrição	NOVEMBRO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	TEC ENF. HEMODIALISE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	CEMISER AL. UNDE GUAIRÁ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	PARA LA AL. MES. EVANGELISTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	LEGENDA																																	
5	RETIORNO 16:00 HS																																	



Patrícia Zampassini  
 ADM. 2010005-2

**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRÁ**  
ESCALA DE REVEZAMENTO DEZEMBRO 2024

Mês	Dias																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Equipe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Turno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31



**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRÁ**  
ESCALA DE REVEZAMENTO DEZEMBRO 2024

Mês	Dias																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Equipe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Turno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**FERIAS**

Medição realizada por inspetoras Márcia Zampassini e Patrícia  
 Márcia Zampassini  
 CRM 57.115.033-8  
 Patrícia Zampassini  
 ADM. 2010005-2

uaíra

ENFERMEIROS DO POSTO 26

ENFERMEIROS	NOVEMBRO												
ENFERMEIRO	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S
ANTONIO CARLOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FRANCISCA FERREIRA	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
FRANCISCA FERREIRA	27	28	29	30	31								

PLANTÃO DE 24 HORAS

PLANTÃO DE 12 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 24 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 12 HORAS

Santa Casa de Misericórdia de Guaíra  
ACORDADO CONJUNTO

ALQUANTO EMPREGADO	NOVEMBRO												
EMPREGADO	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S
ANTONIO CARLOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FRANCISCA FERREIRA	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
FRANCISCA FERREIRA	27	28	29	30	31								

PLANTÃO DE 24 HORAS

PLANTÃO DE 12 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 24 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 12 HORAS

Santa Casa de Misericórdia de Guaíra  
ENFERMEIROS POSTO 27

ENFERMEIROS POSTO 27	NOVEMBRO												
ENFERMEIRO	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S
ANTONIO CARLOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FRANCISCA FERREIRA	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
FRANCISCA FERREIRA	27	28	29	30	31								

PLANTÃO DE 24 HORAS

PLANTÃO DE 12 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 24 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 12 HORAS

Santa Casa de Misericórdia de Guaíra  
CENTRO CIRURGICO

ENFERMEIROS	NOVEMBRO												
ENFERMEIRO	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S
ANTONIO CARLOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FRANCISCA FERREIRA	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
FRANCISCA FERREIRA	27	28	29	30	31								

PLANTÃO DE 24 HORAS

PLANTÃO DE 12 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 24 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 12 HORAS

Santa Casa de Misericórdia de Guaíra  
POSTO 26

ESCALA NOVEMBRO 2024  
ENFERMEIROS - PRONTO SOCORRO

ENFERMEIROS	NOVEMBRO												
ENFERMEIRO	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S	D	T	Q	S
ANTONIO CARLOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FRANCISCA FERREIRA	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
FRANCISCA FERREIRA	27	28	29	30	31								

PLANTÃO DE 24 HORAS

PLANTÃO DE 12 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 24 HORAS

AT-ATENDIMENTO DE 12 HORAS

DE 06:45 A 10 HORAS  
 DE 10:00 A 12 HORAS  
 DE 12:30 A 2:30 HORAS  
 DE 3:00 A 5:00 HORAS  
 DE 5:30 A 7:30 HORAS  
 DE 8:00 A 10:00 HORAS  
 DE 10:30 A 12:30 HORAS  
 DE 13:00 A 15:00 HORAS  
 DE 15:30 A 17:30 HORAS  
 DE 18:00 A 20:00 HORAS  
 DE 20:30 A 22:30 HORAS  
 DE 23:00 A 01:00 HORAS  
 DE 01:30 A 03:30 HORAS  
 DE 04:00 A 06:00 HORAS  
 DE 06:30 A 08:30 HORAS  
 DE 09:00 A 11:00 HORAS  
 DE 11:30 A 13:30 HORAS  
 DE 14:00 A 16:00 HORAS  
 DE 16:30 A 18:30 HORAS  
 DE 19:00 A 21:00 HORAS  
 DE 21:30 A 23:30 HORAS  
 DE 00:00 A 02:00 HORAS  
 DE 02:30 A 04:30 HORAS  
 DE 05:00 A 07:00 HORAS  
 DE 07:30 A 09:30 HORAS  
 DE 10:00 A 12:00 HORAS  
 DE 12:30 A 14:30 HORAS  
 DE 15:00 A 17:00 HORAS  
 DE 17:30 A 19:30 HORAS  
 DE 20:00 A 22:00 HORAS  
 DE 22:30 A 00:30 HORAS  
 DE 01:00 A 03:00 HORAS  
 DE 03:30 A 05:30 HORAS  
 DE 06:00 A 08:00 HORAS  
 DE 08:30 A 10:30 HORAS  
 DE 11:00 A 13:00 HORAS  
 DE 13:30 A 15:30 HORAS  
 DE 16:00 A 18:00 HORAS  
 DE 18:30 A 20:30 HORAS  
 DE 21:00 A 23:00 HORAS  
 DE 23:30 A 01:30 HORAS  
 DE 02:00 A 04:00 HORAS  
 DE 04:30 A 06:30 HORAS  
 DE 07:00 A 09:00 HORAS  
 DE 09:30 A 11:30 HORAS  
 DE 12:00 A 14:00 HORAS  
 DE 14:30 A 16:30 HORAS  
 DE 17:00 A 19:00 HORAS  
 DE 19:30 A 21:30 HORAS  
 DE 22:00 A 24:00 HORAS

Santa Casa de Misericórdia de Guaitira  
 POSTO 26

TECNICOS		FOLGAS		AT. ATENDIDA	
DATA	TECNICO	DATA	TECNICO	DATA	TECNICO
01	...	01	...	01	...
02	...	02	...	02	...
03	...	03	...	03	...
04	...	04	...	04	...
05	...	05	...	05	...
06	...	06	...	06	...
07	...	07	...	07	...
08	...	08	...	08	...
09	...	09	...	09	...
10	...	10	...	10	...
11	...	11	...	11	...
12	...	12	...	12	...
13	...	13	...	13	...
14	...	14	...	14	...
15	...	15	...	15	...
16	...	16	...	16	...
17	...	17	...	17	...
18	...	18	...	18	...
19	...	19	...	19	...
20	...	20	...	20	...
21	...	21	...	21	...
22	...	22	...	22	...
23	...	23	...	23	...
24	...	24	...	24	...
25	...	25	...	25	...
26	...	26	...	26	...
27	...	27	...	27	...
28	...	28	...	28	...
29	...	29	...	29	...
30	...	30	...	30	...

Santa Casa de Misericórdia de Guaitira  
 POSTO 27

TECNICOS		FOLGAS		AT. ATENDIDA	
DATA	TECNICO	DATA	TECNICO	DATA	TECNICO
01	...	01	...	01	...
02	...	02	...	02	...
03	...	03	...	03	...
04	...	04	...	04	...
05	...	05	...	05	...
06	...	06	...	06	...
07	...	07	...	07	...
08	...	08	...	08	...
09	...	09	...	09	...
10	...	10	...	10	...
11	...	11	...	11	...
12	...	12	...	12	...
13	...	13	...	13	...
14	...	14	...	14	...
15	...	15	...	15	...
16	...	16	...	16	...
17	...	17	...	17	...
18	...	18	...	18	...
19	...	19	...	19	...
20	...	20	...	20	...
21	...	21	...	21	...
22	...	22	...	22	...
23	...	23	...	23	...
24	...	24	...	24	...
25	...	25	...	25	...
26	...	26	...	26	...
27	...	27	...	27	...
28	...	28	...	28	...
29	...	29	...	29	...
30	...	30	...	30	...

Santa Casa  
 ESCALA NOVEMBRO 2024  
 ENFERMEIROS - PRONTO SOCORRO

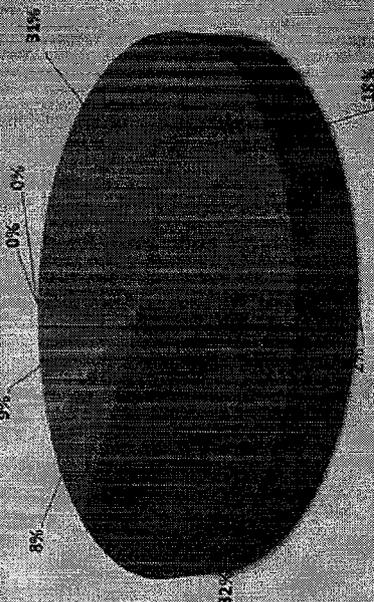
TECNICOS		FOLGAS		AT. ATENDIDA	
DATA	TECNICO	DATA	TECNICO	DATA	TECNICO
01	...	01	...	01	...
02	...	02	...	02	...
03	...	03	...	03	...
04	...	04	...	04	...
05	...	05	...	05	...
06	...	06	...	06	...
07	...	07	...	07	...
08	...	08	...	08	...
09	...	09	...	09	...
10	...	10	...	10	...
11	...	11	...	11	...
12	...	12	...	12	...
13	...	13	...	13	...
14	...	14	...	14	...
15	...	15	...	15	...
16	...	16	...	16	...
17	...	17	...	17	...
18	...	18	...	18	...
19	...	19	...	19	...
20	...	20	...	20	...
21	...	21	...	21	...
22	...	22	...	22	...
23	...	23	...	23	...
24	...	24	...	24	...
25	...	25	...	25	...
26	...	26	...	26	...
27	...	27	...	27	...
28	...	28	...	28	...
29	...	29	...	29	...
30	...	30	...	30	...

Santa Casa  
 ESCALA NOVEMBRO 2024  
 ENFERMEIROS - PRONTO SOCORRO

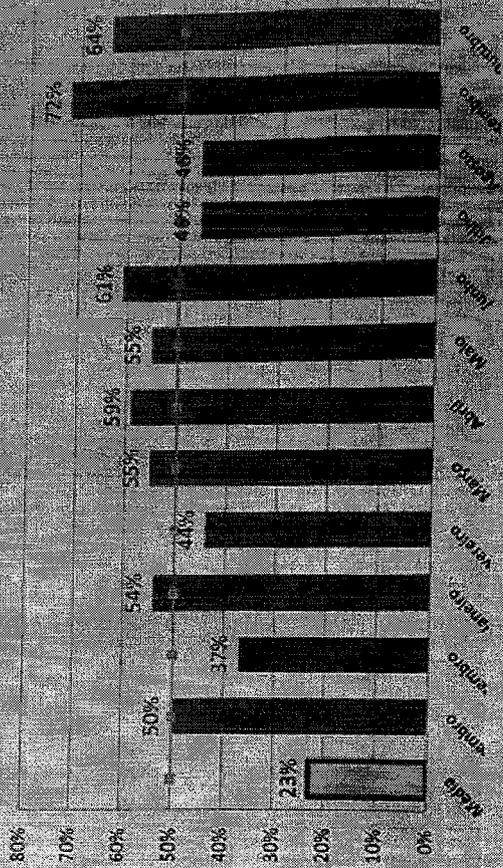
TECNICOS		FOLGAS		AT. ATENDIDA	
DATA	TECNICO	DATA	TECNICO	DATA	TECNICO
01	...	01	...	01	...
02	...	02	...	02	...
03	...	03	...	03	...
04	...	04	...	04	...
05	...	05	...	05	...
06	...	06	...	06	...
07	...	07	...	07	...
08	...	08	...	08	...
09	...	09	...	09	...
10	...	10	...	10	...
11	...	11	...	11	...
12	...	12	...	12	...
13	...	13	...	13	...
14	...	14	...	14	...
15	...	15	...	15	...
16	...	16	...	16	...
17	...	17	...	17	...
18	...	18	...	18	...
19	...	19	...	19	...
20	...	20	...	20	...
21	...	21	...	21	...
22	...	22	...	22	...
23	...	23	...	23	...
24	...	24	...	24	...
25	...	25	...	25	...
26	...	26	...	26	...
27	...	27	...	27	...
28	...	28	...	28	...
29	...	29	...	29	...
30	...	30	...	30	...

# OUTUBRO/2024

- GO
- Vascular
- Cirurgia Geral
- Urologia
- Otorrino
- Oftalmologista
- Ortopedia
- Cirur. Dentista



### Taxa de Ocupação Geral da Santa Casa de Guaira (%)



## TAXA DE OCUPAÇÃO GERAL

### PRONTO SOCORRO ESCALA NOVEMBRO 2024 TÉCNICOS - NOTURNO



FUNÇÃO/NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
Coordenador Técnico																																	
Coordenador de Enfermagem																																	
Coordenador de Fisioterapia																																	
Coordenador de Psicologia																																	
Coordenador de Serviço Social																																	
Coordenador de Terapia Ocupacional																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Comunidade																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde Bucal																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde da Mulher																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Homem																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde da Criança																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Idoso																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Adolescente																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde da População																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Indivíduo com Deficiência																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Cuidado																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde da Família																																	
Coordenador de Serviço de Atendimento à Saúde do Ambiente																																	

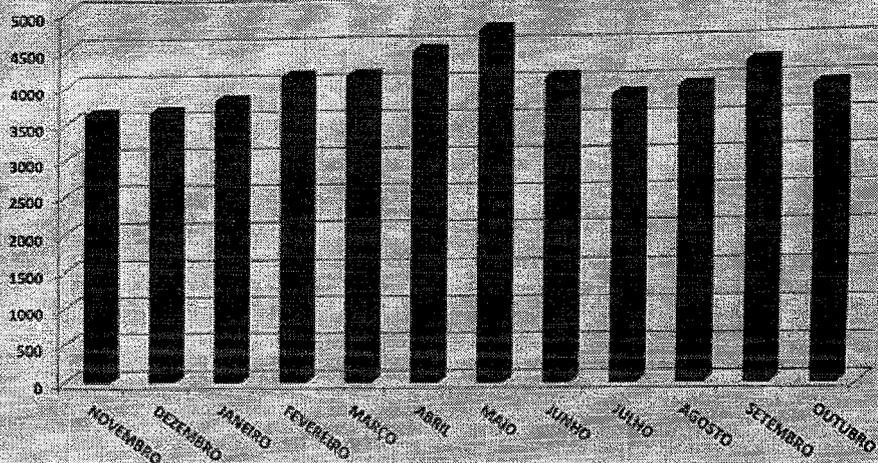
### SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAIRA ESCALA DE REVEZAMENTO - NOVEMBRO/2024 RECEPCÃO PRONTO SOCORRO

FUNÇÃO/NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																
Coordenador de Recepção																																

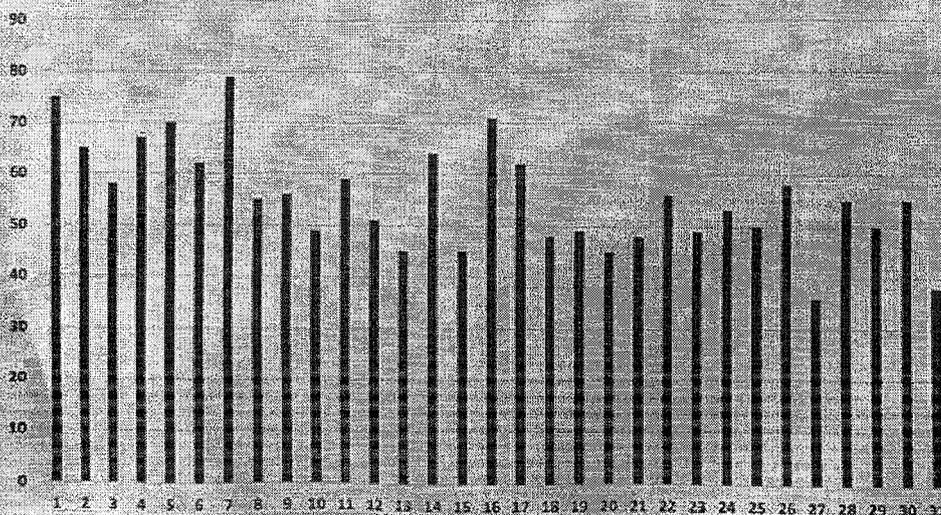
## TOTAL MENSAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS



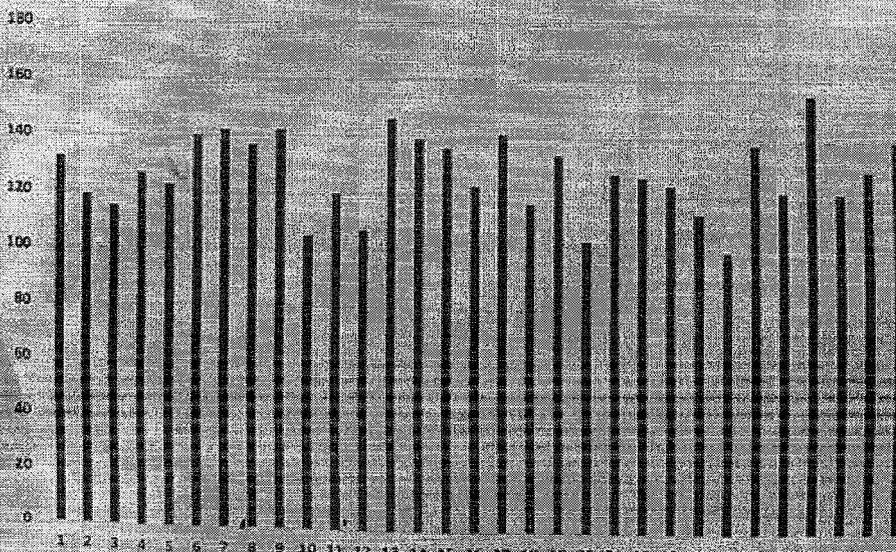
## TOTAL MENSAL DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO



## TOTAL DE ATENDIMENTOS DIÁRIOS PRONTO SOCORRO DO MÊS DE OUTUBRO



## TOTAL DE ATENDIMENTOS DIÁRIOS PRONTO SOCORRO DO MÊS DE OUTUBRO



A sen  
 Dias v  
 portari  
 cozinh  
 aos  
 Thiag  
 perío  
 nosso  
 Casa  
 acolh  
 agrade

Senh  
 interna  
 Santa  
 agr  
 cui  
 portari  
 nutrice  
 enfer  
 fisioter  
 ao Dr.

102

Sauzo

PROYECTO DE LEY  
REPOSICION DE LOS  
CUESTOS

... de los...



Via Rápida Empresa - VRE  
CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO INTEGRADO  
JUCESP - JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO  
Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo



Prefeitura do Município de Guairá

Governo do Estado de São Paulo

**É importante saber que:**

1. Todos os dados e declarações constantes deste documento são de responsabilidade do proprietário do estabelecimento.
2. Somente as atividades econômicas contidas neste comprovante tem o funcionamento autorizado.
3. Quaisquer alterações de dados e/ou de condições que determinem a inscrição nos órgãos e expedição deste documento implica a perda de sua validade e regularidade perante os órgãos, e obriga o empresário e/ou empresa jurídica a revalidar as informações e renovar sua solicitação.
4. Os órgãos envolvidos poderão a qualquer momento fiscalizar ou notificar o interessado a comprovar as restrições e/ou condições supramencionadas no documento, de forma que se não atendidas as notificações, poderá ter início procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.
5. As taxas devidas de cada órgão deverão ser recolhidas diretamente com os envolvidos e mantidas válidas durante todo o período de vigência do estabelecimento, de acordo com as regras definidas e especificadas pelo órgão.
6. Este documento foi emitido com base no artigo 7º, item 1 do Decreto Estadual 55.660, de 30 de março de 2010. Trata-se de um documento parcial, e que não produz os efeitos legais para a autorização do exercício das atividades econômicas nele contidas. Para obter o Certificado de Licenciamento, finalize as licenças dos órgãos integrados que ainda estão pendentes. Verifique a situação das licenças abaixo.

**DADOS DA SOLICITAÇÃO E VALIDADE DESTA DOCUMENTO:**

PROTOCOLO/NÚMERO	Nº SOLICITAÇÃO	DATA DA SOLICITAÇÃO	DATA DE VALIDADE
SPM2430076350	3110911	15/02/2024	16/02/2025

**DADOS DA EMPRESA**

<b>NOME EMPRESARIAL</b>	<b>CNPJ</b>
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA	48.341.283/0001-61
<b>NATUREZA JURÍDICA</b>	<b>Inscrição Municipal</b>
Associação Privada	083233003
<b>A EMPRESA TERÁ ESTABELECIMENTO?</b>	
Sim	
<b>FORMA DE ATUAÇÃO</b>	
Estabelecimento Fixo	
<b>ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO</b>	
RUA 24, 872	
JARDIM PAULISTA, Guairá - SP CEP: 14790000	
<b>ÁREA DO ESTABELECIMENTO</b>	5273.85
<b>ÁREA DO IMÓVEL (ÁREA CONSTRUÍDA) (M<sup>2</sup>)</b>	4752.52
<b>ATIVIDADES ECONÔMICAS LICENCIADAS</b>	

000101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

**ATIVIDADES AUXILIARES LICENCIADAS**

Sede

**ANÁLISE DE VIABILIDADE****PARECER DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA****VÁLIDO PARA A INSCRIÇÃO MUNICIPAL DO IMÓVEL****DATA DE EMISSÃO:** 15/02/2024**TIPO DO IMÓVEL:** Número IPTU: 083233003**RESTRIÇÕES AO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE NO LOCAL INDICADO:****CNAE:**

8610-1/01-Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

**Atividade Estabelecimento:**

Sim

»

A Prefeitura poderá a qualquer momento notificar o interessado a comprovar as condições supramencionadas nas restrições de operação, de forma que se não atendida a notificação, poderá iniciar procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.

»

Atividade permitida, sendo que a construção, reforma, ampliação, diminuição ou demolição de área deverá obter o Certificado de Aprovação de Projeto e/ou Alvará de Construção, Reforma, Ampliação ou Demolição, exceto limpeza, construção de muros, trc de pisos e revestimentos, construção de abrigos provisórios e calçadas, nos termos da Lei nº 1.230/1982.

**CNAE:**

8610-1/02-Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

**Atividade Estabelecimento:**

Sim

»

A Prefeitura poderá a qualquer momento notificar o interessado a comprovar as condições supramencionadas nas restrições de operação, de forma que se não atendida a notificação, poderá iniciar procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.

»

Atividade permitida, sendo que a construção, reforma, ampliação, diminuição ou demolição de área deverá obter o Certificado de Aprovação de Projeto e/ou Alvará de Construção, Reforma, Ampliação ou Demolição, exceto limpeza, construção de muros, trc de pisos e revestimentos, construção de abrigos provisórios e calçadas, nos termos da Lei nº 1.230/1982.

**LICENCIAMENTO INTEGRADO****Secretaria de Estado da Saúde / Vigilância Sanitária**

O processo de licenciamento para este órgão não foi solicitado ou ainda está em andamento. É necessário que o interessado conclua o pedido.

**Secretaria de Estado da Segurança Pública / Corpo de Bombeiros**

O processo de licenciamento para este órgão não foi solicitado ou ainda está em andamento. É necessário que o interessado conclua o pedido.

**Secretaria do Meio Ambiente, Infraestrutura e Logística / CETESB**

O processo de licenciamento para este órgão não foi solicitado ou ainda está em andamento. É necessário que o interessado conclua o pedido.

**Secretaria da Agricultura / Coordenadoria de Defesa Agropecuária****DATA EMISSÃO****PROTOCOLO DE BAIXO RISCO****CNAE**

105

Secretaria da Agricultura / Coordenadoria de Defesa Agropecuária

**FORAM ASSINADAS AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:**

» Declaro que as atividades que realizo para este protocolo não são de âmbito de gestão no sistema de Gestão de Defesa Animal e Vegetal (GEDAVE) pela Coordenadoria de Defesa Agropecuária (CDA) da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA).

Prefeitura de Guairá

PREFEITURA

DATA EMISSÃO	NÚMERO DE LICENÇA	VALIDADE
16/02/2024	SPM2430076350	16/02/2025

CNES.....:207841-4		
ESFERA ADM.....:PRIVADO		
CPF DIR. CLÍNICO:619.649.566-68		
TELEFONE.....:1733327000		
<u>Nº LOTE</u>	<u>QUANTIDADE</u>	<u>ESPECIALIDADE</u>
00000001	115	01-CIRURGICO
00000002	25	02-OBSTETRICOS
00000003	127	03-CLINICOS
00000004	8	07-PEDIATRICOS
<b>Total QTD:</b>		<b>275</b>
Assinatura:		
Data: ___/___/___		Hora: ___:___
<b><u>Reservado à Secretaria</u></b>		
Motivo:		
<input type="checkbox"/> ( ) Fora do Prazo		
<input type="checkbox"/> ( ) Falta de Etiqueta		
<input type="checkbox"/> ( ) Defeito Físico		
<input type="checkbox"/> ( ) Bloqueado		
<input type="checkbox"/> ( ) Cancelado / Não Cadastrado		
<input type="checkbox"/> ( ) Inconsistência		
<input type="checkbox"/> ( ) Divergência Conteúdo		
<input type="checkbox"/> ( ) Processo OK		
Integrado em: ___/___/___		
Assinatura:		
Matrícula:		Data: ___/___/___ Hora: ___:___

107



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA – SP**  
Avenida Gabriel Garcia Leal nº 676 – Fone (017) 3331-5100 – Fax 3331-3356  
Paço Municipal “Messias Cândido Faleiros”  
E-mail Prefeitura@guaira.sp.gov.br



Guaíra/SP, 30 de Dezembro de 2024.

UAC - Unidade de Avaliação e Controle  
Pagamento do Faturamento do SIA e SIHD

COMPETÊNCIA: 11/2024  
APRESENTAÇÃO: 12/2024

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA**

Procedimento	Descrição	Físico	Valor Faturado
<b>Pagamento do SIH2 CNES DO HOSPITAL - Serviços Hospitalares.</b>			
	Internações hospitalares (MAC) - Total	273	R\$ 356.078,47
	Cirurgias Eletivas Resolução SS-12	235	R\$ 291.815,55
		38	R\$ 64.262,92
<b>02.01</b>	<b>Coleta de material</b>		<b>R\$ 0,00</b>
02.01.01.056-9	Biopsia/Exerese de nódulo de mama	0	R\$ 0,00
<b>02.03</b>	<b>Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica</b>		<b>R\$ 0,00</b>
02.03.02.003-0	Exame Anatomo-Patológico	0	R\$ 0,00
<b>02.04</b>	<b>Diagnóstico por radiologia</b>	<b>917</b>	<b>R\$ 8.374,41</b>
02.04	Diagnóstico por radiologia	897	R\$ 7.272,41
02.04.06.002-8	Densitometria óssea	20	R\$ 1.102,00
<b>02.05</b>	<b>Diagnóstico por Ultrassonografia</b>	<b>887</b>	<b>R\$ 23.373,90</b>
02.05.02	Ultrassonografia dos demais sistemas	787	R\$ 18.396,54
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	64	R\$ 2.534,40
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de fluxo obstétrico	0	R\$ 0,00
02.05.01.003-2	Ecocardiograma	36	R\$ 2.442,96
<b>02.06</b>	<b>Diagnóstico por Tomografia</b>	<b>303</b>	<b>R\$ 33.027,96</b>
02.06	Diagnóstico por Tomografia	303	R\$ 33.027,96
<b>02.09</b>	<b>Diagnóstico por Endoscopia</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	0	R\$ 0,00
02.09.01.002-9	Colonoscopia	0	R\$ 0,00

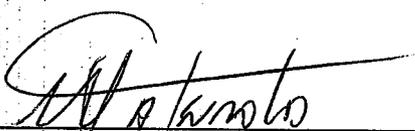


**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA – SP**  
Avenida Gabriel Garcia Leal nº 676 – Fone (017) 3331-5100 – Fax 3331-3356  
Paço Municipal “Messias Cândido Faleiros”  
E-mail Prefeitura@guaira.sp.gov.br



<b>02.11</b>	<b>Métodos diagnósticos em especialidades</b>	<b>64</b>	<b>R\$ 501,89</b>
02.11.02.006-0	Teste de esforço/teste ergométrico	3	R\$ 90,00
02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em virgília c/ com s/ foto-estímulo ( EEG)	32	R\$ 362,88
02.11.07.014-9	Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)	0	R\$ 0,00
02.11.07.042-4	Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (reteste da orelhinha)	0	R\$ 0,00
02.11.08.005-5	Espirometria ou prova de função pulmonar completa com bronco	0	R\$ 0,00
02.11.04.006-1	Tacocardiografia ante-parto	29	R\$ 49,01
<b>03.01.01</b>	<b>Consultas médicas/outros profissionais de nível superior</b>	<b>2.308</b>	<b>R\$ 23.080,00</b>
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	2.308	R\$ 23.080,00
03.01.06.010-0	Atend. ortopédico com imobilização provisória	6	R\$ 78,00

b8

<b>03.03.09</b>	<b>Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
03.03.09.003-0	Infiltração de substancias em cavidade sinovial	0	R\$ 0,00
03.03.09.007-3	Revisão com troca de aparelho gessado em membro inferior	0	R\$ 0,00
03.03.09.009-0	Revisão com troca de aparelho gessado em membro superior	0	R\$ 0,00
03.03.09.020-0	Tratamento conservador de fratura em membro inferior c/ imobilização	0	R\$ 0,00
03.03.09.022-7	Tratamento conservador de fratura em membro superior c/ imobilização	0	R\$ 0,00
<b>03.09</b>	<b>Procedimento FAEC</b>	<b>10</b>	<b>R\$ 3.007,80</b>
03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos M. Inferiores (Unilateral)	10	R\$ 3.007,80
03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos M. Inferiores (Bilateral)	0	R\$ 0,00
<b>04.01</b>	<b>Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa</b>	<b>18</b>	<b>R\$ 248,02</b>
04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutanea	0	R\$ 0,00
04.01.01.007-4	Exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceo/lipoma	5	R\$ 62,30
04.01.01.008-0	Frenectomia/Frenotomia	0	R\$ 0,00
04.01.01.009-0	Fulguração/Cauterização Quimica de lesões Cutaneas	9	R\$ 106,56
04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	4	R\$ 79,16
<b>04.03</b>	<b>Cirurgia do sistema nervoso central e periférico</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.04</b>	<b>Cirurgia das vias aéreas superiores da face ,da cabeça e do pescoço</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.05</b>	<b>Cirurgia do aparelho da visão</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.06</b>	<b>Cirurgia do aparelho circulatório</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.07</b>	<b>Cirurgia do aparelho digestivo,órgãos anexos e parede abdominal</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.08</b>	<b>Cirurgia do sistema osteomuscular</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.09</b>	<b>Cirurgia do aparelho geniturinário</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
04.09.04.024-0	Vasectomia	0	R\$ 0,00
04.09.05.006-7	Plastica de Freio Balano-Prepucial	0	R\$ 0,00
04.09.05.008-3	Postectomia	0	R\$ 0,00
04.09.04.006-1	Exerese de Cisto Bolsa Escrotal	0	R\$ 0,00
04.09.06.009-7	Exerese de Polipo de utero	0	R\$ 0,00
<b>04.10</b>	<b>Cirurgia de mama</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.11</b>	<b>Cirurgia obstétrica</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>04.13</b>	<b>Cirurgia reparadora</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS SIA/SUS ...</b>			<b>R\$ 91.691,98</b>
<b>TOTAL SIA E SIHD ...</b>			<b>R\$ 447.770,45</b>
 <b>EDUARDO GUASTI MATSUMOTO</b> <b>UAC-FATURAMENTO</b>		 <b>CERVANTES DA SILVA GARCIA</b> <b>DIRETOR MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	

CONFORME RELATÓRIO DIGITAL ENVIADO POR EMAIL NA DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

### Indicadores Hospitalares de Internação

#### Indicadores por Centro de Custo - Pac-Dia considerando Transferências e n° Internações

	Total Total												Média				%Inf Hosp	%Pac Dia	Total Pac.		
	Óbito	Altas	Reais	Reais	Reais	Reais	Reais	Reais	Reais	Reais	Reais	Reais	Pac. Dia	Pac. Dia	Total Hosp.	%				Media Perem.	Giro Rotat
MATERNIDADE	38	0	0	0	38	0	36	0	0	0	0	43	1.43	4	0	0.00	1.13	0.00	0.00	0.00	38
POSTO 26	145	0	0	8	153	4	148	2	150	20	150	312	10.40	18	0	52.00	2.04	7.65	0.00	0.00	155
POSTO 27	72	1	1	3	77	3	77	1	78	16	78	290	9.67	2	0	60.42	3.77	4.81	2.60	1.30	82
POSTO 28 PEDIA	13	0	0	0	13	0	13	0	11	2	11	34	1.13	0	0	56.67	2.62	6.50	0.00	0.00	13
RPA CENTRO CIR	30	0	0	1	31	1	32	0	31	0	31	46	1.53	4	0	0.00	1.48	0.00	0.00	0.00	32
UTI GERAL ADUL	20	0	2	1	23	4	27	7	26	10	26	181	6.03	0	0	60.33	7.87	2.30	8.70	8.70	32
<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>318</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>335</b>	<b>12</b>	<b>347</b>	<b>10</b>	<b>332</b>	<b>48</b>	<b>1440</b>	<b>906</b>	<b>30.20</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>62.92</b>	<b>2.70</b>	<b>6.98</b>	<b>1.19</b>	<b>0.90</b>	<b>347</b>

#### FILTROS SELECIONADOS

Período Seleccionado: de 01/11/2024 até 30/11/2024

censo: SIM

Categoria: TODAS

Unidade: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA

Sexo: TODOS

Caráter: ELETIVO e URGÊNCIA

Centro de Custo: TODOS

Convênios: TODOS

Tipos de Serviço: TODOS

Especialidades: TODOS

Total de Leitos: Desconsidera leitos marcados com LEITODIA='N' (não afeta cálculo do Leito-Dia)

#### LEGENDA DOS INDICADORES

LEITO DIA:

PACIENTE DIA:

MÉDIA DE PACIENTE DIA:

MÉDIA DE PERMANÊNCIA:

Número total de diárias disponíveis no período.

Número total de dias de internação de todos pacientes por período.

Número médio de pacientes internados no hospital por dia.

Número médio de dias que um paciente fica internado.

OS



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24.872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**Indicadores Hospitalares de Internação**

**Indicadores por Centro de Custo - Pac-Dia considerando Transferências e nº Internações**

Óbito	-24H	+24H	Altas Reais	Reais	Saída Reais	Trans Reais	Inter Reais	Trans Inter	TOTAL Inter	TOTAL Trans	TOTAL Inter Trans	Total Leito Dia	Pac. Dia	Média		% Total Infec	Media Pac. Dia	Giro Morta	Mort Inst Hosp	% Inf Hosp	% Pac Total Dia Pac.
														Rotat Geral	Perm. Rotat Geral						
Número médio de paciente que passaram por um leito no período.																					

TFE



**Santa Casa de Misericórdia de Guaira**  
 Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guaira (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Ins. Estadual: Isento

		psf	p.soc	qtda						
<b>BPAI TOMOGRAFIAS</b>										
COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	020601001-0	31	4	35	86,76					3.036,60
COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	020601002-8	60	4	64	101,10					6.470,40
COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE	020601003-6	16	6	22	86,76					1.908,72
SEIOS DA FACE/ARTIC. MANDIBULAR	020601004-4	3	7	10	86,75					867,50
PESCOÇO	020601005-2	2	3	5	86,75					433,75
SELA TURCICA	020601006-0	1	0	1	97,44					97,44
CRANIO	020601007-9	87	49	136	97,44					13.251,84
TORAX	020602003-1	18	19	37	136,41					5.047,17
HEMITORAX-PULMÃO OU MEDIASTINO	020602004-0	0	0	0	136,41					0,00
ABDOMEN SUPERIOR	020603001-0	36	36	71	138,63					9.842,73
ABDOMEN INFERIOR	020603003-7	42	40	81	138,63					11.229,03
ARTICULAÇÕES M.SUPERIOR	020602001-5	0	2	2	86,75					173,50
ARTICULAÇÕES M.INFERIOR	020603002-9	5	6	11	86,75					954,25
SEG.ARTC.-BRAÇO-ANTEB-MAO-COXA-PERNA-PÉ	020602002-3	2	1	3	86,75					260,25
TOMOMIELOGRAFIA	020601008-7	0	0	0	138,63					0,00
<b>TOTAL</b>				479						<b>53.573,18</b>
<b>BPA I ULTRASSON</b>										
DRº JOSE EDUARDO										
ABDOMEM TOTAL	020502004-6	130	4	134	37,95					5.085,30
ABDOMEM SUPERIOR	020502003-8	5	0	5	24,20					121,00
APARELHO URINARIO	020502005-4	56	1	57	24,20					1.379,40
TIROIIDE	020502012-7	32	0	32	24,20					774,40
MAMARIA BILATERAL	020502009-7	29	0	29	24,20					701,80
BOLSA ESCROTAL	020502007-0	7	0	7	24,20					169,40
DOPLER	020501004-0	24	6	30	39,60					1.188,00
TORAX	020502013-5	0	0	0	24,20					-

TOTAL								294						9.419,30
DR° EURICO							p.s.f							
DOPPLER							34	0	34				39,60	1.346,40
DR° JORGE SUGIMOTO							p.soc							
ABDOME TOTAL	225320													
VIAS URINARIAS	225320							1					37,95	37,95
TOTAL								1					24,20	24,20
DR° PAULO 207274647300003														62,15
OBSTETRICO							p.s.f		p.soc					
PELVICO GINECOLOGICO							80	5					24,20	2.057,00
TOTAL							18	0					24,20	435,60
DR° LUIZ REIS 207274649780002														2.492,60
OBSTETRICO	225320						psf		p.soc	qtda				
PELVICO GINECOLOGICO							020502014-3	8	0				24,20	193,60
TOTAL							020502016-0	5	0				24,20	121,00
ESCLEROSE							225225							
ENDOSCOPIA	BPAI						030907001-5	10	300,78				3.007,80	
COLONOSCOPIA	BPAI						020901003-7	0	48,16				0,00	
ECOCARDIOGRAMA	BPAI						020901002-9	0	112,66				-	
RETESTE DA ORELHINHA	BPAI						020501003-2	36	67,86				2442,96	
EXERESE NODULO MAMA	BPAI						021107042-4	0	13,51				-	
DENSITOMETRIA	BPAI						020101056-9	0	70,00				0,00	
CISTOSCOPIA	BPAI						020406002-8	20	55,10				1.102,00	
LESÃO MUCOSA GENITAL	BPAI						020902003-6	0	34,10				0,00	
ANATOMO	BPAI						040101005-8	0	23,16				-	
TOTAL	BPAI						020302003-0	0	40,78				0,00	
PROCEDIMENTOS BPAC													6.552,76	
IMOBILIZAÇÃO														
INFILTRAÇÃO/MARCELO	225270						030106010-0	0	13,00				-	
INFILTRAÇÃO/GIULLIANO	225270						030309003-0	0	5,63				-	
LESÃO POR SHA VING/REGIANE	225135						030309003-0	0	5,63				-	
							040101012-0	4	19,79				79,16	

CESSO MEMBRO SUPERIOR/ GIULLIANO	225135	030309009-0	0	22,21	-
CAUTERIZAÇÃO LESÃO CUTANEA/ REGIANE	225135	040101009-0	9	11,84	106,56
EXERESE LIPOMA/ REGIANE	225135	040101007-4	3	12,46	37,38
EEG EM VIGILIA	225120	021105002-4	32	11,34	362,88
TESTE ERGOMETRICO	225120	021102006-0	3	30,00	90,00
TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	225250	021104006-1	22	1,69	37,18
RET.CATETER TIPO J	225285	040901015-4	0	29,84	-
BIOPSIA DE PROSTATA	225285	020101041-0	0	202,81	-
TOTAL					713,16
CONSULTAS			qtda		
NEURO/ ADRIANO MOYSES	225112	030101007-2	143	10,00	1.430,00
OTORRINO/ PEDRO HENRIQUE	225275	030101007-2	56	10,00	560,00
OTORRINO / ISABELLA	225275	030101007-2	48	10,00	480,00
PSQUIATRA/ MICHELE MORAES CAPS	225133	030101007-2	285	10,00	2.850,00
PSQUIATR CAPS/ EMANUELA	225133	030101007-2	270	10,00	2.700,00
PSQUIATR / EMANUELA	225133	030101007-2	165	10,00	1.650,00
VASCULAR/ EURICO	225203	030101007-2	161	10,00	1.610,00
NEURO/ CIRURG/ FLAVIO MATEUS	225260	030101007-2	131	10,00	1.310,00
PSQUIATRA/ IVAN	225133	030101007-2	168	10,00	1.680,00
OFTALMOLOGIA/ DR JORGE MASSARU	225265	030101007-2	191	10,00	1.910,00
GASTRO/ LAURIANO	225165	030101007-2	154	10,00	1.540,00
HEPATO/ LAURIANO	225125	030101007-2	30	10,00	300,00
ORTOPEDIA/ LEONARDO	225270030101007-2		36	10,00	360,00
ORTOPEDIA/ GIULLIANO	225270	030101007-2	387	10,00	3.870,00
ORTOPEDIA/ MARCELO	225270	030101007-2	17	10,00	170,00
CIRURGIAO/ MARCELLO	225225	030101007-2	113	10,00	1.130,00
UROLOGIA/ ARTHUR	225285	030101007-2	51	10,00	510,00
DERMATO/ DRª REGIANE	225135	030101007-2	103	10,00	1.030,00
ENDOCRINO/ TATIANA	225155	030101007-2	124	10,00	1.240,00
INFECTO/ THIAGO	225103	030101007-2	87	10,00	870,00
CARDIO/ WILLIAM	225120	030101007-2	123	10,00	1.230,00
TOTAL					28.430,00
CONSULTA/ AVALIAÇÃO RESOLUÇÃO					

REAVLIAÇÃO																	#VALOR!
DR ° MARCELLO	225225	030101007-2			6			10,00		60,00						24,20	5.808,00
DR ° GIULLIANO	225270	030101007-2			0			10,00		-						24,20	677,60
DR ° EURICO	225203	030101007-2			6			10,00		60,00						24,20	1.306,80
DR ° ARTHUR	225275	030101007-2			8			10,00		80,00						24,20	2.371,60
TOTAL										200,00						24,20	-
ULTRASSON BPAC																	10.164,00
ARTICULAÇÃO/JOSE EDUARDO	225320	020502006-2			232			8	240								
PROSTATA ABDOMINAL/JOSE EDUARD	225320	020502010-0			28			0	28								
TRANSVAGINAL/DR LUIZ	225320	020502018-6			54			0	54								
TRANSVAGINAL/DR PAULO	225320	020502018-6			94			4	98								
TRANSVAGINAL/ JORGE	225320	020502018-6			0			0	0								
TOTAL																	
PRONTO SOCORRO BPAC																	
ELETROCARDIOGRAMA	BPA C	021102003-6		QTDA				5,15	1.395,65								
GLICEMIA	BPAC	021401001-5			675			0,00	0,00								
ATEND/URGENCIA 24 HRS	BPA C	030106002-9			1427			12,47	17.794,69								
ATEND/URGESPECIALIDADE	BPAC	030106006-1			221			11,00	2.431,00								
ATEND/ MEDICO EM PRONTO SOCORRO	BPA C	030106006-1			2329			11,00	25.619,00								
ATEND/ ORTOPEDICO C/ IMOBILIZAÇÃO	BPA C	030106010-0			6			13,00	78,00								
ACOLHIMENTO DE RISCO	BPAC	030106011-8			3593			0,00	0,00								
ADM/MEDICAMENTO	BPAC	030110001-2			3317			0,63	2.089,71								
AFERIR PRESSÃO ART	BPAC	030110003-9			3044			0,00	0,00								
INALAÇÃO	BPAC	030110010-1			88			0,00	0,00								
DREANGEM FURUNCULO	BPAC	040401007-5			0			14,66	0,00								
CORPO EST. SUBCUT	BPAC	040101011-2			0			11,84	0,00								
EXERESE DE UNHA	BPC	040101007-4			2			12,46	24,92								
DREBRID/QUEIMADO	BPAC	041504004-3			3			29,86	89,58								
TOCOCARDIOGRAFIA DE PARTO	BPAC	021104006-1			7			1,69	11,83								
GASOMETRIA	BPAC	020201073-2			60			15,65	939,00								
LABORATORIO	BPAC	020102004-1			3060			0,00	6.602,65								
TOTAL										57.076,03							
PRONTO SOCORRO BPAI																	
CURATIVO	BPAI	030110028-4		qtda	117			0,00	0,00								

EXCISÃO DE LESÃO /OU SUTURA	BPAI	040101005-8	QTDA	P.SOC	QTDA	P.S.F	TOTAL
DRENAGEM DE ABSCESSO	BPAI	040101010-4	4			23,16	1.389,60
DRENAGEM DE TORAX	BPAI	041205017-0	0			11,84	47,36
RETIRADA DE CORPO EXTRANHO/OUVIDO/LARINGE	BPAI	040401031-8	1			54,97	0,00
RETIR.CORPO ESTR.OLHO	BPAC	040505025-9	0			26,42	26,42
TAMPONAMENTO NASAL	BPAI	040401034-2	0			25,00	0,00
CURAT/DEBRIDAMENTO	BPAI	040101001-5	40			17,00	0,00
BLOQUEIO/PICADA ESCORPIÃO	BPAI	041701005-2	78			32,40	1.296,00
TESTE COVID	BPAI	021401016-3	7			22,27	1.737,06
TROPONINA	BPAI	020203120-9	14			0,00	0,00
<b>TOTAL</b>						9,00	126,00
<b>RADIOGRAFIAS</b>	QTDA	P.SOC	QTDA	P.S.F	TOTAL		<b>4.622,44</b>
	713	5.650,90	897	7.272,41	12.923,31		
<b>INTERNADOS</b>							
Dr Jose Eduardo							
Us. Abdoem total	5	37,95	189,75				
Articulação	2	24,20	48,40				
us. Doppler	3	39,60	118,80				
<b>TOTAL</b>			356,95				
Tomografia Coluna Cervical	1	86,75	86,75				
Tomografia Cranio	11	97,44	1.071,84				
Tomografia Torax	9	136,41	1.227,69				
Tomografia Abdome superior	10	138,63	1.386,30				
Tomografia Abdome Inferior	10	138,63	1.386,30				
Tomografia Lombo-Sacra	1	101,10	101,10				
<b>TOTAL</b>			<b>5.259,98</b>				
Dr Jorge Sugimoto							
abdome total	2	37,95	75,90				
<b>TOTAL</b>			<b>75,90</b>				
Dr Paulo							
obstetrico	2	24,20	48,40				
pelvico	1	24,20	24,20				
obstetrico c/ doppler	3	39,60	118,80				

transvaginal	4	24,20	96,80
<b>TOTAL</b>			<b>288,20</b>
Dr Rafael			
ecocardiograma	3	67,86	203,58
<b>TOTAL</b>			<b>203,58</b>



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
 Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)  
 Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**URGÊNCIAS NEUROLÓGICAS**  
**DOC4DOC**

**Palestrante: Ramon Andrade**  
**CFO E Neurocirurgião**

**DATA: 05/11/2024**

Nº	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
01	Leteli Martins Bernal	Enf.	Leteli
02	Christine dos Santos Calazans	Enfermeira	Christine
03	Fernando Soares de Jesus	Enfermeira	Fernando
04	Sergio da Moura Nunes Barros	Enfermeira	Sergio
05	Adriana Abdalla Ibrahim	Enfermeira	Adriana
06	Jamara Silveira	Enfermeira	Jamara
07	Ana Carla de Andrade, roqueira	Enfermeira	Ana Carla
08	Symone Joana Lima	Enfermeira	Symone Joana
09	Cláudia Barbosa Mates	Enfermeira	Cláudia
10	Carlos Roberto Silva Junior	Médico	Carlos
11	Camilo Dameli Lopes Jacomini	Enfermeiro	Camilo
12	João Pedro Pimenta	Médico	João
13	Ana Flávia do Nascimento	Médico	Ana Flávia
14	Larissa Thais de Freitas	Médico	Larissa
15	Monique Mull	Médico	Monique
16	Caroline Clement	Médico	Caroline
17	Beatriz dos Santos Tróia	Médico	Beatriz
18	Augusto P. A. de Souza	Médico	Augusto
19	Osvaldo Manoel Soares de Castro	Médico	Osvaldo
20	Ana Carla D'Almeida Aguiar	Médico	Ana Carla
21	Beatriz L. da Silva Rodrigues	adm	Beatriz
22	Leidiane Cavalari Barbosa	Enfermeiro	Leidiane
23	Alvaro P. Gomes	Enfermeiro	Alvaro
24	Françoise Lucas	Enfermeira	Françoise
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			



**Protocolo de Atendimento ao Paciente  
com AVC Isquêmico na Fase Aguda**

---

Santa Casa de Misericórdia de Guáira

# SUMÁRIO

## **Página 1**

- 1 - INTRODUÇÃO
- 2 - OBJETIVO
- 3 - APLICAÇÕES
- 4 - DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

## **Página 2**

- 5 - SUSPEITA DIAGNÓSTICA DO AVC
- 6 - CÓDIGO AVC E LINHA DE CUIDADOS AO AVC
- 7 - ACIONAMENTO DO CÓDIGO AVC E PROCEDIMENTOS INICIAIS

## **Página 3**

- 8 - INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SUSPEITA DE AVC
- 9 - DEFINIÇÃO DA CONDUTA APÓS TÉRMINO DA NEUROIMAGEM.

## **Página 5**

- 10 . CONDUTA TERAPÉUTICA ESPECÍFICA

## **Página 6**

- 11 - CUIDADOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM COM PACIENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

## **Página 9**

- 12 - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVC
- 13 - ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)
- 14 - LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC
- 15 - REABILITAÇÃO

## **Página 10**

- 16 - ALTA HOSPITALAR
- 17 - DESFECHO CLÍNICO
- 18 - ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES:
- 19 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## **Página 12**

- ANEXO 1 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

## **Página 13**

- ANEXO 2 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO.

## **Página 15**

- ANEXO 3 - NIH STROKE SCALE

## 1 - INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo. Além disso, podem provocar incapacidade funcional, o que gera necessidade de adaptação familiar e demanda constante do sistema de saúde e custos. O acidente vascular cerebral (AVC) compartilha com as doenças cardiovasculares os mesmos fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade e sedentarismo. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH).

No caso do AVCI, o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região. O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT).

No AVCH o dano decorre do rápido extravasamento de sangue no interior do tecido cerebral, ao que chamamos de hemorragia intraparenquimatosa (HIP), com compressão mecânica e comprometimento da anatomia normal do tecido cerebral adjacente, e aumento da pressão intracraniana. Outros prováveis mecanismos de dano secundário incluem citotoxicidade, estresse oxidativo, inflamação e edema. As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

## 2 - OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo geral a implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) na **Santa Casa de Misericórdia de Guairá** visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada, conforme sumarizado no fluxograma de atendimento fornecido pela Doc4Doc. (ANEXO 1).

Os objetivos específicos deste protocolo incluem:

- A rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC,
- O pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica,
- O rápido início das medidas terapêuticas de fase aguda (gerais e específicas),
- A implantação de medidas de prevenção secundária e de reabilitação, seguindo as diretrizes preconizadas neste documento.

## 3 - APLICAÇÕES

Este procedimento se aplica às unidades de internação, pronto socorro, unidades de cuidados especiais e diagnóstico por imagem. Serão incluídos neste protocolo todos os pacientes adultos, atendidos pela **Santa Casa de Misericórdia de Guairá**, com suspeita diagnóstica de AVC (AVCI e HIP) e AIT, abrangendo as fases de atendimento hospitalar.

## 4 - DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral.

**AVCI** – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.

**AVCH** – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico.

**AIT** – Ataque Isquêmico Transitório.

**HIP** – Hemorragia Intraparenquimatosa.

**ECG** – Eletrocardiograma.

**IOT** – Intubação Orotraqueal.

**Neurocheck** - É uma avaliação neurológica rápida, e não substitui o exame neurológico completo. Inclui o registro seriado da escala de coma de Glasgow, tamanho, simetria e fotorreação nas pupilas, tipo de respiração e déficits neurológicos focais. A frequência varia de 15 em 15 min até 8h. Para paciente sedado, aplicar a escala de Rass, avaliar simetria e fotorreação nas pupilas, motricidade e valor de PIC se houver.

**Escala de NIS** - A National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) é uma escala padrão, validada, segura e quantitativa da severidade e magnitude do déficit neurológico após o Acidente Vascular Cerebral.

**Escala de Rankin** - é uma escala comumente usada para medir o grau de incapacidade ou dependência nas atividades diárias de pessoas que sofreram um derrame ou outras causas de incapacidade neurológica.

**Escala de ASPECTS** - Varia de 0 a 10, sendo 10 o escore "normal" – ou seja, nenhuma hipodensidade nas regiões determinadas para graduar o ASPECTS. E 0, o pior escore deles, ou seja, hipodensidade em todas as "regiões" da TC avaliadas.

## 5 - SUSPEITA DIAGNÓSTICA DO AVC

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados. A lista abaixo não é exaustiva, mas entre os principais destacamos:

- Dificuldade repentina para falar ou compreender;
- Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;
- Perda visual súbita, especialmente se unilateral;
- Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina;
- Rebaixamento súbito do nível de consciência;
- Cefaléia súbita.

Além da referência de algum desses sinais de alerta por parte do paciente ou de seu acompanhante, a aplicação de escalas desenvolvidas para a pesquisa ativa de algumas alterações neurológica, como a Escala de Cincinnati (Anexo 2), pode auxiliar no reconhecimento da suspeita de AVC.

O próprio protocolo de MANCHESTER pode auxiliar na suspeita de AVC, especialmente na presença de um dos seguintes itens:

- Alteração de comportamento (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);
- Mal-estar em adultos (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);
- Quedas (Discriminador: Déficit neurológico agudo, déficit neurológico novo ou alteração do nível de consciência).

Neste protocolo institucional, tontura súbita isolada não é considerada como sinal de alerta para a suspeita de AVC, mas tais casos devem receber atenção especial, com classificação de atendimento urgente (em até 10 minutos).

## 6 - CÓDIGO AVC E LINHA DE CUIDADOS AO AVC

O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores hospitalares envolvidos no,

médicas responsáveis pelo primeiro atendimento nas diversas áreas da instituição, enfermagem, neurologia da retaguarda, radiologia, neuroradiologia intervencionista, neurocirurgia, farmácia, unidade de terapia intensiva, laboratório de análises clínicas e unidade crítica geral ou neurológica.

Além disso, os setores administrativos também devem ser informados para auxiliar na liberação de elevadores e liberação de exames sem burocracias. Pode utilizar-se de diferentes e combinadas plataformas de comunicação, incluindo telefonia fixa, móvel e aplicativos de mensagens.

Para pacientes que acordam com o déficit (*wake up stroke*), deve-se considerar como horário do início dos sintomas, o último momento em que o paciente esteve assintomático antes de dormir.

O acionamento do CÓDIGO AVC deve ser feito em qualquer local da instituição, estendendo-se ao ambiente pré-hospitalar quando for aplicável, sempre e imediatamente após a observação dos sinais de alerta para a suspeita de AVC em todos os casos cujo tempo de evolução dos sintomas, estimado a partir de quando o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas.

Pacientes internados com diagnóstico primário ou secundário de AVC recente, aqui definido como aquele cujo reconhecimento diagnóstico ocorreu dentro da primeira semana do início dos sintomas, mas em tempo superior a 24 horas, não tem indicação de acionamento do CÓDIGO AVC, mas devem ser incluídos na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC, que abrange os cuidados oferecidos após o período hiperagudo, tanto na fase hospitalar como no pós-alta, incluindo medidas terapêuticas para prevenção secundária e terapias de reabilitação.

O encaminhamento destes pacientes deve ser preferencialmente para unidade de terapia intensiva (UTI) neurológica, para unidade crítica geral (UCG) ou neurológica (UCN), para a implementação das medidas terapêuticas previstas nesse protocolo.

## 7 - ACIONAMENTO DO CÓDIGO AVC E PROCEDIMENTOS INICIAIS

Após a suspeita de AVC e o acionamento do CÓDIGO AVC, devem ser imediatamente iniciadas medidas terapêuticas gerais e procedimentos diagnósticos complementares, e estabelecida comunicação multiprofissional e multisetorial integrada.

### 7.1 Atendimento pré-hospitalar

O acionamento do CÓDIGO AVC no ambiente pré-hospitalar permite o contato do provedor do primeiro atendimento com a equipe de atendimento hospitalar, localizada no PA, promovendo a mobilização da equipe envolvida no atendimento hospitalar.

### 7.2 Pronto atendimento (triagem)

A suspeita de AVC no PA pode ocorrer durante a triagem realizada pela enfermagem, ou mesmo antes, na dependência da observação dos sinais de alerta por outros profissionais atuando no PA, bem como pela própria manifestação do paciente ou acompanhante, sensibilizada pela comunicação visual de esclarecimento sobre os sinais de alerta do AVC no local do PA. Neste caso, o enfermeiro da triagem deve ser imediatamente notificado.

Ao ser triado no pronto-socorro como paciente com PROBABILIDADE DE AVC o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência e o enfermeiro da triagem do PA acionar imediatamente o CÓDIGO AVC em todos os casos cujo tempo de evolução dos sintomas, desde que o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas. O acionamento do CÓDIGO AVC leva à notificação imediata da equipe multiprofissional, incluindo o neurologista de plantão.

### 7.3 Equipe da sala de emergência

Os procedimentos iniciais incluem verificação dos sinais vitais, instalação da monitorização não invasiva, glicemia capilar, eletrocardiograma (ECG), dois acessos venosos periféricos (incluindo aquele necessário para o exame protocolar de neuroimagem), e coleta dos exames laboratoriais protocolares (hemoglobina, hematócrito, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, troponina e creatinina) que já estão incluídos em campo específico nas rotinas laboratoriais do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Embora recomendada, a realização do ECG e dos exames laboratoriais não deve atrasar a realização do exame de neuroimagem e a decisão terapêutica.

Imediatamente, na sequência, a equipe da sala de emergência deve acompanhar o paciente ao CDI para realização do exame protocolar de neuroimagem.

O neurologista deve acompanhar todos os atendimentos de Código AVC na neuroimagem, com o objetivo de decidir a conduta prontamente após o término da mesma. Sempre que que necessário, como em situações de instabilidade, o médico da emergência deve prestar apoio.

### 7.4 Unidades de Internação

A suspeita de AVC no ambiente das Unidades de Internação deve ocorrer a partir da observação dos sinais de alerta apresentados pelo paciente internado. Nesse caso o enfermeiro deve avisar imediatamente, acionando o **código amarelo**, o médico internista ou intensivista. O médico deve avaliar o paciente em até 5 minutos. Durante o atendimento inicial do paciente, o médico deve avaliar a coexistência de outras possíveis emergências médicas, descartando possíveis diagnósticos diferenciais; acionar o CÓDIGO AVC; solicitar o exame protocolar de neuroimagem e os exames laboratoriais protocolares (prescrição PROTOCOLO AVC); iniciar as medidas terapêuticas gerais; contribuir para que o paciente seja rapidamente encaminhado para a neuroimagem.

O acionamento do CÓDIGO AVC leva à notificação imediata dos setores envolvidos no atendimento do CÓDIGO AVC nas Unidades de Internação ou Pronto atendimento, sendo de responsabilidade do internista ou plantonista do PA, o acompanhamento dos pacientes ao setor de diagnóstico por imagem. Na UTI, o paciente deve ser encaminhado ao setor de neuroimagem com o acompanhamento do médico intensivista/diarista/internista. O médico responsável pelo transporte deve, então, acompanhar o paciente até sua chegada ao destino após o término do exame de neuroimagem.

Os procedimentos iniciais e as medidas terapêuticas gerais do CÓDIGO AVC devem ser rapidamente instituídos, de modo objetivo e sistemático contribuindo para a segurança do paciente. A equipe responsável pelo atendimento inicial ao CÓDIGO AVC deve avaliar e documentar o comprometimento neurológico do paciente através da aplicação e registro em prontuário da Escala de AVC do NIH e da Escala de Coma de Glasgow.

A suspeita de AVC no ambiente das UTI/CTI deve ocorrer a partir da observação dos sinais de alerta apresentados pelo paciente internado. Nesse caso o enfermeiro da UTI/CTI deve avisar imediatamente o médico. O médico intensivista deve avaliar o paciente em até 5 minutos. Durante o atendimento inicial do paciente, o médico intensivista deve avaliar a coexistência de outras possíveis emergências médicas, descartando possíveis diagnósticos diferenciais; acionar o CÓDIGO AVC; solicitar o exame protocolar de neuroimagem e os exames laboratoriais protocolares (já inclusos na prescrição eletrônica semiestruturada PROTOCOLO AVC); iniciar as medidas terapêuticas gerais; contribuir para que o paciente seja rapidamente encaminhado para a neuroimagem; e passar as informações necessárias a fim de que o neurologista dê continuidade ao atendimento do caso.

### 7.5 Tempos máximos recomendados no código AVC:

- Porta à avaliação médica inicial – 10 minutos.
- Porta ao acionamento do CÓDIGO AVC – 15 minutos.
- Porta ao início da neuroimagem – 25 minutos.
- Porta ao resultado da neuroimagem – 45 minutos.
- Porta ao início do trombolítico IV, se indicado – 60 minutos
- Porta (senha) ao início da trombectomia, se indicada – 90 minutos.
- Porta (senha) à transferência para Unidade Crítica, se indicada – 180 minutos.

### 7.6 Medidas terapêuticas gerais e Cuidados de Enfermagem

- Para manutenção da viabilidade do tecido cerebral, medidas terapêuticas gerais devem ser tomadas, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos.
- Monitoramento multiparamétrico contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVC.
- Realizar Neurocheck intensivo periódico de acordo com a patologia e topografia do AVC, seguindo a prescrição médica.
- Cabeceira 30°.
- Manter a saturação de oxigênio >95% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP).
- Considerar intubação orotraqueal (IOT) se necessário.
- Temperatura corpórea <38°C.
- Jejum até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada.
- Controle glicêmico capilar 4/4h, nas primeiras 24 horas, mantendo-a entre 140-180 mg/dl, evitando também hipoglicemia.
- Tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg /dl) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%.
- Corrigir hipotensão e hipovolemia.

## 8 - INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SUSPEITA DE AVC.

### Neuroimagem

No atendimento de um paciente com suspeita de AVC é obrigatória a realização de um exame de neuroimagem cujos objetivos são descartar a presença de lesões cerebrais de causa não vascular que se colocam como diagnósticos diferenciais (tumores, abscessos etc.) e, na presença de lesões cerebrais de causa vascular, permitir a diferenciação entre quadros isquêmicos (AVCI) e hemorrágicos (AVCH). Além disso, a possibilidade de tratamentos de recanalização por trombectomia mecânica traz a necessidade de adicionar, ao

protocolo de neuroimagem da fase aguda do AVC, um estudo dos grandes vasos.

Mais recentemente, a possibilidade de expansão da janela terapêutica para trombectomia mecânica primária em pacientes com AVCI até 24 horas de evolução que apresentam oclusão de grande artéria e presença de tecido cerebral viável (penumbra) traz a necessidade de se adicionar análises radiológicas ou de correlação clínico-radiológica que permitam selecionar esses pacientes que se encontram acima da janela convencional de 6 horas para trombectomia mecânica. Método de neuroimagem:

### Para pacientes com tempo de evolução ≤ 4h30min

✓ TC de crânio sem contraste e Angiotomografia cerebral e cervical

### Para pacientes com tempo de evolução entre 4h30min e 24h

✓ TC de crânio sem contraste, Angiotomografia cerebral e cervical e RM de encéfalo (apenas com as sequências DWI e FLAIR)

Não aguardar o resultado laboratorial da creatinina para a realização da angiotomografia no contexto do CÓDIGO AVC. O resultado da imagem deve ser informado verbalmente pelo radiologista imediatamente após o final do exame. Nos casos de CÓDIGO AVC em que o exame de neuroimagem demonstrar a presença de AVCH (HIP), o protocolo se resumirá ao exame do parênquima cerebral e de imagem vascular.

O tempo porta-imagem (resultado da neuroimagem protocolar) deve ser ≤20 minutos em pelo menos 50% dos pacientes do CÓDIGO AVC.

### Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais protocolares devem ser colhidos sistematicamente e imediatamente após o acionamento do CÓDIGO AVC. A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório em todos os pacientes em CÓDIGO AVC antes do início do tratamento trombolítico intravenoso. A obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais deve ser reservada apenas a casos selecionados.

## 9 . DEFINIÇÃO DA CONDUTA APÓS TÉRMINO DA NEUROIMAGEM.

O neurologista de sobreaviso deve definir a conduta terapêutica no máximo até 30 minutos após contato via plataforma. O atendimento direto ao paciente é todo realizado pelo médico do setor (plantonista ou internista).

Nos casos de CÓDIGO AVC com indicação de tratamento trombolítico intravenoso, mesmo aqueles provenientes das unidades de internação, o medicamento deve ser iniciado ainda no setor de neuroimagem, com o objetivo de acelerar o início do tratamento. Para isso, o enfermeiro deve acionar imediatamente o enfermeiro líder do PA, o qual deve levar o kit de tratamento trombolítico intravenoso, preparar o medicamento, fazer a infusão do bolus ainda no setor de neuroimagem e instalar a bomba de infusão para a manutenção do medicamento por 60 minutos. Após isso, o paciente deve ser transferido para a UTI, caso já haja vaga liberada; na impossibilidade imediata disso, o paciente deve ser transferido para a sala de emergência do PA.

## 10. CONDUTA TERAPÊUTICA ESPECÍFICA

### 10.1 Tratamento trombolítico intravenoso

Estudos multicêntricos e bases de dados internacionais tem demonstrado o benefício do tratamento trombolítico intravenoso com alteplase ao longo dos últimos 20 anos. Recentemente, alguns estudos têm demonstrado resultados positivos com o uso de tenecteplase, abrindo a possibilidade do seu uso em casos muito selecionados. Os potenciais benefícios do tratamento trombolítico intravenoso devem ser contrabalanceados com seus potenciais riscos, especialmente o risco hemorrágico, que é primeiramente intracerebral e, secundariamente, em outros órgãos. A chance de recuperação funcional completa, objetivo maior do tratamento, claramente se reduz com o aumento do intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento intravenoso.

A indicação do tratamento trombolítico intravenoso deve contemplar os critérios de elegibilidade, observando-se a inexistência dos critérios de exclusão.

### 10.2 Critérios de inclusão

- Tempo de evolução até 270 minutos (cautela para tempo de evolução 180-270 minutos em pacientes >80 anos; com história de diabetes mellitus e AVC prévio; pontuação na Escala de AVC do NIH  $\leq 25$ ; uso de quaisquer anticoagulantes orais; e imagem isquêmica envolvendo mais de um terço do território da artéria cerebral média). Para pacientes que não apresentam tempo de evolução bem documentado, o mesmo deve ser estimado a partir do último horário em que o paciente foi visto normal;
- Idade  $\geq 18$  anos
- Exame de neuroimagem sem outros diagnósticos diferenciais (particularmente hemorragias) e sem sinais de franca alteração isquêmica recente (hipoatenuação marcante no caso da tomografia de crânio), podendo

apresentar sinais de alteração isquêmica precoce de extensão leve a moderada.

### 10.3 Critérios de Exclusão

- Uso de qualquer anticoagulante com tempo de pró-trombina (TP) >15 segundos (RNI>1,7) Plaquetopenia <100000/mm<sup>3</sup>; Tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) >40 segundos;
- AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 03 meses;
- História progressiva de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
- Tomografia computadorizada de crânio com hipoatenuação franca sugerindo lesão irreversível ou hipoatenuação extensa mesmo que leve a moderada (ASPECTS < 7);
- Pressão arterial  $\geq 185/110$  mmHg sem possibilidade de redução e/ou estabilidade em valores abaixo desses, com tratamento antihipertensivo, antes do início do tratamento;
- Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Déficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;
- Coagulopatia com TP prolongado (RNI>1,7), TTPa elevado, ou plaquetas < 50.000 com reversão dos sintomas após a correção;
- Suspeita de endocardite ou êmbolo séptico, gravidez;
- Infarto do miocárdio recente (3 meses);
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecação aguda de aorta;
- Glicemia inicial  $\leq 50$  mg/dl. O tratamento em pacientes que apresentam glicemia inicial <50 ou >400 mg/dl sem melhora do déficit após a normalização da glicemia pode ser razoável;
- Presença de tumor cerebral intra-axial. O tratamento é provavelmente recomendado para pacientes com tumor cerebral extra-axial.

Em pacientes sem história recente de uso de anticoagulantes orais ou heparina, o tratamento com o rt-PA pode ser iniciado antes dos resultados das provas laboratoriais de coagulação, mas deverá ser descontinuado se o RNI estiver maior do que 1,7, o TTPa elevado de acordo com valores de referência locais, ou plaquetas < 100000. Não são considerados critérios

absolutos de exclusão, caso o neurologista responsável pelo tratamento trombolítico esteja convicto de que não estão relacionados ao déficit neurológico agudo: glicemia > 400 mg/dl, crise epiléptica no início do déficit neurológico e diagnóstico de aneurisma cerebral (Nível de evidência 4C);

Consentimento pós informação – É necessária a discussão com os familiares ou responsáveis sobre os riscos / benefícios do tratamento e fazer o registro por escrito no prontuário do paciente. O tratamento trombolítico intravenoso está indicado para pacientes acima de 18 anos com AVCI até 270 minutos de evolução, que contemplem os critérios de elegibilidade e não apresentem critérios de exclusão. O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, pois o tempo para o início do tratamento está fortemente associado aos resultados. O tratamento trombolítico intravenoso, quando indicado, deve ser realizado com alteplase na dose de 0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg), em infusão contínua por 60 minutos, sendo 10% da dose administrada em bolus intravenoso durante um minuto. A idade avançada, mesmo acima de 80 anos, não deve ser considerada critério absoluto para contra-indicação ao tratamento trombolítico intravenoso. Nos pacientes elegíveis ao tratamento trombolítico intravenoso, uma pontuação baixa na Escala de AVC do NIH não deve ser considerada como critério absoluto para exclusão do tratamento. Maior peso deve ser dado ao comprometimento funcional apresentado pelo paciente.

## OBSERVAÇÕES:

### Fármaco

• NOTA: O frasco de alteplase não deve ser agitado para a diluição, pois pode desnaturar o produto, e perder seu efeito. Esquema de administração;

• O tratamento trombolítico intravenoso, quando indicado, deve ser realizado com ALTEPLASE NA DOSE DE 0,9 MG/KG (dose máxima de 90 mg), EM INFUSÃO CONTÍNUA POR 60 MINUTOS, sendo 10% DA DOSE ADMINISTRADA EM BOLUS INTRAVENOSO durante um minuto.

### Tempo de tratamento/infusão

• A alteplase deve ser administrada por 60 minutos e interrompida caso haja qualquer evidência de anafilaxia ou suspeita de sangramento ativo em local não passível de compressão mecânica.

### Pontos de Atenção

• Não utilizar antiagregantes, heparina ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas pós-trombolítico;

- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- Não introduzir sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do trombolítico;
- Não introduzir sonda nasoesférica nas primeiras 24 horas após a infusão do trombolítico;
- A idade avançada, mesmo acima de 80 anos, não deve ser considerada critério absoluto para contra-indicação ao tratamento trombolítico intravenoso;
- Pontuação baixa na Escala de AVC do NIH não deve ser considerada como critério absoluto para exclusão do tratamento. Maior peso deve ser dado ao comprometimento funcional apresentado pelo paciente. Na ausência da suspeita clínica de alteração laboratorial, o tratamento trombolítico intravenoso não deve ser adiado em razão da ausência dos resultados laboratoriais.

## 10.4 Trombectomia Mecânica

Diversos estudos multicêntricos recentemente publicados demonstram maior taxa de recanalização e melhor desfecho clínico em pacientes com AVCI tratados com trombolítico intravenoso (quando dentro da janela terapêutica) e trombectomia mecânica naqueles que apresentam critérios de indicação para isso. A trombectomia mecânica está indicada em pacientes com AVCI agudo que apresentam oclusão de artéria carótida interna ou artéria cerebral média proximal (M1) com até 6 horas do início dos sintomas, idade  $\geq 18$  anos, pontuação  $\geq 6$  na Escala de AVC do NIH, tomografia de crânio com pontuação  $\geq 6$  na Escala ASPECTS e pontuação 0-1 na Escala de Rankin modificada (mRS) antes do AVC atual (mRS pré-AVC). O tratamento trombolítico intravenoso não deve ser prescindido em favor do tratamento endovascular quando o tempo de evolução estiver dentro da janela terapêutica para o uso da alteplase.

## 11 - CUIDADOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM COM PACIENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Além das medidas terapêuticas de recanalização, outros tratamentos de fase aguda visam prevenir e corrigir possíveis complicações clínicas e neurológicas observadas nesse período. No momento apropriado, por vezes de forma concomitante, também devem ser iniciadas as medidas terapêuticas de prevenção secundária e de reabilitação. Os pacientes com AVCI agudo submetidos, ou não, aos tratamentos de recanalização, devem ser internados preferencialmente nos leitos da UTI neurológica/Unidade de

AVC, com o objetivo de receberem um tratamento integrado, multiprofissional e interdisciplinar, baseado em protocolos escritos e em rotinas bem definidas:

- Deve haver um rigoroso controle, com avaliações do estado neurológico (neurocheck) a cada 15 minutos durante a infusão do trombolítico e a cada 30 minutos durante as primeiras 6 horas. Após isso, durante as primeiras 24 horas, é recomendável avaliações do estado neurológico a cada hora. O aumento do escore do NIHSS em 4 pontos ou mais é sinal de alerta para hemorragia e sugere reavaliação tomográfica. Também devem ser considerados sinais de alerta: cefaleia intensa, piora do nível de consciência, elevação súbita da pressão arterial, náuseas e vômitos.

- A pressão arterial deve ser rigorosamente monitorizada, exceto nos pacientes não submetidos a tratamento de recanalização, a hipertensão arterial não deve ser reduzida, salvo nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica >220 mmHg ou pressão diastólica >120 mmHg), ou nos pacientes nos quais coexiste alguma condição clínica aguda merecedora de redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecação de aorta).

**Nas primeiras 2 horas PA a cada 15 minutos**

**Entre 2 e 6 horas PA cada 30 minutos**

**Entre 6 e 24 horas PA a cada hora**

**PAD  $\geq$  110 mmHg ou PAS  $\geq$  185 mmHg:**

- **Metoprolol:** (1 amp = 5 ml, 1 mg/ml).

Dar bolus IV de 5 mg a uma velocidade de 1 mg/min

Repetir um bolus IV de 5 mg a cada 10 min, se necessário (máximo total de 20 mg)

- **Cloridrato de Hidralazina:**

(frasco de 1 ml, com 20 mg/ml)

Dar um bolus IV de 5 mg

Repetir um bolus IV de 5 mg a cada 15 min, se necessário (dose máxima total de 40 mg)

Ou infusão IV contínua de 0,0125 a 0,05mg/kg/hora (não

## 11.2 PREVENÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES NA FASE AGUDA DO AVCI

- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- Não introduzir sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do rt-PA;
- Não introduzir sonda nasoesofágica nas primeiras 24 horas após a infusão do rt-PA;
- Realizar exame de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética) ao final de 24 horas antes de iniciar a terapia antitrombótica;
- Controle glicêmico: meta de glicemia capilar entre 140-180 mg/dl. Fazer glicemia capilar a cada 4 horas nas primeiras 48 horas; se glicemia maior que 180 mg/dl em 2 medidas consecutivas, com intervalo de 60 min, indicar a inclusão deste paciente no protocolo de controle glicêmico intensivo;
- Oxigênio: suplementar O<sub>2</sub> para manter saturação de oxigênio > 95%;
- Temperatura: evitar hipertermia, aferindo a temperatura a cada 2 horas e tratando a temperatura axilar > 38°C com antitérmicos de horário: dipirona e/ou paracetamol;
- Prevenção de TVP: utilizar meias elásticas e dispositivos de compressão pneumática;
- Monitoramento cardiovascular e pressórico não invasivo contínuo, pelo menos nas primeiras 24 horas do AVCI;
- Manutenção em situação de normovolemia através de soluções salinas isotônicas intravenosas, evitando-se o uso de soluções com alto teor de água livre e soluções glicosadas;
- Realizar avaliação quanto a possibilidade de disfagia nas primeiras 24 horas da admissão, antes de reiniciar alimentação por via oral. Solicitar interconsulta a fonoaudiologia;
- Evitar a manutenção de acessos venosos no membro parético;
- Iniciar uso profilático subcutâneo de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40 mg/dia) ou heparina não fracionada (5000 UI 8/8 horas), conforme o protocolo institucional. Os pacientes submetidos a tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas para iniciar o uso da profilaxia medicamentosa. Nos pacientes com contraindicação ao

de anticoagulantes pode ser utilizado dispositivos de compressão pneumática intermitente.

- Iniciar antiagregação plaquetária com aspirina (300 mg/dia) o mais rapidamente possível, nas primeiras 48 horas. Pacientes submetidos ao tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas do término deste tratamento para o início do antiagregante plaquetário.
- Manter profilaxia medicamentosa básica contra hemorragia digestiva alta (pantoprazol 40 mg/dia), sobretudo nos pacientes com história de úlcera péptica, uso de aspirina, trombolíticos ou anticoagulantes.

### 11.3 Complicações Associadas ao AVCI

Complicações que merecem destaque incluem a hemorragia cerebral sintomática associada ao uso da alteplase, que deve ser suspeitada na presença de novos sinais e sintomas neurológicos, iniciados durante a infusão da alteplase ou dentro das próximas 24 horas, incluindo rebaixamento da consciência, piora do déficit neurológico, aumento expressivo da pressão arterial, cefaléia e vômitos; o angioedema orolingual após uso de trombolítico; o infarto cerebral maligno, que deve ser suspeitado nos casos de AVCI agudo de grande extensão que evoluem com rebaixamento progressivo do nível de consciência nos primeiros dias, sobretudo nas primeiras 24-48 horas; e as crises epiléticas.

#### 11.3.1 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH)

As complicações hemorrágicas pelo uso de trombolítico ocorrem mais frequentemente nas primeiras 24 horas da terapia. Ficar alerta para deterioração neurológica, realizando o neurocheck, assim como náuseas, vômitos, cefaleia, piora do nível de consciência e elevação abrupta da pressão arterial.

Nesta situação, recomenda-se:

- Cessar a infusão do trombolítico frente a qualquer sinal de deterioração neurológica ou evidência de hemorragia significativa;
- Certificar-se de que duas veias periféricas estejam sendo infundidas com cristaloides;
- Submeter o paciente a TC de crânio para a confirmação do diagnóstico de sangramento;
- Solicitar hematócrito, tempo de protrombina, TTPa, plaquetas e fibrinogênio.

Na unidade de terapia intensiva neurológica ou ainda na sala de emergência, os pacientes com HIP devem rapidamente receber as medidas terapêuticas gerais, semelhantes aquelas descritas no item 7.6.

Após confirmação da hemorragia cerebral sintomática relacionada ao uso da alteplase:

• Nos pacientes com HIP recomenda-se a redução aguda da PAS para valores entre 140-180 mmHg, utilizando-se de drogas parenterais em infusão contínua.

• Controle da PIC naqueles que mostram sinais de aumento da mesma, podem incluir elevação da cabeceira a 30°, analgesia, sedação, doses moderadas de manitol a 20%, solução salina hipertônica, e hiperventilação (manter PaCO<sub>2</sub> entre 28 e 32 mmHg). Pacientes em coma (GCS <8) e hipertensão intracraniana podem se beneficiar do monitoramento da PIC.

• Pacientes em coma (GCS <8) e hipertensão intracraniana podem se beneficiar do monitoramento da PIC.

• Considerar rápida evacuação cirúrgica nos pacientes com HIP cerebelar e deterioração neurológica; presença de sinais de compressão de tronco cerebral; ou hidrocefalia sintomática não comunicante. Na maioria dos casos de HIP supratentorial não há recomendação para a evacuação cirúrgica, podendo ser considerada em pacientes jovens, com Glasgow Coma Score entre 9 e 12, e em hematomas lobares volumosos até 1 cm da superfície do córtex cerebral.

• Infundir preferencialmente 6 a 8 unidades de crioprecipitado ou 2-3 unidades de plasma fresco. Se houver continuidade da deterioração clínica após 4-6 horas, utilizar hemoderivados de acordo com o coagulograma. Repetir a infusão de crioprecipitado se fibrinogênio baixo, ou administrar o plasma fresco se existir alteração de TP ou TTPa.

• Infundir 6 a 8 unidades de plaquetas se estiverem em nível baixo.

• Infundir concentrado de hemácias suficiente para manter o hematócrito adequado.

• Infundir fluidos e/ou drogas vasoativas para tratar a hipotensão, evitando soluções hipotônicas.

• Nos casos com hemorragia sistêmica e queda do nível de hemoglobina considerar administração de concentrado de hemácias.

• O uso profilático de medicamentos antiepiléticos não está recomendado nos pacientes com AVCI, mas somente no caso de ocorrência de uma primeira crise.

### 11.4 Angioedema Orolingual

Segundo o estudo CASES, essa complicação pode ocorrer em cerca de 5% dos pacientes submetidos a trombólise endovenosa, especialmente em pacientes com infarto em córtex insular e frontal, associado ao uso de inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA). Em geral, o quadro tem boa evolução. É recomendável atenção a essa possível complicação, para sua pronta correção, sobretudo nos pacientes com perfil favorável à ocorrência dessa complicação.

## 12 - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVC

Os pacientes com AVC recente devem receber investigação diagnóstica complementar, antes da alta hospitalar, com o objetivo de definir o mecanismo e a etiologia do AVC, visando definição do melhor tratamento de prevenção secundária para o caso.

A prescrição de antitrombóticos na alta do paciente é um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI. Habitualmente são utilizados antiagregantes plaquetários para a prevenção de eventos aterotrombóticos e anticoagulantes orais para a prevenção de eventos cardioembólicos.

Em pacientes com AVCI de origem aterotrombótica recomenda-se o uso de estatinas para prevenção secundária do AVCI, mesmo naqueles com níveis baixos de colesterol. A prescrição de estatina na alta do paciente é um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI.

## 13 - ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Os pacientes internados com suspeita diagnóstica de AIT devem ser rapidamente investigados quanto ao seu provável mecanismo e etiologia, visando definir a melhor estratégia terapêutica de prevenção secundária.

## 14 - LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC

Todo paciente com diagnóstico de AVC recente, tendo recebido, ou não, o tratamento de fase aguda, deve ser incluído na linha de cuidados ao paciente com AVC a fim de receber acompanhamento multiprofissional focado na reabilitação, nas orientações gerais e educação sobre a doença e sobre os cuidados ao paciente e seus cuidadores, e no preparo dos mesmos para a continuidade do tratamento no período após a alta hospitalar e para o monitoramento de desfechos clínicos predefinidos.

## 15 - REABILITAÇÃO

Diversos profissionais podem participar do time de reabilitação, na dependência das necessidades apresentadas, e instrumentos de avaliação funcional devem ser usados para determinar o grau de incapacidade funcional apresentada pelo paciente e o progresso observado através do programa institucional de reabilitação aplicado.

Os pacientes internados com diagnóstico de AVC recente devem ser avaliados por uma equipe de profissionais de reabilitação com prazo de até 24 horas do momento da internação, com atenção na deglutição (em jejum) e nos aspectos motores e respiratórios, respectivamente pelo acionamento automático das equipes de fonoaudiologia e fisioterapia.

### FISIOTERAPIA

A atuação do fisioterapeuta aos pacientes com AVCI agudo se inicia, geralmente, após sua admissão na UTI/UAVC. Ocasionalmente, sobretudo em situações de maior acometimento respiratório, podem ser chamados a intervir desde o pronto atendimento.

Na UTI os pacientes recebem atendimento a cada 6 horas, ou sempre que necessário, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e circulatórias, e os efeitos deletérios do imobilismo.

O paciente incluído na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC deve ser submetido a uma triagem da fisioterapia a fim de se avaliar sua situação funcional e se estabelecer um plano terapêutico de reabilitação fisioterápica.

### FONOAUDIOLOGIA

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO

Todos os pacientes incluídos na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVCI devem ser avaliados quanto a capacidade de deglutição pela equipe de fonoaudiologia, dentro das primeiras 24 horas, visando identificar a presença de disfagia, prevenindo e reduzindo complicações clínicas associadas à mesma. Para essa triagem quanto a presença de disfagia o paciente deve estar clinicamente estável da parte respiratória e hemodinâmica, bem como se encontrar alerta e responsivo (Glasgow de 13-14).

O paciente deve permanecer em jejum oral até que essa triagem seja realizada.

Na presença constatada de disfagia, a equipe de fonoaudiologia deve iniciar o acompanhamento terapêutico da disfagia, mediante autorização da equipe médica assistente. Nesse momento, juntamente com a equipe multiprofissional assistente, deve ser definida a melhor via de alimentação e a dieta mais segura para cada caso, visando o controle dos riscos de broncoaspiração e o rápido início do processo de reabilitação da deglutição e das patologias de comunicação (fala e linguagem).

Nos casos em que a alimentação por via oral for possível e segura, e o paciente estiver em processo de reintrodução e liberação de dieta via oral, deve ser realizado um monitoramento da alimentação pela equipe multiprofissional, para garantir a estabilidade do desempenho, identificar possível piora do quadro neurológico e evitar complicações clínicas. A reavaliação deve ser solicitada sempre que houver mudanças no quadro clínico ou neurológico que possam modificar o padrão de deglutição previamente existente.

Nos casos de disfagia moderada a grave, deve ser utilizada sonda nasoenteral até que se restabeleça a função da deglutição, e a alimentação por via oral seja possível de maneira eficiente e segura, ao longo do processo de reabilitação. Nos casos mais graves e com prognóstico de evolução em tempo mais prolongado, a gastrostomia endoscópica percutânea pode ser considerada como via alternativa de alimentação.

### **PSICOLOGIA**

A avaliação psicológica no contexto do AVC tem como foco a identificação do funcionamento cognitivo, do quadro de humor e das relações interpessoais do paciente. Além da reabilitação cognitiva e das atividades de vida diária, outros aspectos devem ser abordados e considerados, tais como: aspectos relacionados à autoestima, às emoções, à percepção de si, à adequação das expectativas de melhora e reestruturação dos planos de vida individuais e familiares.

### **ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA E DOS CUIDADORES NO TRATAMENTO DO PACIENTE.**

Para o sucesso da reabilitação é fundamental a orientação e a participação dos familiares e cuidadores, o que deve ser iniciado ainda no ambiente hospitalar englobando aspectos que incluem a realização ativa das estratégias terapêuticas propostas; a transposição dos ensinamentos promovidos durante a permanência hospitalar, para vida prática domiciliar; e a monitorização das deficiências e incapacidades. Além disso, durante o tempo de internação pode ser necessário a orientação, por parte dos profissionais de reabilitação, de adaptações no ambiente domiciliar no sentido de assegurar que a residência esteja segura para receber o paciente no momento da alta hospitalar.

Dentre as ações realizadas com esse objetivo, o paciente e seus familiares e cuidadores devem receber, logo no início da internação, o MANUAL AVC, o qual contém informações sobre o AVC, seus fatores de risco, sua prevenção, e questões envolvendo os diferentes aspectos do cuidado multiprofissional.

Após a alta hospitalar o paciente deve ser encaminhado para reabilitação interdisciplinar ambulatorial ou disciplinar, conforme as condições do paciente.

## **16 - ALTA HOSPITALAR**

O documento de alta complementa as demais orientações fornecidas ao longo da internação e deve incluir material escrito com informações sobre a doença, sua prevenção e orientações multiprofissionais ao paciente e aos seus cuidadores visando auxiliar na prevenção secundária, no trabalho de reabilitação e participação na comunidade.

## **17 - DESFECHO CLÍNICO**

O seguimento (coleta de dados) ocorrerá em diferentes períodos (intra-hospitalar, 30 dias pós evento, 90 dias pós evento, e anualmente até completar 5 anos). Os questionários utilizados serão a Escala modificada de Rankin e PROMs 10. Para os casos de AIT o seguimento (coleta de dados) ocorrerá nos períodos intra-hospitalar e em 30 dias após o evento.

## **18 - ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES:**

O procedimento deve ser cumprido por todo o corpo clínico, equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar que prestar assistência ao paciente diagnosticado com AVC na Santa Casa de Misericórdia de Guairá

## **19 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. *Stroke* 2018; 49: e46–e110
- 2) Jovin TG, Saver JL, Ribo M, et al. Diffusion-weighted imaging or computerized tomography perfusion assessment with clinical mismatch in the triage of wake up and late presenting strokes undergoing neurointervention with Trevo (DAWN) trial methods. *Int J Stroke* 2017; 12: 641-652
- 3) Nogueira RG, Jadhav, AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med* 2018; 378:11-21
- 4) Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *N Engl J Med* 2018; 378:708-718.
- 5) Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. *The Lancet Neurology* 2007; 6:

- 6) Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. *The Lancet* 2007; 370: 1432- 1442
- 7) Gilligan AK, Thrift AG, Sturm JW, et al. Stroke units, tissue plasminogen activator, aspirin and neuroprotection: which stroke intervention could provide the greatest community benefit? *Cerebrovasc Dis* 2005; 20: 239-244
- 8) Miller EL, Murray L, Richards L, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* 2010; 41: 2402-2448
- 9) Pontes Neto OM, Oliveira-Filho J, Valiente R, et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arq Neuropsiquiatr* 2009; 67: 940-950
- 10) Hemphill JC III, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* 2015; 46: 2032– 2060
- 11) Tsivgoulis G, Katsanos AH, Butcher KS, et al. Intensive blood pressure reduction in acute intracerebral hemorrhage: a meta-analysis. *Neurology* 2014; 83: 1523– 1529
- 12) Carcel C, Wang X, Sato S, et al. Degree and timing of intensive blood pressure lowering on hematoma growth in intracerebral hemorrhage: intensive blood pressure reduction in acute cerebral hemorrhage trial-2 results. *Stroke* 2016; 47: 1651–1653
- 13) Qureshi AI, Palesch YY, Barsan WG, et al. Intensive Blood-Pressure Lowering in Patients with Acute Cerebral Hemorrhage: *N Engl J Med* 2016; 375: 1033-1043
- 14) Kuramatsu JB, Gerner ST, Schellinger PD, et al. Anticoagulant Reversal, Blood Pressure Levels, and Anticoagulant Resumption in Patients with Anticoagulation-Related Intracerebral Hemorrhage. *JAMA* 2015; 313: 824-836
- 15) Steiner T, Poli S, Griebel M, et al. Fresh frozen plasma versus prothrombin complex concentrate in patients with intracranial haemorrhage related to vitamin K antagonists (INCH): a randomized trial. *Lancet Neurol* 2016; 15: 566-573
- 16) Schwamm LH, Wu O, Song SS, et al. Intravenous Thrombolysis in Unwitnessed Stroke Onset: MR WITNESS Trial Results. *Ann Neurol* 2018; 83: 980–993
- 17) Thomalla G, Simonsen CZ, Boutitie F, et al. MRI-Guided Thrombolysis for Stroke with Unknown Time of Onset. *N Engl J Med* 2018; 379: 611-622

# Anexo 1 - Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar Acidente Vascular Cerebral

## Regulação Médica - AVC com menos de 4,5 horas de evolução

### QUADRO CLÍNICO

- Fraqueza ou dormência súbita em um lado do corpo.
- Confusão, dificuldade para falar ou entender de início súbito.
- Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos olhos.
- Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação em ambos os olhos.
- Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente.
- Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC \_\_\_\_\_

Data inícios dos sintomas: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora inícios dos sintomas: \_\_\_\_\_

Acordou com sintomas:  Sim  Não

Última vez que foi visto sem sintomas: \_\_\_\_\_

AVC Hiperagudo  Sim  Não

### Regulação Médica Local

#### QUADRO CLÍNICO

1) Dê um sorriso



Normal  Alterado

2) Levante os braços



Normal  Alterado

3) Fale a frase:

"Brasil é o país do futebol."

Normal  Alterado

Alerta de possível **exclusão** para AVC **HIPERAGUDO**:

- Glicemia < 50mg/dl
- Crise convulsiva
- Síndrome demencial
- Previamente acamado

**Contra-indicações** possíveis para trombólise

- Trauma craniano importante recente
- Hemorragia recente
- Cirurgia extensa recente
- AVC hemorrágico prévio

**Fatores de risco** cerebrovascular conhecidos

- HAS
- DM
- Tabagismo
- Dislipidemia
- AVC/AIT prévio
- Fibrilação atrial
- IAM Prévio

#### SINAIS VITAIS

PA \_\_\_ mmHG \_\_\_ FC \_\_\_ FR \_\_\_ Sat. O2 \_\_\_ % HGT \_\_\_ Glasgow \_\_\_

#### CONDUTA

- Oximetria
- Oxigênio máscara de SaO2 <92%
- Ventilação ambu máscara
- Intubação
- Acesso venoso
- SF 0,9%
- Não reduzir PA
- Monitorização Cardíaca
- Cabeceira reta
- Hora de início dos sintomas
- Outro

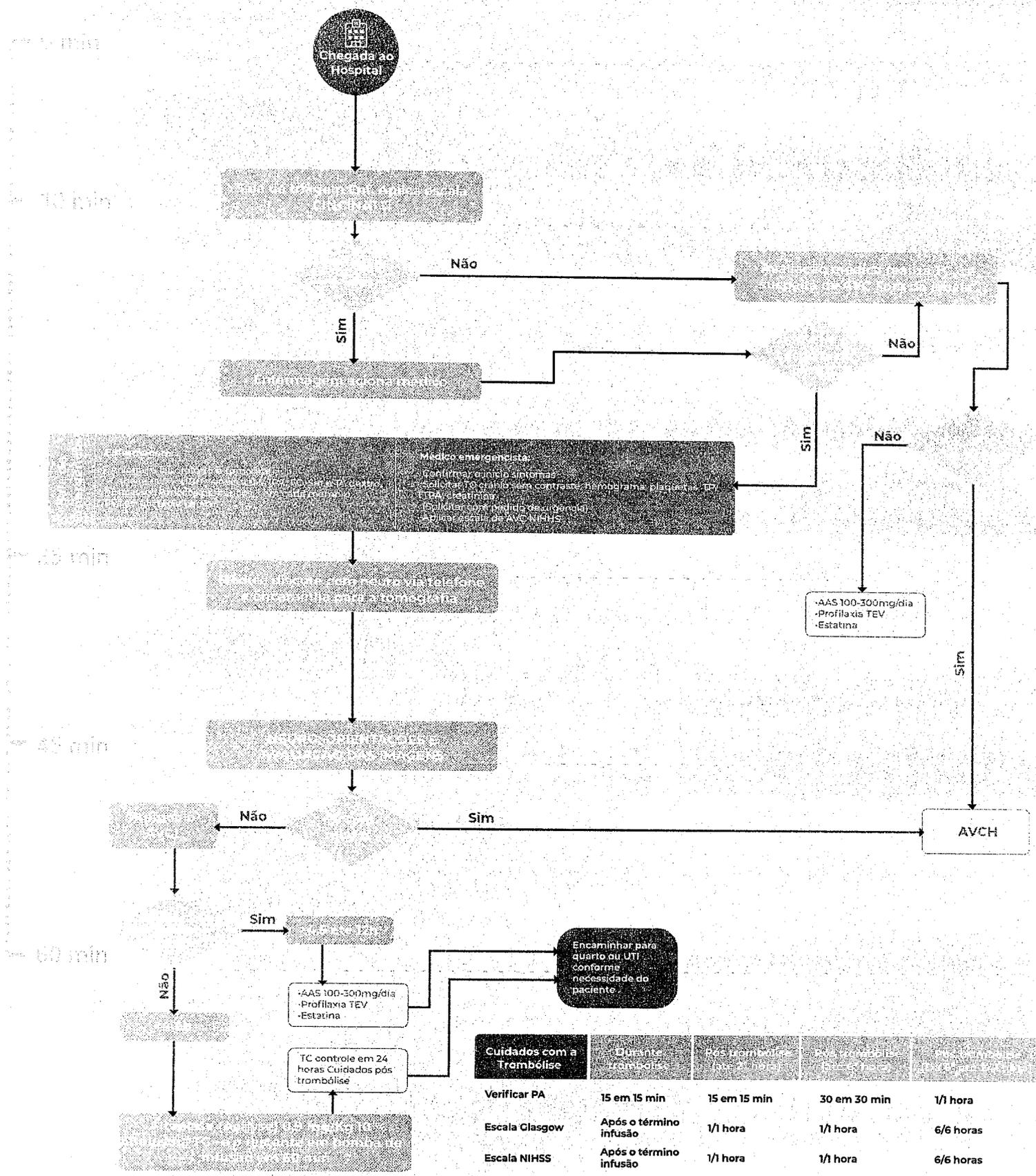
#### REMOÇÃO

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

# Anexo 2 - Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.



# Cuidados Com A Trombólise

## Contra-indicações para trombólise (Avalie o risco-benefício)

- Hemorragia intracraniana prévia;
- Neoplasia intracraniana maligna;
- AVC isquêmico ou infarto agudo do miocárdio < 3 meses;
- Suspeita de dissecação de aorta;
- Punção de LCR em menos de 7 dias;
- Punção recente em vaso não compressível;
- Sangramento ativo (exceto menstruação);
- Sangramento gastrointestinal ou gênito-urinário nos últimos 14 dias;
- Coagulopatias: plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>, uso de heparina nas últimas 48 horas e TTPA > limite superior ou uso recente de anticoagulante oral (dabigatrana, apixabana, rivaroxabana ou edoxabana até 2 dias antes do evento) e elevação do TP (INR > 1.7);
- Trauma craniano fechado e/ou trauma de face < 3 meses.;
- Pressão arterial > 185/110mmHg apesar de tratamento (Nipride não faz efeito);
- Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias.

### Antes de iniciar o trombolítico confirme:

- Horário do início dos sintomas (até 4,5h)
- Escala NIH maior que 4 pontos e menor que 25 pts.
- Nenhuma contra-indicação da lista acima
- Glicemia está entre 50 e 400 mg/dl (Corrigir se necessário)
- Pressão arterial menor que 185/110mg (Corrigir se necessário)

Atenção aos parâmetros	O que posso fazer?	Como controlar?
Mantenha a pressão arterial no alvo – menor que 185X110 mmHg.	Nitroprussiato (Nipride) em bomba de infusão.	Verifique a pressão arterial de 5/5 minutos.
Mantenha a glicemia no alvo. Maior que 50 e menor que 180 mg/dl.	Considere fazer insulina em bomba de infusão.	Verifique a glicemia capilar de 1/1 hora.

# Anexo 3 - NIH Stroke Scale

## Identificação do paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Exame inicial: Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Instrução	Definição da escala	Score	Hora
<p><b>1a. Nível de Consciência</b> O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1b. Perguntas de Nível de Consciência</b> O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1c. Comandos de Nível de Consciência</b> O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>2. Melhor olhar conjugado</b> Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Score	Hora
<p><b>10. Disartria</b> Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência)</b> Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## Frases e palavras a serem ditas na aplicação da Escala de AVC do National Institute for Health - NIHSS

2.

**Você sabe como fazer.**

**De volta pra casa.**

**Eu cheguei em casa do trabalho.**

**Próximo da mesa, na sala de jantar.**

**Eles ouviram o Pelé falar no rádio.**

3.

**Mamãe**

**Tic-Tac**

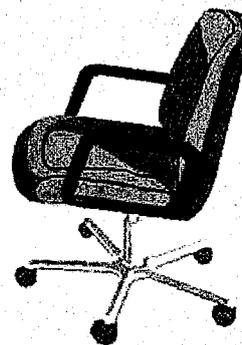
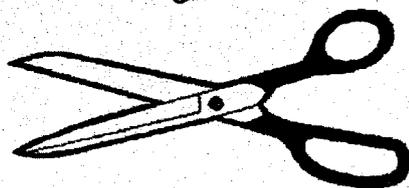
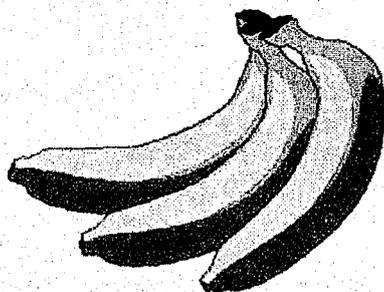
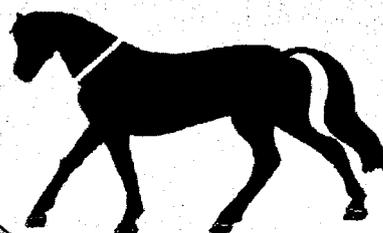
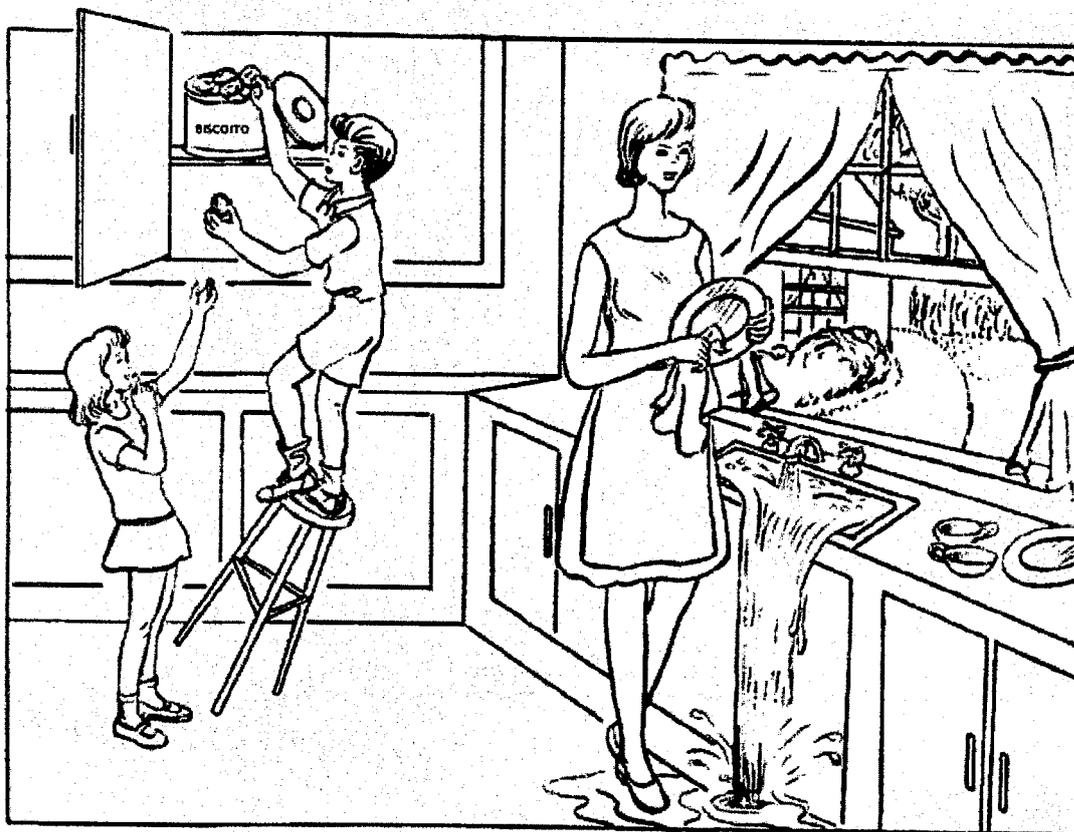
**Paralelo**

**Obrigado**

**Estrada de ferro**

**Jogador de futebol**

# Figuras a serem utilizada na aplicação da Escala de AVC do National Institute for Health - NIHSS





<b>Tipo documento</b>	<b>ATA</b>	<b>ATA. EC 001 – 02 PÁGINAS</b>	
<b>Título do Documento</b>	<b>Ata de Educação Continuada com elaboração de Variável títulos pela Enf. Monise</b>	<b>Emissão: 10/11/24</b> <b>Versão: 001</b>	<b>Local:</b> <b>Santa Casa</b>

# ATA

**ORIENTAÇÃO DE COLETA DE URINA PARA EXAMES LABORATORIAL E PRINCÍPIOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA.**

**ATA COMISSÃO EDUCAÇÃO CONTINUADA**

**ELABORADO: MONISE CRISTINA B QUINTANILHA**  
**ENFERMEIRA DA COMISSÃO EDUCAÇÃO CONTINUADA**

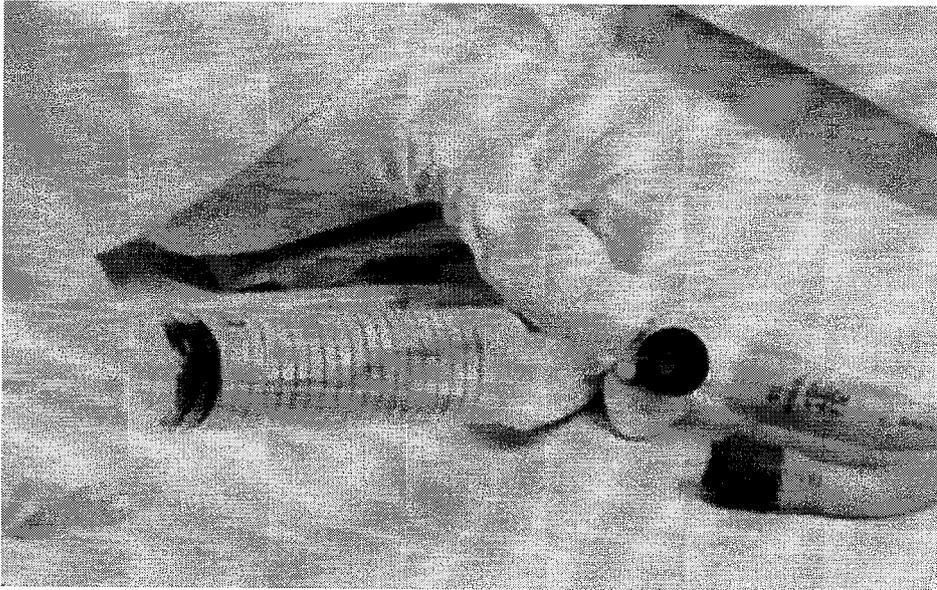
SANTA CASA MISERICORDIA DE GUAIRA

ATA EDUCAÇÃO CONTINUADA DO MÊS DE NOVEMBRO DE 2024

Reuniram-se os colaboradores profissionais de saúde que se faz presente nesta unidade, nos períodos da diurno e noturno, com objetivo de aprender o tema delegado da educação continuada, e juntos, disponibilizar nas reuniões o aprendizado, detectar dificuldade encontrada de cada um, analisar o processo do tema escolhido, e ainda o desempenho da equipe, observar também se estão satisfeito com o conteúdo dado, realizando assim intervenções de como meta para melhoraria do desenvolvimento da equipe, porém foi satisfatório o tema escolhido: **ORIENTAÇÃO DE COLETA DE URINA PARA EXAMES LABORATORIAL E PRINCÍPIOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA.**

## ORIENTAÇÕES PARA A COLETA DE URINA PARA EXAMES

Você sabe como realizar coleta de urina em pacientes sondados?



Hoje você irá conhecer os materiais utilizados e como é feito o procedimento.

### **Materiais para realizar a coleta**

- Álcool 70%, clorexidina alcoólica ou PVPI tópico (isso dependerá do protocolo de cada instituição)
- Gaze estéril
- Frasco estéril para coleta
- Luvas de procedimento
- Seringa de 20 ml
- Agulha 30x7
- Etiqueta de identificação do paciente
- Pedido do exame

### **Procedimento para realizar a coleta**

- 1- Certifique-se de que há o pedido de exame e que esteja assinado pelo médico;
- 2- Confirme o paciente correto;
- 3- Clampeie a sonda 30 minutos antes da coleta (com o clampe abaixo do local de coleta, pois a coleta deverá ser feita da urina vinda da bexiga e não da bolsa coletora);
- 4- Separe o material;
- 5- Explique o procedimento ao paciente ou familiar;
- 6 – Realize a higiene das mãos mantendo a técnica correta (vou deixar o link da aula dos “5 momentos de higiene das mãos e da aula de técnica de higiene das mãos” para você assistir);
- 7- Cole a etiqueta de identificação do paciente no frasco estéril para coleta;
- 8- Calce as luvas;
- 9- Conecte a agulha na seringa;
- 10- Realize a desinfecção da borracha própria para coleta;
- 11- Aspire no mínimo 20 ml de urina;
- 12- Coloque a urina coletada no frasco estéril;
- 13- Feche o frasco mantendo o cuidado para não contaminar;
- 14- Recolha o material;
- 15- Higienize as mãos;
- 16- Cheque o procedimento do prontuário do paciente;
- 17- Realize a anotação de enfermagem;
- 18- Encaminhe a coleta junto com o pedido de exame.

**Obs.:** Sempre deve-se realizar a higiene correta das mãos antes e depois do procedimento.

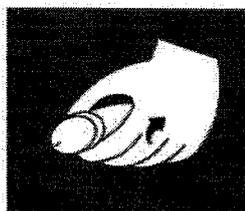
## PACIENTE SEM SVD

### Coleta Masculina:

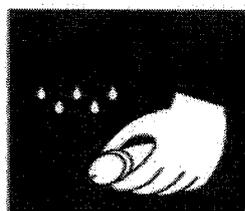
Lavar as mãos, expor a glande (cabeça do pênis), manter retraído e realizar higiene íntima com água e sabão ou lenço umedecido. Enxugue com papel toalha. Despreze o primeiro jato no vaso e depois aproxime o coletor e colha meio frasco de urina. Despreze o restante no vaso. Feche o frasco e leve ao laboratório.



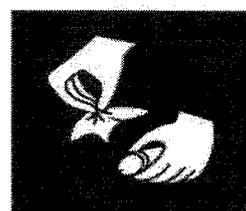
Lave as mãos.



Exponha a glande (cabeça) e mantenha o prepúcio (pele) retraído.



Lave o pênis com água e sabão. Enxague em abundância.



Enxugue-o com papel toalha.



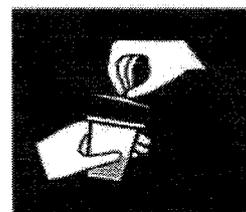
Comece a urinar no vaso sanitário.



Sem interromper a micção, pegue o frasco coletor e colete aproximadamente dois dedos de urina.



Despreze o restante de urina no vaso sanitário.

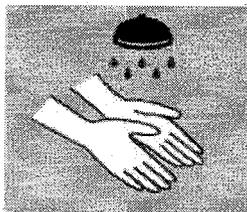


Feche o frasco coletor e leve ao laboratório imediatamente.

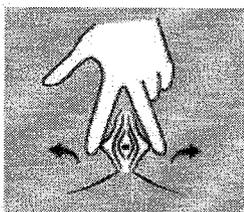
### Coleta Feminina:

Lavar as mãos e realizar higiene íntima em toda vagina com água e sabão, pode ser utilizado lenço umedecido. Enxague e seque com papel toalha. Despreze o primeiro jato no vaso e depois aproxime o coletor e colha meio

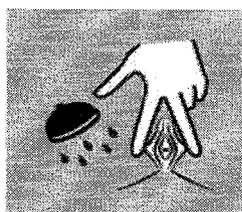
frasco de urina. Despreze o restante no vaso. Feche o frasco e leve ao laboratório.



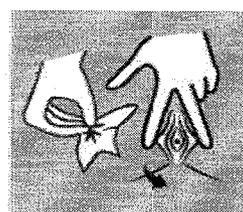
Lave as mãos.



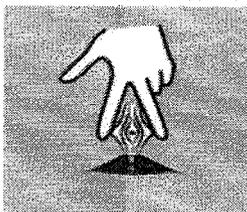
Afaste os grandes lábios.



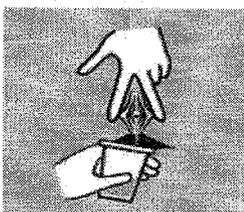
Lave a região vaginal com água e sabão. Enxague em abundância.



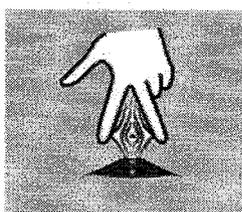
Enxugue de frente para trás com papel toalha.



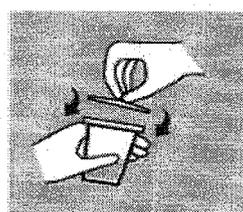
Comece a urinar no vaso sanitário.



Sem interromper a micção, pegue o frasco coletor e colete aproximadamente dois dedos de urina.



Despreze o restante de urina no vaso sanitário.



Feche o frasco coletor e leve ao laboratório imediatamente.

# PRINCÍPIOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

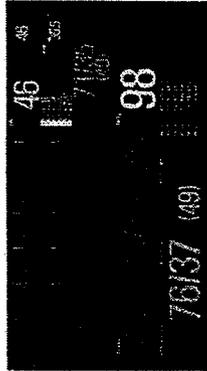
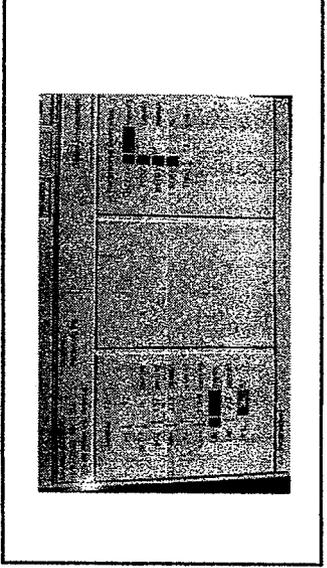
POR: GABRIEL ZAMPERLINI (Responsável Técnico UTI Santa Casa de Guairá - SP)

# POR QUE INTUBAR???

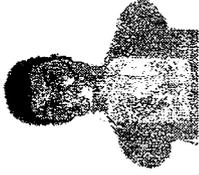
- PACIENTE PODE PROTEGER A VIA AÉREA?
- O PACIENTE CONSEGUE VENTILAR E OXIGENAR?
- É PROVÁVEL QUE O CURSO CLÍNICO SEJA A INTUBAÇÃO?

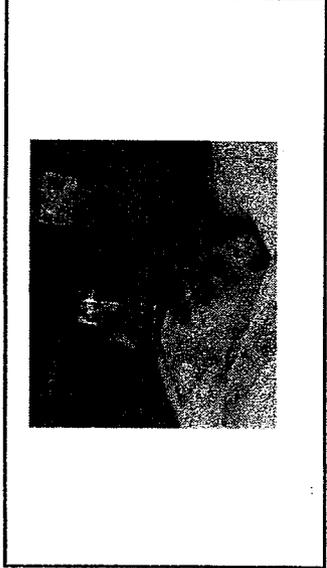
# O QUE PRECISO ANTES?

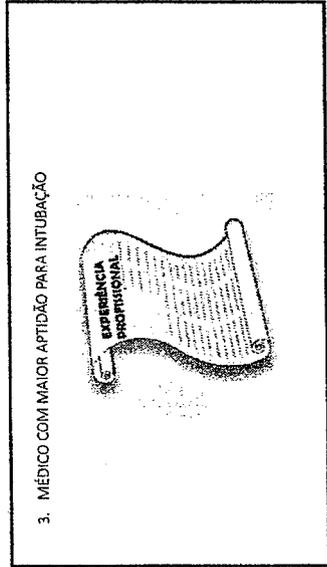
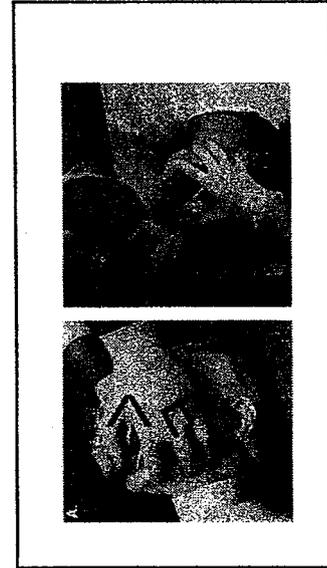
1. MÁXIMO DE ESTABILIDADE HEMODINÂMICA E METABÓLICA

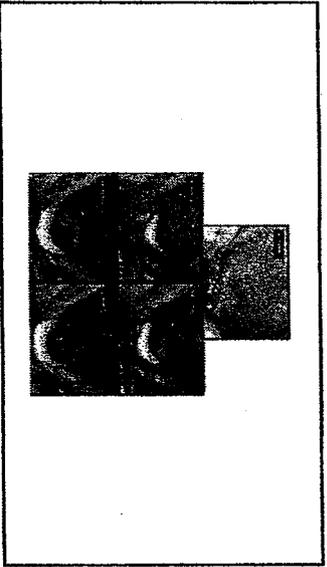
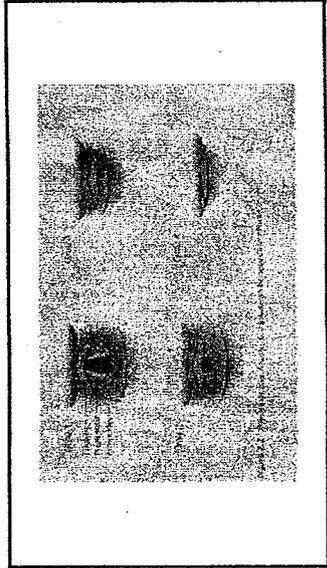
2. PRÉ OXIGENAR "DA MELHOR FORMA POSSÍVEL"





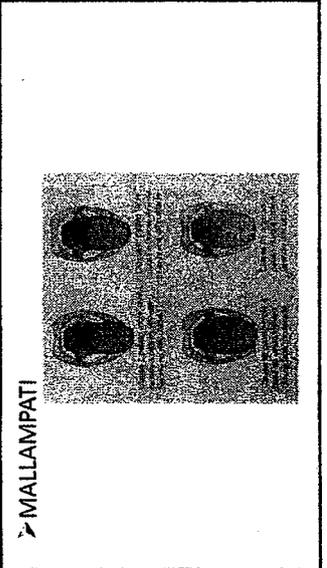
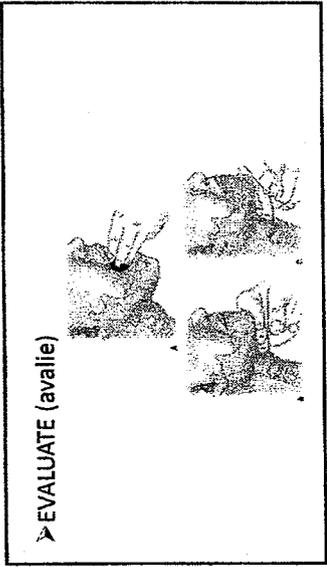
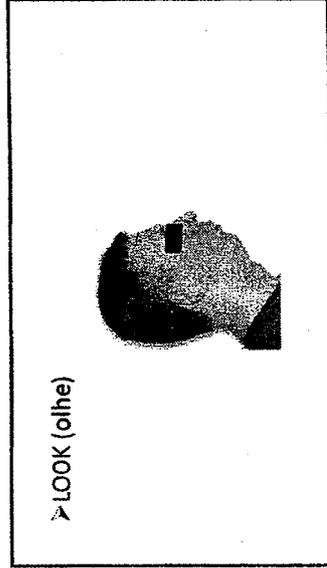


VAI SER DIFÍCIL???

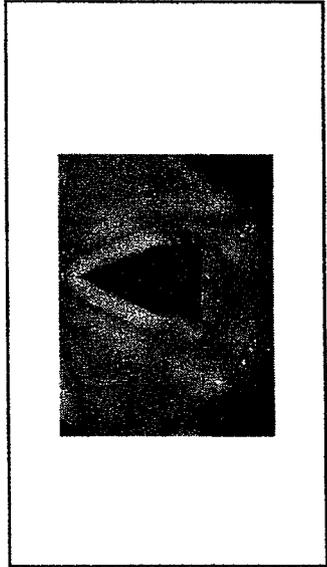


L.E.M.O.N.

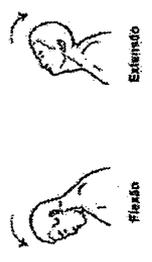
- LOOK (olhe)
- EVALUATE (avalie)
- MALLAMPATI
- OBSTRUCTION (obstrução)
- NECK (pescoço - mobilidade cervical)



➤ OBSTRUCTION (obstrução)

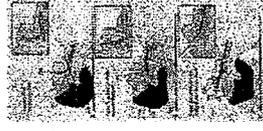


➤ NECK (pescoço - mobilidade cervical)



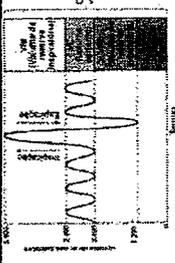
O QUE FAZER PRA AJUDAR?

➤ POSICIONAMENTO:



**FISIOLOGIA RESPIRATÓRIA**

- OBJETIVO PRINCIPAL: CONTATO COM AR AMBIENTE VISANDO RETIRADA DE GÁS CARBÔNICO E TROCA, TRANSPORTE E ENTREGA DE O<sub>2</sub> AOS TECIDOS
- INSPIRAÇÃO REALIZADA DE FORMA ATIVA POR MÚSCULOS RESPIRATORIOS E DE FORMA PASSIVA POR RETRAÇÃO ELÁSTICA
- EPITÉLIO PULMONAR, PSEUDO-ESTRATIFICADO CILÍNDRICO CILIADO ATÉ 17ª ZONA DE WEIBEL (ZONA DE CONDUÇÃO)
- ALVÉOLOS: PEQUENOS "SACOS DE AR", COMPOSTOS DE PNEUMÓCITOS TIPO 1 (ESTRUTURAL E COM ÍNTIMO CONTATO COM INTERSTÍCIO ALVÉOLO-CAPILAR) E PNEUMÓCITOS TIPO 2 (PRODUÇÃO DE SURFACTANTE)



- VRE + VR = CAPACIDADE RESIDUAL FUNCIONAL - GRANDE PERDA EM PACIENTES INTUBADOS
- NECESSÁRIO MANTER UM VOLUME EXTRA AO FINAL DA EXPIRAÇÃO AFIM DE EVITAR MICRO-ATELECTASIAS
- VOLUME EM SI PODE SER DE DIFÍCIL DETERMINAÇÃO, PORÉM PODE-SE MEDIR SUA PRESSÃO ATRAVÉS DA PRESSÃO POSITIVA AO FINAL DA EXPIRAÇÃO (PEEP)

**TROCAS GASOSAS E TRANSPORTE - CONCEITOS IMPORTANTES:**

- VENTILAÇÃO É DIFERENTE DE TROCA GASOSA
- O VENTILADOR TEM POR META RENOVAÇÃO DO AR ALVEOLAR. TROCA GASOSA QUEM FAZ É O PACIENTE
- DEVEMOS ASSUMIR ESTRATÉGIAS DE VENTILAÇÃO VISANDO OTIMIZAR AS TROCAS GASOSAS

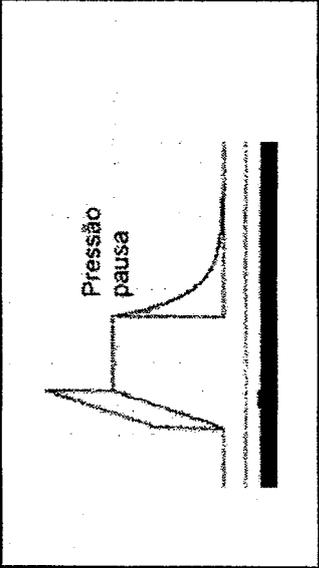
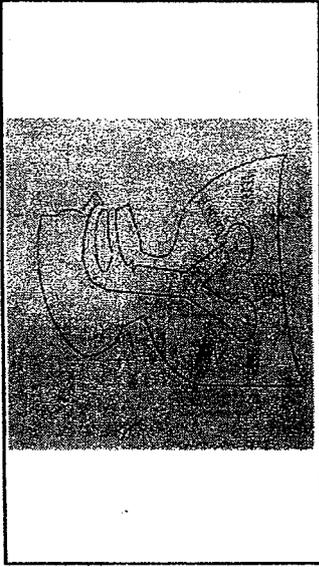
- TROCA GASOSA PODE SER AVALIADA A BEIRA LEITO PELA RELAÇÃO PaO2/FiO2
- TRANSPORTE É FEITO ESSENCIALMENTE LIGADO A MOLÉCULA DE OXIHEMOGLOBINA (INFÍMILA PARCELA DISSOLVIDA NO PLASMA)
- ALTERAÇÕES NA TROCA GASOSA PODEM SER, ATÉ CERTO PONTO, COMPENSADAS POR OUTROS MECANISMOS
- SANGUE CAPILAR, EM CONDIÇÕES DE REPOUSO, ENTRAM EM CONTATO COM ALVEOLO POR CERCA DE 0,75 SEGUNDOS, ATINGINDO EQUILÍBRIO COM O2 ALVEOLAR EM UM TERÇO DO TEMPO
- ORGANISMO CONSEGUE ATÉ CERTO PONTO COMPENSAR PREJUÍZOS NA TROCA.

**MECÂNICA VENTILATÓRIA**

- PRESSÃO: EFEITO DA FORÇA SOBRE DETERMINADA ÁREA
- FLUXO: VELOCIDADE DE DESLOCAMENTO DO AR
- COMPLACÊNCIA: CAPACIDADE DE ACOMODAÇÃO DO AR (CAPACIDADE DE DISTENSÃO)
- RESISTÊNCIA: "DIFICULDADE QUE O AR ENFRENTA ATÉ CHEGAR NOS ALVÉOLOS"

**Pva = Pe + Pr + PEEP**

- Pva = PRESSÃO NAS VIAS AÉREAS
- Pe = PRESSÃO DE RECÓLHIMENTO ELÁSTICO (INFLUENCIADA PELA COMPLACÊNCIA E VOLUME PULMONAR)
- Pr = PRESSÃO RESISTIVA (INFLUENCIADA PELO CALIBRE DAS VIAS AÉREAS E PELO FLUXO)
- PEEP: SETADO PELO MÉDICO



- PRESSÃO PICO = PRESSÃO NAS VIAS AÉREAS
- PRESSÃO DE PLATÔ = PRESSÃO DENTRO DOS ALVÉOLOS
- DIFERENÇA ENTRE PRESSÃO DE PLATÔ E PEEP = DRIVING PRESSURE (OU PRESSÃO DE DISTENSÃO) = PRESSÃO ELÁSTICA
- DIFERENÇA ENTRE PRESSÃO DE PICO E PRESSÃO DE PLATÔ = PRESSÃO RESISTIVA
- PEEP = PEEP

- Cest = VC/PeI → PeI = VC/Cest
- Rva = Pres/Fluxo → Pres = Fluxo x Rva
- LOGO: Pva = PeI + Pr + PEEP → Pva = [VC/Cest] + [FLUXO x Rva] + PEEP
- AUMENTANDO Rva, AUMENTA-SE Pva
- AUMENTANDO VC, AUMENTA-SE A Pva
- SE A Cest FOR ELEVADA, ISSO CAUSA MELHOR ACOMODAÇÃO DE AR, PORTANTO EU REDUZO A Pva
- POR FIM, SE AUMENTO A PEEP, EU AUMENTO A Pva

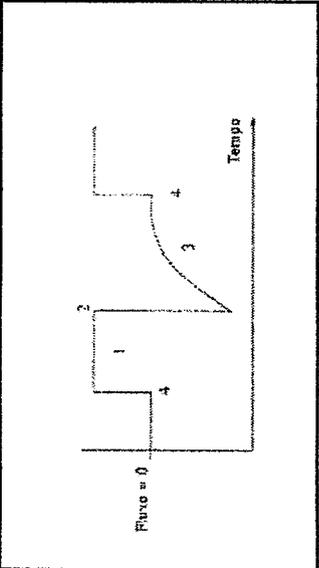
**MODOS BÁSICOS VENTILAÇÃO MECÂNICA**

**MODOS:** CONTROLADO, ASSISTIDO, ESPONTÂNEO

**MODALIDADES:** PCV, VCV, PSV

**FASES DO CICLO VENTILATÓRIO:**

- DISPARO: FECHAMENTO DA VALVA EXPIRATÓRIA E ABERTURA DA VALVA INSPIRATÓRIA
- FASE INSPIRATÓRIA: MOMENTO EM QUE OCORRE A INSUFLEÇÃO PULMONAR
- CICLAGEM: FECHAMENTO DA VALVA INSPIRATÓRIA E ABERTURA DA VALVA EXPIRATÓRIA
- FASE EXPIRATÓRIA: SAÍDA DE AR DE DENTRO DO PULMÃO, EQUILÍBRIO COM PRESSÃO EXPIRATÓRIA FINAL PRÉ-DETERMINADA



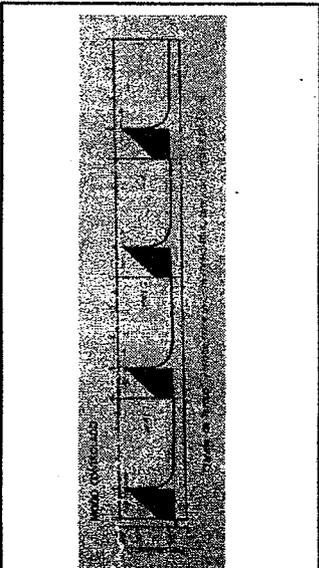
- MODOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SE RELACIONA COM A FORMA COMO O VENTILADOR INICIA O PROCESSO DE INSPIRAÇÃO, OU SEJA, COMO O DISPARO.

- ABORDAREMOS 3 FORMAS DE DISPARO: A TEMPO, A FLUXO E A PRESSÃO

- MODO CONTROLADO: DISPARADO EXCLUSIVAMENTE A TEMPO.

- SE ESTABELECE UMA FREQUENCIA RESPIRATORIA, O PROCESSADOR DO VENTILADOR DIVIDE 60 s POR ESTA FREQUENCIA PRÉ DEFINIDA E OBTÉM UMA JANELA DE TEMPO.

- EX.: FR = 15 → 60/15 = 4, LOGO, TEMOS UMA JANELA DE TEMPO = 4 s

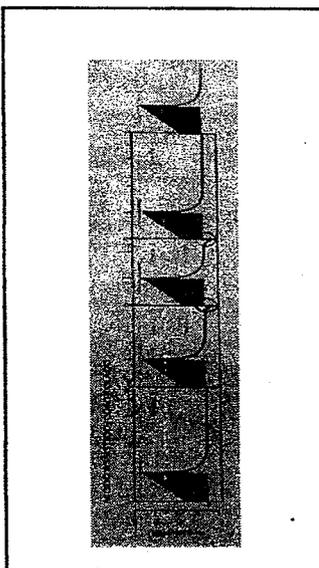


- MAS E SE O PACIENTE TIVER DRIVE RESPIRATÓRIO???

- CASO O PACIENTE ESTEJA VENTILANDO EM MODO CONTROLADO E APRESENTA DRIVE VENTILATÓRIO, ELE PODERÁ DISPARAR O VENTILADOR, NO CASO, DISPARO A FLUXO OU PRESSÃO

- POR CONVENÇÃO, CHAMAMOS DE MODO CONTROLADO QUANDO O PACIENTE NÃO APRESENTA DRIVE E ASSISTO/CONTROLADO QUANDO O MESMO APRESENTA E CONSEGUIE DISPARAR O VENTILADOR

- QUANDO O PACIENTE, EM MODO CONTROLADO, APRESENTA DRIVE E DISPARA O VENTILADOR, ELE RECEBE OS MESMOS PARÂMETROS VENTILATÓRIOS ANTERIORMENTE PROGRAMADOS. APÓS ISSO, É ZERADO A JANELA DE TEMPO



- MODO ESPONTÂNEO:

- MODO DISPARADO A FLUXO OU A PRESSÃO, COM FREQUENCIA CONTROLADA PELO PACIENTE (MAIS DETALHES NA DISCUSSÃO DA MODALIDADE "PSV")

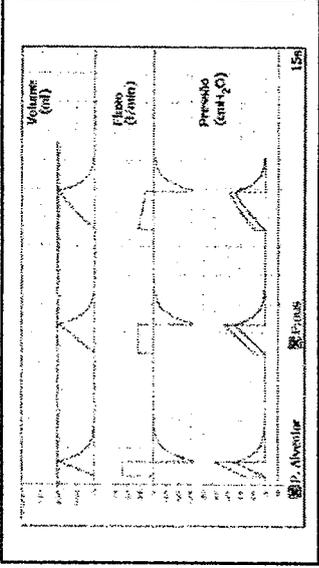
➤ DENTRE OS MODOS ASSISTO/CONTROLADOS, DESTACAMOS AS SEGUINTE MODALIDADES: PRESSURE CONTROLLED VENTILATION (PCV) E VOLUME CONTROLLED VENTILATION (VCV)

➤ PARA O MODO ESPONTÂNEO, DESTACAMOS A MODALIDADE PRESSURE SUPPORT VENTILATION (PSV)

➤ ATENÇÃO: PARA ENTENDER MODALIDADES, DEVEMOS TER ATENÇÃO ESPECIAL COM A CICLAGEM

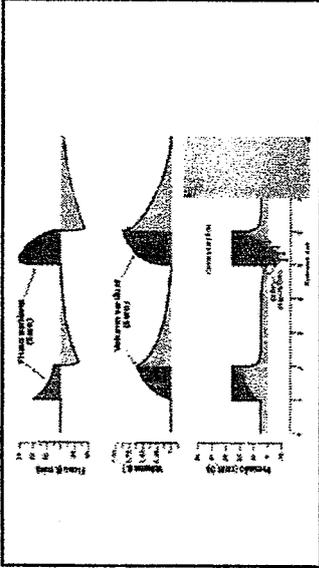
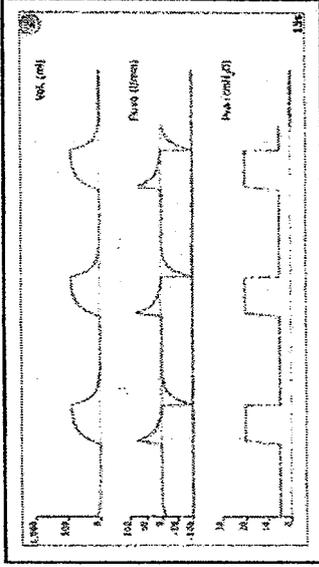
**VCV**

- VENTILAÇÃO PODE OCORRER EM MODO CONTROLADO (QUANDO SEM DRIVE - DISPARO A TEMPO) OU ASSISTO CONTROLADO (COM DRIVE - DISPARO A PRESSÃO OU FLUXO)
- CICLAGEM OCORRE A VOLUME!
- TEM COMO VANTAGEM GARANTIR O VOLUME CORRENTE DO PACIENTE
- DEVE-SE HAVER ATENÇÃO ESPECIAL ÀS PRESSÕES, POIS ESSAS NÃO SÃO RESPEITADAS ("VOLUME A QUALQUER CUSTO")
- RELAÇÃO I/E RELACIONADA COM VC SETADO E FLUXO.
- FLUXO CONSTANTE QUANDO UTILIZADO FORMA DE ONDA QUADRADA
- CURVA DECRESCENTE "MAIS FISIOLÓGICA"



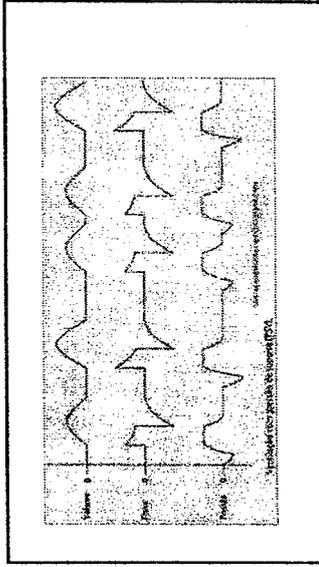
**PCV**

- ASSIM COMO DESCRITO ANTERIORMENTE EM VCV, PODE VENTILAR EM MODO CONTROLADO OU ASSISTO/CONTROLADO
- TEM COMO DIRETIVA PRIMÁRIA MANTER AS PRESSÕES NAS VIAS AÉREAS NO NÍVEL PRÉ-DETERMINADO ATÉ O TEMPO INSPIRATORIO
- TEM COMO VANTAGEM MANTER AS PRESSÕES NAS VIAS AÉREAS CONSTANTES, PARA ISSO, O FLUXO É LIVRE E VARIÁVEL AFIM DE MANTER A DIRETIVA PRIMÁRIA
- NÃO GARANTE VOLUME CORRENTE
- VANTAGEM EM FISTULAS PLEURAIS, CUFF FURADO (ATÉ A TROCA DO TUBO), DEVIDO AO SEU CONTROLE DE FLUXO EM BUSCA DA DIRETIVA PRIMÁRIA
- QUANDO EM FLUXO ZERADO: PVA = PRESSÃO DE PLATO E DELTA SOBRE PEEP = DRIVING PRESSURE
- NÃO TEM PRESSÃO DE PICO! NÃO SERVE PARA CÁLCULO DE PRESSÃO RESIST!
- FLUXO INSPIRATORIO É SEMPRE DECRESCENTE



**PSV**

- MODALIDADE NA QUAL PACIENTE VENTILA EM MODO ESPONTÂNEO (FREQUÊNCIA LIVRE), COM DISPARO A PRESSÃO/FLUXO, AUXILIADO POR UMA PRESSÃO DE SUPORTE PRÉ-DETERMINADA
- IDEALIZADO VISANDO DESMAMAR VENTILATORIO
- TAMBÉM TEM COMO DIRETIVA PRIMÁRIA MANTER A PRESSÃO NAS VIAS AÉREAS CONSTANTE DURANTE TODA INSPIRAÇÃO
- VARIA O FLUXO CONFORME A CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA RESPIRATORIA DO PACIENTE VISANDO MANTER DIRETIVA PRIMÁRIA
- FLUXO INSPIRATORIO SEMPRE DECRESCENTE
- CICLADO ATRAVÉS DO PICO DE FLUXO, O QUAL É GERALMENTE SETADO EM 25%, PODENDO SER ELEVADO AFIM DE REDUZIR TEMPO INSPIRATORIO, OU REDUZIDO PARA EFEITO OPOSTO



**OBRIGADO PELA PACIÊNCIA!**

Mônica Cristina Inacio da Silva	Mônica Prestine I do Silva
Monique Miele	Monique Miele
Nádia Abdala Ibrahim	
Naiara Furini de Souza	Naiara Furini de Souza
Neuza Rodrigues da veiga parreira	Neuza R. da V. Silva
Oswaldo Manoel Scofoni da Costa	Oswaldo Manoel Scofoni da Costa
Otávio Assis Marcelino Da Silva	Otávio Assis M. da Silva
Rafaela Mendonça de Medeiros	
Ricardo Gonçalves da Silva	
Rodrigo de Souza Ferreira	Rodrigo de Souza Ferreira
Roséli Meire de Sena	
Tais Cristina Vieira de Lima Silva	Tais Cristina Vieira de Lima Silva
Taisnara Cristina Ramos Silveira	
Taynara Sabino Cirilo	Taynara Sabino Cirilo
Verônica dos Santos Inácio	Verônica dos Santos Inácio
Vitória Maria Ferreira de Souza	
MARIANA FERVADES	Mariana Fervades Tanaraes Fernandes
CAMILA OLIVEIRA FERVADES	
Beatriz Blanda Maria Rodrigues	Beatriz Blanda Maria Rodrigues
M. Andrelia Aparecida Borges	Andrelia Aparecida Borges
Camilla Edilene Fermanha	Camilla Edilene Fermanha
GLAUCIA S. SILVA	Gláucia S. Silva

## JORNADA VENTILAÇÃO MECÂNICA

### LISTA DE PRESENÇA

NOME COMPLETO	ASSINATURA
Adrieli de Almeida Gomes	<i>Adrieli A. Gomes</i>
Ana Carolina de Matos Magalhães	<i>Ad.</i>
Ana Laura Batista Oliveira	
Ana Luiza Heleno Ferreira	<i>Ana Luiza H. Ferreira</i>
Anderson Aparecido Garcia	<i>Anderson</i>
Anna Carolyna de Lima Silva	<i>Anna Carolyna de Lima Silva</i>
Ariane Mendes do Carmo	
Augusto Pozatti Ricardo de Souza	
Bárbara Kol De Lima	<i>Bárbara Kol de Lima</i>
Bianca Brandão Lima	<i>Bianca Brandão Lima</i>
Camila Danieli Lopes Jacomini	<i>Camila Danieli Lopes Jacomini</i>
Camila Marques Morsoleto	<i>Camila Marques Morsoleto</i>
Carlos Roberto Silva Junior	<i>Carlos Roberto Silva Junior</i>
Eder girolamo	
Fernanda Moraes Nunes Barros	<i>Fernanda Moraes Nunes Barros</i>
Franciele da Silva Santos	
Isabela Caroline Freitas Colombino	<i>Isabela Caroline Freitas Colombino</i>
Isamara Ferreira de Barros	
Janaina Alves da Silva ribeiro	
Joana Darc morandini da Silva	
Jonas Amsei Saloio	
Juliana Fernandes plata Carvalho	
Juliana Garcia	
Kenia De L. Silva	
Lamy Kassen	
Larissa Vicente Tristão	<i>Larissa Vicente Tristão</i>
Laryssa Silva Pereira	
Laura de Oliveira Beraldo	
Laureane Barbosa de Matos	
Leonardo Viana Guimarães	
Letícia Cristina Lima Vieira	
Mariana da Silva Fernandes	
Michele Gonçalves	
Mileide dos santos tavares de victor	



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÍRA

Treinamento: Orientação para os coltos de urino p/ exames Data 10/10/22  
 Publico alvo: Enfermagem Resp: \_\_\_\_\_  
 Duração : \_\_\_\_\_ às 00 : 30 minutos

## CONTEUDO PROGRAMATICO

QT	Colaborador	Função	SETOR	Assinatura
1	Maíano Junior	Sec. Enfermagem Adm.		Maíano
2	Meliana S. Franilo	Sec. Enfermagem P. 216		Meliana
3	Arthur dos Anjos	Sec. Enfermagem ALJ		Arthur
4	Robson M. Reis	Sec. Enfermagem P. 216		Robson
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Monise Cristina Bento Quintanilha  
 Enfermeira  
 Coren-SP 703889

RESPONSÁVEL



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUARÁ

Treinamento: Orientações de enfermagem em Demência, Lenore, Dector Data 06/11/2024  
Publico alvo: Enfermagem Resp: etoranc  
Duração: 00 : 30 minutos

## CONTEUDO PROGRAMATICO

Ordem	Colaborador	Função	Setor	Assinatura
1	Valerina nicolau da silva	Sec. Enfermagem	91C	Valerina
2	Renata de S. Trujillo	Atc. Enfermagem	7.06	Renata
3	Gabrieli Rocha	Sec. enf.	8.26	Gabrieli
4	Douglas de S. L. Itolanda	Tec. Enf.	8.26	Douglas
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Maria Karoline de Souza  
RESPONSÁVEL



**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

**Lista de presença**

**Aula: Terapia de Expansão Pulmonar em terapia Intensiva**

**Data: 29/05/2024**

Nome	Assinatura
Suzely C.F. Colombini	Suzely C.F. Colombini
Silvânia M. F. Souza	Silvânia M. F. Souza
Fernanda Fabiani	Fernanda Fabiani