



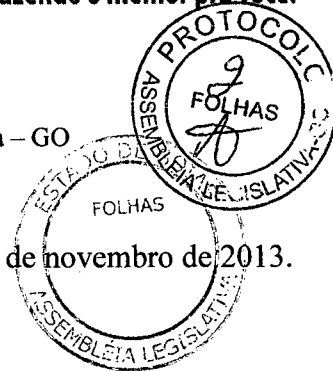
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

*Gerência da Secretaria Geral*

Rua SC1 nº. 299 – Parque Santa Cruz – CEP 74.860-270 – Goiânia – GO  
Fone: (62) 3201-3701/ 3796 - Fax: (62) 3201-3824

Ofício Nº.5451/2013-GAB/SES

Goiânia, 02 de novembro de 2013.



Ao Excelentíssimo Senhor

**Helder Valin Barbosa**

Presidente

Assembleia Legislativa do Estado de Goiás

Palácio Alfredo Nasser – Alameda dos Buritis, 231 – Setor Oeste

74.115-900 – GOIÂNIA - GO

**Assunto: Parecer conclusivo sobre Relatório de Monitoramento e Avaliação de Execução do Contrato de Gestão nº. 131/2012 – Hospital Materno Infantil.**

Senhor Presidente,

1. Ao cordialmente cumprimentá-lo, conforme determina o § 3º do Art.10 da Lei nº.15.503, de 28 de dezembro de 2005, encaminhado, anexo, o Memorando nº.588/2013-AGPOS/SUNAS/SES-GO, que apensa Parecer conclusivo realizado a partir da análise dos resultados apresentados no Relatório nº.008/2013, da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão – COMACG/HMI, para apreciação de Vossa Excelência.

Atenciosamente,

Halim Antonio Girade  
Superintendente Executivo  
SES/GO

  
**ANTONIO FALEIROS FILHO**  
Secretário de Estado da Saúde

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde  
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**

Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP: 74.860-270

E-mail: [agpos.ses@gmail.com](mailto:agpos.ses@gmail.com) Telefone: (62) 3201-3808



**Memorando nº 588/2013 – AGPOS/SUNAS/SES/GO**

**Goiânia, 22 de novembro de 2013**

Ao Secretário de Estado da Saúde  
**Dr. Antônio Faleiros Filho**

Assunto: Parecer conclusivo sobre Relatório nº 008/2013 de Monitoramento e Avaliação da Execução do Contrato de Gestão nº 131/2012 – Hospital Materno Infantil - **HMI**

Senhor Secretário,

1. Encaminhamos a V.Exa., parecer conclusivo realizado a partir da análise dos resultados apresentados no Relatório nº 008/2013 da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão – COMACG/HMI.
2. Após análise documental, ratificamos a conclusão e recomendações finais apresentadas pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão – COMACG/HMI/IGH, conforme segue:
  - “Os dados coletados e sistematizados neste Relatório demonstram que a Organização Social IGH vem cumprindo satisfatoriamente as obrigações assumidas no Contrato de Gestão nº 131/2012, no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HMI, tendo atingido a nota global de **9,3 (nove virgula três)**, que corresponde ao conceito “**MUITO BOM**”, de acordo com a Sistemática de Avaliação de Desempenho Institucional estabelecida pela Portaria nº 404/2012-GAB/SES.
  - De acordo com o item 6.9. da Cláusula Sexta do Contrato de Gestão nº 131/2012, que estabelece “As metas e indicadores serão avaliados semestralmente, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até 20% no montante a ser repassado”, a nota e o conceito resultantes da análise realizada coarresponde ao repasse integral dos recursos financeiros para custeio do gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde no HMI.
  - A aplicação da metodologia de monitoramento e avaliação das metas de produção e indicadores de desempenho e qualidade permite constatar seu cumprimento, entretanto, apontam-se as seguintes questões e recomendações que mereceram destaque por parte da COMACG/HMI:
    - a) Recomenda-se a retomada do estudo sobre Plano de Metas de Produção do Contrato de Gestão nº 131/2012, no segundo semestre de 2013, para revisão e proposição de novas metas de produção, considerando a necessidade de incremento na oferta de serviços de saúde aos usuários do SUS.

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde  
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais - AGPOS**

Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP: 74.860-270

E-mail: [agpos.ses@gmail.com](mailto:agpos.ses@gmail.com) Telefone: (62) 3201-3808

b) Recomenda-se a habilitação e implantação de novos serviços requeridos pela população do Estado, considerando seu perfil de unidade de atendimento de urgência e emergência, de abrangência estadual.

c) Finalmente, recomenda-se a reestruturação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, com a recomposição da equipe, adequação do espaço físico e qualificação das notificações.

3. Anexamos ao presente o Relatório nº 008/2013, bem como os documentos comprobatórios das informações nele contidas, e sugerimos seu encaminhamento à Assembléia Legislativa desta Capital, conforme determina o § 3º do Art. 10 da Lei nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

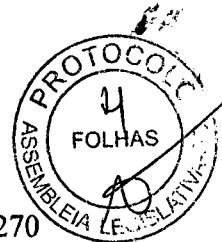
4. Sugerimos ainda o envio dos documentos aos demais Órgãos de Fiscalização do Estado de Goiás: Tribunal de Contas, à Controladoria Geral e ao Conselho Estadual de Saúde.



*Deusdedit Vas*

Superintendente de Gerenciamento das  
Unidades Assistenciais de Saúde SUNAS/SES/GO

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808



**RELATÓRIO Nº 008/2013**  
**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO**  
**HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI**

**Goiânia, Outubro de 2013.**

Three handwritten signatures in black ink, located at the bottom right of the page.

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808

**Secretário de Estado da Saúde**

Antonio Faleiros Filho

**Superintendente de Controle e Avaliação Técnica de Saúde – SCATS**

Dante Garcia de Paula

**Superintendente de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde – SUNAS**

Maria Cecília Martins Brito

**Assessoria de Gestão de Parcerias com Parcerias com Organizações Sociais - AGPOS**

Edna Maria Covem

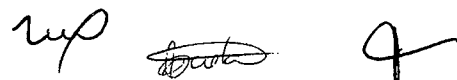
Elaboração

**COMACG/HMI**

Wanessa Carvalho de Souza – AGPOS/SUNAS/SES

Lilian Freire Baeta – SCATS/SES

Fábia Cristina Marques Tavares – HMI/SES





## SUMÁRIO

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Contrato de Gestão
2. Organização Social
3. Unidade de Saúde
4. Período monitorado

### 2. METODOLOGIA:

### 3. RELATÓRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE

#### GESTÃO

#### 3.1. Obrigações contratuais

##### 3.1.1. Obrigações da Contratante

- Estrutura física
- Recursos financeiros
- Materiais Permanentes e Equipamentos
- Instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade

##### 3.1.2. Obrigações da Contratada:

- a) Sistemas de Informação e registro dos procedimentos no DATASUS
- b) Contratação de Serviços de Anestesiologia
- c) Documentos de Regularidade Fiscal, Licenças e Alvarás atualizados
- d) Pesquisa de satisfação do usuário na alta hospitalar
- e) Registro de dados dos usuários atendidos
- f) Serviço de Atendimento ao Usuário: atendimento a sugestões, queixas e reclamações do usuário
- g) Registro de Encaminhamentos de usuários realizados
- h) Núcleo de Vigilância Hospitalar
- i) Núcleo de Manutenção Geral
- j) Núcleo de Engenharia Clínica
- k) Serviço de Gerenciamento de Riscos e Resíduos
- l) Regulamento de Recursos Humanos

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808

- m) Regulamento de Aquisição de Bens e Serviços
- n) Percentual de Recursos públicos utilizados com folha de pagamento
- o) Percentual de servidores efetivos da SES na Unidade
- p) Programa de Saúde no Serviço Público
- q) Programa de Capacitação de RH
- r) Prestação de Contas:
- s) Princípios e Diretrizes do SUS
- t) Direitos do Usuário
- u) Relatório de Alta Hospitalar
- v) Comissões previstas no Contrato de Gestão
- x) Comissão de Ensino e Pesquisa: Política de Educação Permanente em Saúde do SUS

**4. PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE**

**4.1. Metas de Produção**

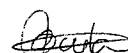
**4.2. Indicadores de Desempenho e Qualidade**

**4.3. Demonstrativo da aplicação das fórmulas de cálculo dos Indicadores**

**4.4. Pontuação dos Resultados apresentados**

**5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

**6. ANEXOS**



## **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

### **1.1. Contrato de Gestão:**

Contrato de Gestão nº 131/2012-SES-GO, celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Gestão e Humanização - IGH, para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Materno Infantil – HMI, com vigência no período de 29/06/2012 a 28/06/2013.

### **1.2. Organização Social:**

#### **Instituto de Gestão e Humanização - IGH**

Avenida Antônio Carlos Magalhães, nº 3244, sala 1323, Edifício Thomé de Souza  
41.800-700 – Salvador - BA  
CNPJ: 11.858.570/0001-33

### **1.3. Unidade de Saúde:**

#### **Hospital Materno Infantil – HMI**

Rua R7 com Avenida Perimetral  
74.520-110 – Goiânia – GO  
CNES: 2339196  
CNPJ: 02.529.964/0003-19  
Diretor Geral: Ronan Lima

### **1.4. Período monitorado:**

De 01/01/2013 a 30/06/2013.

## **2. METODOLOGIA**

O monitoramento da execução do Contrato de Gestão pela COMACG é de periodicidade semestral e consiste na verificação dos compromissos assumidos pelas organizações sociais nas diversas cláusulas contratuais e o cumprimento das metas e indicadores de desempenho.

A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão - COMACG procedeu visita de monitoramento em 08/08/2013, oportunidade em que foi feita reunião com os representantes da Organização Social e vistoria no hospital e serviços, aplicando o roteiro de monitoramento da execução do Contrato de Gestão.

O Relatório é constituído por uma descrição da situação atual de funcionamento da Unidade; do Quadro de cumprimento das Metas de Produção contratadas e pactuadas; do Quadro de Resultados dos Indicadores de Desempenho e Qualidade e do Quadro de Pontuação dos Resultados apresentados.

É constituído ainda por Anexos, Documentos Comprobatórios e Registro Fotográfico das melhorias realizadas na Unidade.

Compondo a sistemática de monitoramento do Contrato de Gestão, o monitoramento da gestão de equipamentos de saúde é de responsabilidade da Gerência de Engenharia Clínica – GEC/SUNAS/SES, e a análise e fiscalização da prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros é de responsabilidade da Agência Goiana de Regulação/AGR.

Este Relatório será utilizado como subsídio para a análise crítica e avaliação de desempenho a ser realizada pelo Comitê Intersectorial de Avaliação dos Contratos de Gestão da SES, conforme



sistemática de monitoramento e avaliação de Contrato de Gestão instituída pela SES/GO.

### **3. RELATÓRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

Este tópico do Relatório contempla a descrição da situação da Unidade durante as visitas realizadas, tendo sido distribuído por itens do Roteiro de Monitoramento, que se encontra preenchido no Anexo I.

#### **3.1. Obrigações contratuais**

##### **3.1.1. Obrigações da Contratante**

Conforme previsto na Cláusula Terceira, item 3.2.1., a Secretaria Estadual de Saúde tem como obrigações:

“3.2.1. Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade.”

São obrigações consideradas como de apoio necessário e indispensável para a execução deste Contrato de Gestão: estrutura física da Unidade; recursos financeiros; materiais permanentes; equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade.

##### **a) Estrutura física**

Quando ocorreu a transferência do gerenciamento da unidade para a Organização Social, a estrutura física foi considerada inadequada por manutenção predial preventiva e corretiva deficientes; desabastecimento de insumos e medicamentos; equipamentos e mobiliários em situação precária de utilização em função de plano de manutenção preventiva e corretiva deficientes.

Assim que foi assumido o gerenciamento da unidade pela Organização Social, foram realizadas melhorias na estrutura física, entre as quais destacamos: reforma da estrutura física da UCIN; aquisição de equipamentos médico-hospitalares; implantação do sistema de gestão hospitalar; habilitação da maternidade de alto risco; implantação de sistema digital de controle de frequência de servidores; implantação de sistema de monitoramento e segurança eletrônico.

A reforma, ampliação e adequação da estrutura física da Unidade encontra-se em fase de celebração de Convênio com a Caixa Econômica Federal, para definição dos recursos financeiros que irão custear as obras. Estão previstas ainda as reformas do telhado e troca de janelas, obras a serem realizadas pela AGETOP.

No Anexo II encontram-se detalhadas as demais melhorias realizadas pelo IGH no Hospital Materno Infantil para a execução do Contrato de Gestão.

As adequações foram realizadas com recursos financeiros do Contrato de Gestão destinados ao custeio da Unidade, tendo em vista não haver sido previsto recursos financeiros para investimento em reforma e ampliação das instalações físicas e para sanar as deficiências encontradas.

##### **b) Recursos financeiros**

O repasse dos recursos financeiros previstos no Contrato de Gestão são realizados pela Secretaria de Estado da Saúde, conforme Quadro I:





**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808

**Quadro I – Demonstrativo do repasse de recursos financeiros do Contrato de Gestão nº 131/2012, no período de Janeiro/2013 a Junho/2013.**

DATA DA REFERÊNCIA	DATA EFETIVA DO REPASSE	VALOR MENSAL DO CG	VALOR REPASSADO
Dez/2012	07/01/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 1.934.783,42
Jan/2013	06/02/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 2.338.787,93
Fev/2013 + RFP	06/03/2013 26/03/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 1.441.956,46
Mar/2013 + RFP	03/04/2013 19/04/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 2.234.486,31
Abr/2013	10/05/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 1.623.836,04
Mai/2013	06/06/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 1.917.995,73
Jun/2013 + Complementação	05/07/2013	R\$ 4.264.000,00	R\$ 1.703.155,08

Fonte: GEROF/SGPF, julho de 2013.

(\*) RFP: Restituição de Folha de Pagamento

**c) Materiais Permanentes e Equipamentos**

Os equipamentos e mobiliários existentes na Unidade encontravam-se em situação precária de utilização. A Unidade encontrava-se parcialmente equipada, situação que foi provisoriamente sanada pela Organização Social, por meio de aquisição e locação dos equipamentos necessários ao seu funcionamento.

Conforme consta no **Anexo II**, o IGH encaminhou a relação de equipamentos a serem adquiridos para complementar a Unidade, que se encontram em processo de análise e aquisição pela SES.

**d) Instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade**

A Secretaria de Estado da Saúde não ofereceu ao Instituto de Gestão e Humanização – IGH, ferramentas de gestão para organização da Unidade.

No entanto, o IGH instituiu o Sistema de Gestão Hospitalar SYSHOSP, que permite acompanhar o faturamento dos serviços apresentados no SIA e SIH/SUS, reduzindo as glosas realizadas pelo DATASUS. O Sistema permite realizar ainda o controle de compras, estoque, entre outros.

A implantação do prontuário eletrônico único e sistema informatizado de dispensação de medicamentos, dependem da reforma da rede elétrica da unidade, e esta, aguarda procedimento licitatório de responsabilidade da AGETOP.

**3.2. Obrigações da Contratada**

**a) Sistemas de Informação e registro dos procedimentos no DATASUS**

Em visita realizada ao Setor de Faturamento do Hospital Materno Infantil, por técnicos da AGPOS/SUNAS e GI/SCATS, foi constatada a alimentação regular dos procedimentos realizados pela Unidade no Sistema SIA e SIH/SUS - DATASUS, conforme Relatório de Produção Física/Financeira, no período de Janeiro a junho/2013, que compõe o Anexo II. Entretanto como nem todos os procedimentos são habilitados pelo SUS, ocasiona assim, divergência entre o número de procedimentos apresentados e o número de procedimentos aprovados pelo sistema.

Além da alimentação dos sistemas de faturamento, a Unidade também realiza o registro das notificações no SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e de queixas técnicas e eventos adversos no NOTIVISA, conforme **Anexo II**.

A SES/GO está realizando a atualização do cadastro da Unidade no CNES, para identificação das ações e serviços realizados pela Unidade e que ainda não estão habilitados pelo Ministério da Saúde, situação que irá regularizar a aprovação dos procedimentos apresentados e ainda não faturados por meio do Sistema DATASUS.

**b) Contratação de Serviços de Anestesiologia**

O IGH contratou a COOPANEST para prestação de serviços de anestesiologia, porém o contrato não contemplou a presença de profissional na Unidade durante o período noturno, ficando de sobreaviso para qualquer intercorrência, sendo acionado imediatamente a dirigir-se à unidade.

A prestação de alguns serviços na Unidade é realizada por empresas especializadas, conforme relacionado no Anexo II.

Os serviços de imagiologia são oferecidos pela Central Remota de Laudos/SES, gerenciada por Contrato de Gestão nº 170/2011, celebrado entre a SES/GO e a Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI.

**c) Documentos de Regularidade Fiscal, Licenças e Alvarás atualizados**

No anexo II constam os documentos de regularidade fiscal: Certidão conjunta negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da união, certidão negativa de débitos tributários, certidão negativa de débito inscrito em dívida ativa SEFAZ, certidão negativa de débitos imobiliários, certidão negativa de débitos (ISSQN/ taxas e multas), certidão negativa de débitos relativos às contribuições previdenciárias e as de terceiros, certidão de regularidade do FGTS, certidão negativa de débitos trabalhistas, protocolo de renovação de alvará sanitário, protocolo para obtenção do CERCON pelo Corpo de Bombeiros, Cadastro nacional de pessoa jurídica.

**d) Pesquisa de satisfação do usuário na alta hospitalar**

O Hospital Materno Infantil ainda não dispõe de ouvidoria descentralizada, devido à insuficiência de espaço físico, mas será implantado após a reforma da unidade. Porém, a pesquisa de satisfação do usuário é realizada na alta hospitalar, feita por amostragem, conforme demonstrado no Relatório que compõe o Anexo II.

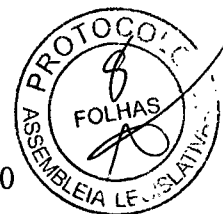
No período de Janeiro a Junho de 2013, a média de satisfação do usuário do Hospital Materno Infantil foi de 78,8%. (Fonte: Gerência de Qualidade HMI/IGH)

A Unidade possui um formulário de avaliação dos serviços da Unidade, com espaço para o relato de críticas, elogios ou sugestões. Essas informações são processadas pela Gerência da Qualidade do Hospital, onde os dados são reunidos e organizados, obtendo o percentual de satisfação dos serviços avaliados.

Como outra opção de avaliação da satisfação do usuário, foi realizada pela SES/GO a Pesquisa SERPES, realizada no período de 21/12/2012 a 11/01/2013, por solicitação do Governo do Estado de Goiás, e o HMI teve como resultado a média geral de 84,4% de aprovação. O Relatório dessa pesquisa encontra-se no Anexo II.

**e) Registro de dados dos usuários atendidos**

O HMI dispõe de um Núcleo Interno de Regulação, que faz a interlocução junto à Central de



Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Este Núcleo realiza o controle e registro de dados dos usuários atendidos na Unidade.

**f) Serviço de Atendimento ao Usuário: atendimento a sugestões, queixas e reclamações do usuário**

O Hospital Materno Infantil conta com o serviço de atendimento ao usuário, através de urnas, para sugestões, queixas e reclamações. Possui 5 urnas (Banco de leite, recepção, ginecologia, pediatria e refeitório) onde são coletados boletins de avaliação de pesquisa de satisfação.

As sugestões e queixas, relatadas nos boletins, são documentadas pela Gerência de Qualidade e posteriormente discutidas com as chefias dos setores mencionados, objetivando a busca de soluções das reclamações.

Quanto às críticas, essas são encaminhadas para a Diretoria Técnica, onde se localiza a Ouvidoria da Unidade que recebe a demanda e responde ao paciente.

**g) Registro de encaminhamentos de usuários realizados**

Por meio do Núcleo Interno de Regulação, que faz a interlocução junto à Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, é realizado o controle e registro de encaminhamentos de usuários realizados pela Unidade para outras Unidades ou Serviços de Saúde.

O NIR tem como função principal o controle interno dos leitos, além da interação com as outras unidades e com os Complexos Reguladores Estadual e Municipal, com o objetivo de viabilizar os encaminhamentos necessários para garantir a integralidade da assistência.

**h) Núcleo de Vigilância Hospitalar**

Conforme relatório de Supervisão Técnica realizada pela SUVISA/SES, foi constatado que o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia está implantado, porém passa por um processo de desestruturação e comprometimento de seus serviços: redução da busca ativa de pacientes com doenças infecto-contagiosas (com a participação do corpo técnico geral); déficit de pessoal (não há participação do corpo médico em trabalhos de educação em saúde e atualização); perda de dados e documentos relativos aos pacientes, dentre outros.

Atualmente o núcleo é composto por 04 (quatro) profissionais; sendo 02 enfermeiros, 01 é coordenadora do serviço; 02 técnicos de enfermagem. Não possui profissional na área administrativa, prejudicando o bom andamento do serviço. Além disso, os servidores trabalham numa sala com condições insalubres (baixa luminosidade e mofo na parede).

Constatamos pelos relatos internos do Núcleo, a falta de comunicação interna e dificuldade de acesso ao laboratório, ponto fundamental para a confirmação e coleta de material mediante suspeita de doenças de notificação obrigatória.

A Supervisão Técnica realizada pela Gerência de Imunização/SUVISA/SES, constatou que o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais encontra-se com área física inadequada. Porém foram identificados alguns pontos positivos, como: sala com boa iluminação; responsável técnico informado e habilitado em sua função; impressos organizados e armazenados adequadamente; registro dos dados em livro e digitação no SI-CRIE; realização de busca ativa de pacientes que se enquadram nos critérios do CRIE nas UTIs neonatal e pediátrica e clínica pediátrica; vacinação sistemática para Hepatite B nos recém nascidos nas primeiras doze horas de vida; acompanhamento dos casos graves de EAPV e com quadro de hipersensibilidade.

**i) Núcleo de Manutenção Geral**

O HMI realizou a contratação de uma empresa, Notuscont Instrutoria e Gestão Ltda, responsável pela parte de manutenção da unidade, que faz manutenção predial das instalações físicas da Unidade.

**j) Núcleo de Engenharia Clínica**

Em 16 de abril de 2013 foi firmado contrato de serviços de Engenharia Clínica entre Instituto de Gestão e Humanização (IGH) e a Multi-Med Equipamentos Científicos Ltda. (Em anexo). A empresa foi contratada para realizar o serviço de Engenharia Clínica no HMI, onde realiza o acompanhamento efetivo do parque tecnológico e a gestão de equipamentos da Unidade.

**j) Serviço de Gerenciamento de Riscos e Resíduos**

Foi instituída a Comissão de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, que realiza as atividades de gerenciamento de riscos e resíduos.

A prestação de serviços de Coleta, Transporte, Tratamento e Destinação Final de Resíduos Líquidos e Sólidos de Saúde é realizada pela empresa Globo Soluções Ambientais Ltda, mediante contrato de prestação de serviços.

**l) Regulamento de Recursos Humanos**

No Anexo II consta o Regulamento de Recursos Humanos, que se encontra em fase de publicação no site: [www.igh.org.br](http://www.igh.org.br).

**m) Regulamento de Aquisição de bens e serviços**

No Anexo II consta o Regulamento para Contratação de Obras, Serviços, Compras e Alienações para gestão do Hospital Materno Infantil de Goiânia/GO pelo IGH, também disponível no site: [www.igh.org.br](http://www.igh.org.br).

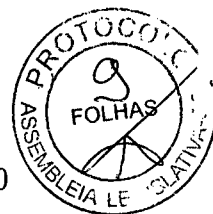
**n) Percentual de recursos públicos utilizados com folha de pagamento**

Com a reorganização das equipes técnicas e administrativas, constituídas por servidores efetivos da SES e celetistas contratados pelo IGH, o valor de gasto dos recursos financeiros repassados por meio do Contrato de Gestão corresponde à média percentual de 56%, estando de acordo com o previsto em Contrato.

O item 7.3 da Cláusula Sétima do Contrato de gestão em referência prevê que “*A CONTRATADA poderá utilizar, no máximo, 60% dos recursos públicos repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores públicos cedidos à Unidade.*”.

**o) Percentual de servidores efetivos da SES na Unidade**

Para a execução do Contrato de Gestão foi mantido o percentual de 65% de servidores efetivos da SES prestando serviços no HMI, conforme Demonstrativo do quantitativo de Recursos Humanos fornecido pela Gerência de Desenvolvimento de Pessoas/SGPF/SES contido no Anexo II, cumprindo o item 7.12 da Clausula Sétima, onde está previsto que “*Após a realização desse levantamento, no mínimo, 50% dos recursos humanos necessários à execução dos serviços deverá ser composto por servidores cedidos pela CONTRATANTE.*”.



**p) Programa de Saúde no Serviço Público**

A Unidade conta com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA instituída, que está sendo reestruturada, com eleição prevista para Outubro de 2013.

O HMI conta ainda com o SESMT, que realiza campanhas de vacinação, medidas de prevenção de doenças e acidentes de trabalho, exames periódicos dos trabalhadores, além de programa de ginástica laboral, entre outras medidas.

**q) Programa de Capacitação de RH**

O HMI conta com um programa de Capacitação de RH, e durante o primeiro semestre de 2013, foram realizados vários eventos, que estão detalhados no Anexo II, como a “Semana de Residência Médica”, “Semana Científica de Psicologia da Saúde Hospitalar”, entre outros.

**r) Prestação de Contas**

A regulação, controle e fiscalização das atividades está prevista na Cláusula Décima Primeira, item 11.1 do Contrato de Gestão nº 131/2012, que estabelece: “*A regulação, controle e fiscalização das atividades da CONTRATADA, com base nas disposições deste Contrato de Gestão e da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999 e seu Regulamento, será feita pela Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR*”.

Por orientação da AGR, após a prestação de contas de 2012, a IGH juntamente com a empresa fornecedora do sistema de prestação de contas eletrônica SIPEF, estão realizando a parametrização dos sistemas financeiros, contábil e patrimonial, para otimizar o processo de verificações das contas com regularidade.

**s) Princípios e diretrizes do SUS**

No que se refere aos componentes da Política Nacional de Humanização, o HMI é uma Unidade que recebe pacientes previamente regulados e também pacientes de demanda espontânea, situação que se exige o acolhimento com classificação de risco, porém esta se encontra em fase de implantação, e será efetivado após a reforma da unidade.

Em relação ao item “Habilitação de novos serviços no Ministério da Saúde”, a SES/GO está realizando a atualização do cadastro da Unidade no CNES, para identificação das ações e serviços realizados pela Unidade, que ainda não estão habilitados pelo Ministério da Saúde. Situação que deve regularizar a aprovação dos procedimentos apresentados e ainda não faturados por meio do Sistema DATASUS.

**t) Direitos do usuário**

Todos os itens do contrato de que trata dos direitos do usuário estão sendo cumpridos pela Organização Social na execução do Contrato de Gestão, com ressalvas em relação aos seguintes itens:

- item “c - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato”
- item “i - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos”.

Em relação ao item c, a justificativa é feita verbalmente e o paciente é encaminhado ao NIR – Núcleo Interno de Regulação. E ao que consta no item i, durante o período pré e pós-parto só se

aceitam acompanhantes do sexo feminino, visto que as enfermarias são de 2 ou até 3 leitos, o que constringe as outras pacientes internadas.

**u) Relatório de Alta Hospitalar**

O relatório de alta hospitalar ainda não é confeccionado de acordo com o previsto no Contrato de Gestão. A alta continua sendo lançada no prontuário do paciente com um pequeno resumo, sem que o paciente tenha acesso ao mesmo, não ficando com uma cópia do relatório, e não sendo informado que esta conta é paga pelo SUS. A elaboração do relatório de alta hospitalar no Hospital Materno Infantil está em processo de elaboração, com previsão de implantação definitiva até o início do ano de 2014.

**v) Comissões previstas no Contrato de Gestão**

Cumprindo o Contrato de Gestão nº 131/2012, foram instituídas as seguintes comissões no Hospital Materno Infantil, conforme relacionado no Anexo II:

- Comitê de Ética em Enfermagem
- Comitê de Ética em Pesquisa
- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
- Controle de Infecção Hospitalar
- Ética Médica: Posse do Conselho de Medicina do Estado de Goiás
- Ética em Pesquisa Humana
- Multidisciplinar de Bioética
- Análise e Revisão de Prontuário
- Verificação de Óbitos
- Intra-Hospitalar de Hemoterapia
- Nutrição Enteral e Parenteral
- Uso e Reuso de Materiais de Uso Único
- Padronização de Materiais, Equipamentos e Medicamentos
- Residência Médica
- Residência Multiprofissional
- Educação Permanente
- Gerenciamento de Riscos, Relacionadas aos Produtos para Saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos
- Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA (em andamento)
- Ouvidoria e Serviço de Proteção ao Usuário – SEPRU (em andamento)
- Comunicação Social e Relacionamento com o Usuário

**x) Comissão de Ensino e Pesquisa: Política de Educação Permanente em Saúde do SUS**

O HMI mantém campo de estágio para graduação, residência médica na unidade, entre outros, conforme segue:

- |                                             |           |         |
|---------------------------------------------|-----------|---------|
| ➤ Campo de Estágio para cursos Tecnológicos | ( x ) Sim | ( ) Não |
| ➤ Campo de Estágio para cursos de Graduação | ( x ) Sim | ( ) Não |
| ➤ Internato                                 | ( x ) Sim | ( ) Não |
| ➤ Programa de Residência Médica             | ( x ) Sim | ( ) Não |



- Viabiliza a realização de pesquisas na unidade      ( x ) Sim ( ) Não

#### **4. PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE**

##### **4.1 Metas de Produção**

Em cumprimento ao que determinou a Portaria nº 077/2013-GAB/SES, de 28/02/2013, o Grupo de Trabalho composto por técnicos da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde e Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde realizou estudos sobre o Plano de Metas de Produção do Contrato de Gestão nº 131/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Gestão e Humanização - IGH, para gerenciamento do Hospital Materno Infantil - HMI.

Este Grupo foi instituído a partir da necessidade já identificada pela SES/GO de promover o aperfeiçoamento dos Contratos de Gestão celebrados com as Organizações Sociais para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde nas Unidades Hospitalares do Estado de Goiás, especialmente no que diz respeito ao estabelecimento do Plano de Metas de Produção inicialmente contratado.

A metodologia que orientou a realização do estudo foi constituída por análise documental do Contrato de Gestão nº 131/2012, Relatórios de Série Histórica de Produção e Faturamento do HMI, produzidos pela SCATS/SES, no período de 2010 a 2012, Relatório de Monitoramento realizado pela COMACG/HMI, e normas e regulamentos de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

O Hospital Materno Infantil é especializado e referência para o Estado de Goiás no atendimento ambulatorial e hospitalar em emergência e de Média e Alta Complexidade em Pediatria, Ginecologia e Gestação de Alto Risco devidamente referenciado pelos Complexos Reguladores Municipal e/ou Estadual. Hospital de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária.

O HMI é também referência para o Estado de Goiás em Reabilitação de Fissuras Lábio-palatinas, atendimentos realizados pelo CERFISS.

Em atendimento ao Programa Nacional de Imunizações, encontra-se em funcionamento no Hospital Materno Infantil o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE, que oferece aos portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade ou exposição a situações de risco, imunobiológicos especiais para prevenção das doenças que são objeto do PNI.

O HMI dispõe de capacidade instalada para internação em leitos de observação de pediatria, obstetrícia e ginecologia; de internação nas especialidades de obstetrícia, ginecologia, pediatria e neonatologia. É importante ressaltar que os leitos destinados à internação de ginecologia podem ser ocupados como leitos de obstetrícia, dependendo a demanda.

Dispõe ainda de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) e terapia intensiva neonatal, pediátrica e materna. As metas de internação para os leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica são baixas devido à alta média de permanência: apesar de leitos permanentemente ocupados, a pouca rotatividade de internação decorre da gravidade dos pacientes, que demandam longa permanência.

O resultado apresentado pelo Hospital Materno Infantil no período em monitoramento fora os seguintes:



**Quadro I – Meta de internação Geral e UTI – HMI**

Leito/Especialidade	Cap. Instalada: nº de Leitos	Nº de Leito-dia(*)	Meta Contratada		Meta Realizada		Nota
			Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	
Observação	18	540	486	2.916	548	3.285	10
Internação Obstetrícia	36	1080	243	1.458	265	1.592	10
Internação Ginecologia	12	360	108	648	86	515	9
Internação Pediatria	38	1140	103	618	99	596	10
UCI Neonatal	22	660	99	594	199	1.191	10
UTI Neonatal	08	240	05	30	08	48	10
UTI Pediátrica	10	300	09	54	14	86	10
UTI Materna	10	300	37	222	25	149	7
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>-</b>	<b>1.279</b>	<b>7.674</b>	<b>1.244</b>	<b>7.462</b>	<b>--</b>

Fonte: Monitoramento mensal de metas de produção/HMI – AGPOS,2013.

Para o estabelecimento das metas de procedimentos cirúrgicos, atendimento ambulatorial, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT e atos multidisciplinares foi utilizada como referência a média de produção apresentada no relatório anual de procedimentos realizados pelo Hospital, no período 2010 a 2012, comparada aos dados dos Relatórios de Série Histórica de Produção e Faturamento do HMI, produzidos pela SCATS/SES.

Considerando que o HMI é uma Unidade Hospitalar de atendimento referenciado em especialidades nas áreas de ginecologia, obstetrícia e pediatria, com admissão de pacientes mediante encaminhamento do Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, há variação nos procedimentos mensais realizados entre as diversas especialidades oferecidas pela Unidade.

A análise destas condições orientou o Grupo de Trabalho a propor que a meta de produção seria estabelecida por macroindicadores nas áreas cirúrgicas, atendimento ambulatorial, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT e atos multidisciplinares.

Entretanto, o monitoramento e avaliação do cumprimento das metas por macroindicador contemplará também o acompanhamento dos procedimentos realizados por especialidades, não sendo aceitável redução do número de procedimentos apresentados e aprovados pelo DATASUS em relação ao realizado no exercício anterior.

O HMI dispõe de capacidade instalada para realização de procedimentos de cirurgia ginecológica, obstétrica e pediátrica, tanto de urgência quando de caráter eletivo.

Com relação ao atendimento ambulatorial, são as seguintes as especialidades para consultas: Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. O atendimento ambulatorial compreende ainda as consultas e procedimentos realizados pelo Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio-palatinas – CERFIS e pelo Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico oferecidos na Unidade são: Eletrocardiografia, Análises Clínicas, Colposcopia, Excisão extracirúrgica por alça – LEEP, Endoscopia e Anatomia Patológica.

Por meio da Central de Laudos da SES, gerenciada por outra Organização Social, são oferecidos os serviços de diagnóstico por imagem de Radiologia Convencional e Ultrassonografia aos usuários da Unidade, o que justifica a exclusão destes procedimentos deste Contrato de Gestão.

**Quadro II – Meta mensal de atendimentos de Urgência/Emergência - HMI**

PROCEDIMENTO	Meta Contratada		Meta Realizada		Nota
	Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	



Urgência/Emergência	4.100	24.600	5.032	30.189	10
---------------------	-------	--------	-------	--------	----

Fonte: Monitoramento mensal de metas de produção/HMI – AGPOS,2013.

**Quadro III – Meta mensal de procedimentos cirúrgicos, atendimento ambulatorial, SADT e atos multidisciplinares – HMI**

PROCEDIMENTO	Meta Contratada		Meta Realizada		Nota
	Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	
Procedimentos Cirúrgicos	400	2.400	461	2.768	10
Atendimento Ambulatorial Especializado – consultas	6.170	37.020	5.159	30.953	9
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	13.000	78.000	16.896	101.377	10
Atos Multidisciplinares	36.450	218.700	61.872	371.232	10

Fonte: Monitoramento mensal de metas de produção/HMI – AGPOS,2013.

**4.2 Indicadores de Desempenho e Qualidade**

A revisão dos Indicadores de Desempenho e Qualidade do Contrato de Gestão nº 131/2012, considerou a análise de cada um deles, conforme segue:

- Os indicadores de Taxa de Ocupação Hospitalar e de Média de Permanência Hospitalar foram estabelecidos por setor de internação;
- Considerando que a instituição possui pacientes que ficam internados por longa data, aumenta as chances de adquirirem Infecção, necessitando então de um indicador que leve em consideração este perfil de pacientes e que melhor retrate as possíveis intervenções de Prevenção e Controle de IRAS realizadas em cada setor, o indicador de Taxa de Infecção Hospitalar foi substituído pelo indicador de **Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde por setor de internação**;
- Os indicadores de Taxa de Mortalidade Global, Tempo médio de entrega de Resultados de Exames, Índice de Satisfação da Clientela não foram alterados, permanecendo aqueles estabelecidos no Contrato de Gestão;
- O monitoramento da produção e faturamento compõe a Sistemática de Avaliação de Desempenho Institucional, entretanto o Contrato de Gestão não estabeleceu fórmula de cálculo para este indicador. Ficou estabelecido que este indicador considere a razão percentual de evolução de produção e faturamento da Unidade, comparando os resultados obtidos no exercício em monitoramento com os resultados obtidos no exercício anterior.

Os resultados apresentados pelo HMI, no período em monitoramento, está demonstrado no Quadro a seguir:

**Quadro III – Indicadores de Desempenho e Qualidade - HMI**

Indicador		Meta Contratada	Meta Realizada	Nota
1. Taxa de ocupação hospitalar por setor de internação (%)	Observação	90	135	10
	Internação Obstetrícia	90	109	10
	Internação Ginecologia	90	44	5
	Internação Pediatria	90	60	7
	UCI Neonatal	90	84	10
	UTI Neonatal	90	98	10
	UTI Pediátrica	90	98	10
	UTI Materna	50	35	8

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
 Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
 E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808

2. Média de permanência hospitalar por setor de internação (Dia)	Observação	01	01	8
	Internação Obstetrícia	04	05	9
	Internação Ginecologia	03	02	10
	Internação Pediatria	10	07	10
	UCI Neonatal	06	05	10
	UTI Neonatal	40	32	10
	UTI Pediátrica	30	22	10
	UTI Materna	04	04	10
3. Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde por setor de internação (‰)	Internação Obstetrícia	7	6	10
	Internação Ginecologia	11	2	10
	Internação Pediatria	16	3	10
	UTI Pediátrica	50	61	9
	UTI Materna	35	39	10
	UTI Neonatal	50	65	8
	UCI Neonatal	12	6	10
4. Taxa de Mortalidade Global(%)		3,67	2,50	10
5. Razão de evolução da Produção e Faturamento do HMI		<1	0,85	9

Fonte: Monitoramento mensal de metas de produção/HMI – AGPOS, 2012/2013.

### 4.3 Demonstrativo da aplicação das fórmulas de cálculo dos Indicadores:

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Taxa de Mortalidade Global	$Taxa = \frac{\text{Total de óbitos ocorridos no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$
Taxa de ocupação hospitalar por setor de internação	$Taxa = \frac{\text{Total de pacientes/dia no período de 1 mês}}{\text{Total de leitos operacionais/dia no período}} \times 100$
Média de permanência hospitalar por setor de internação	$Média = \frac{\text{Total de pacientes/dia no período de 1 mês}}{\text{Total de pacientes saídos no mesmo período}}$
Densidade de incidência de infecção por setor de internação	$Densidade = \frac{N^\circ \text{ de IRAS no Setor}}{\text{Total de Paciente-dia/Setor}} \times 1000$
Tempo médio de entrega de Resultados de Exames	$Tempo = \frac{\text{Data da solicitação do exame}}{\text{Data de realização do exame}}$
Índice de Resultado Financeiro	$IRS = \frac{\text{Receita total no período}}{\text{Despesa total no mesmo período}}$
Índice de Satisfação da Clientela	$ISC = \frac{\text{Total de avaliação entre bom e ótimo}}{\text{Total de pessoas pesquisadas}} \times 100$
Razão de evolução da Produção e Faturamento do HMI	$Razão = \frac{\sum \text{janeiro/junho do ano em monitoramento}}{\sum \text{janeiro/junho do ano anterior}}$

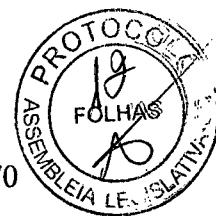
Fonte: Relatório nº 004/2013 -Grupo técnico Portaria nº077/2013 – GAB/SES/GO

### 4.4 Pontuação dos Resultados apresentados

De acordo com a sistemática de monitoramento e avaliação instituída pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, os resultados apresentados pelo HMI obtiveram a seguinte pontuação:

#### Quadro IV – Demonstrativo da Pontuação de Resultados pelo HMI, no período de janeiro a junho/2013.

	Meta	Nota	Média (a)	Peso (b)	Total (c) = (a) x (b)



1. Análise dos Resultados de Cumprimento de Metas de Produção	Meta de Internação	Observação	10	9,5	4	38
		Internação Obstetria	10			
		Internação Ginecologia	8			
		Internação Pediatria	10			
		UCI Neonatal	10			
		UTI Neonatal	10			
		UTI Pediátrica	10			
		UTI Materna	7			
	Meta de Procedimentos Cirúrgicos	10				
	Meta de Atendimento Ambulatorial	9				
	Meta de SADT	10				
	Meta de Atos Multidisciplinares	10				
Urgência e Emergência	10					
2. Análise dos Indicadores de Desempenho	Taxa de ocupação hospitalar	Observação	10	9,3	2	18,6
		Internação Obstetria	10			
		Internação Ginecologia	5			
		Internação Pediatria	7			
		UCI Neonatal	10			
		UTI Neonatal	10			
		UTI Pediátrica	10			
		UTI Materna	8			
	Média de permanência hospitalar	Observação	8			
		Internação Obstetria	9			
		Internação Ginecologia	10			
		Internação Pediatria	10			
		UCI Neonatal	10			
		UTI Neonatal	10			
		UTI Pediátrica	10			
		UTI Materna	10			
	Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	Internação Obstetria	10			
		Internação Ginecologia	10			
		Internação Pediatria	10			
		UCI Neonatal	10			
		UTI Neonatal	8			
		UTI Pediátrica	9			
UTI Materna	9					
Taxa de Mortalidade Global	10					
3. Análise dos Indicadores de Qualidade	Índice de Resultado Financeiro	9	8,5	2	17	
	Índice de Satisfação da Clientela	8				
4. Produção e Faturamento		10	10	2	20	
<b>TOTAL DE PONTOS DOS INDICADORES</b>		-	37,8	-	93,6	
NOTA GLOBAL DA AVALIAÇÃO = $\Sigma (c)/10 =$					9,3	

*up*

*Arata*

*Q*

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os dados coletados e sistematizados neste Relatório demonstram que a Organização Social IGH vem cumprindo satisfatoriamente as obrigações assumidas no Contrato de Gestão nº 131/2012, no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HMI, tendo atingido a nota global de 9,3 (nove vírgula três), que corresponde ao conceito “**MUITO BOM**”, de acordo com a Sistemática de Avaliação de Desempenho Institucional estabelecida pela Portaria nº 404/2012-GAB/SES.

De acordo com o item 6.9. da Cláusula Sexta do Contrato de Gestão nº 131/2012, que estabelece “*As metas e indicadores serão avaliados semestralmente, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até 20% no montante a ser repassado*”, a nota e o conceito resultantes da análise realizada corresponde ao repasse integral dos recursos financeiros para custeio do gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde no HMI.

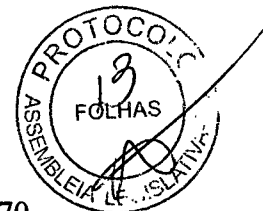
A aplicação da metodologia de monitoramento e avaliação das metas de produção e indicadores de desempenho e qualidade permite constatar seu cumprimento, entretanto, aponta-se as seguintes questões e recomendações que mereceram destaque por parte da COMACG/HMI:

1. Recomenda-se a retomada do estudo sobre o Plano de Metas de Produção do Contrato de Gestão nº 131/2012, no segundo semestre de 2013, para revisão e proposição de novas metas de produção, considerando a necessidade de incremento na oferta de serviços pela unidade para atendimento à demanda crescente por ações e serviços de saúde aos usuários do SUS.
2. Recomenda-se a habilitação e implantação de novos serviços requeridos pela população do Estado, considerando seu perfil de unidade de atendimento de urgência e emergência, de abrangência estadual.
3. Finalmente, recomenda-se a reestruturação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, com a recomposição da equipe, adequação do espaço físico e qualificação das notificações.

Goiânia, Outubro de 2013.

### COMACG/HMI

REPRESENTANTE	UNIDADE	ASSINATURA
Wanessa Carvalho de Souza	AGPOS/SUNAS/SES	<i>Wanessa Carvalho de Souza</i>
Lilian Freire Baeta	SCATS/SES	<i>Lilian Freire Baeta</i>
Fábia Cristina Marques Tavares	HMI/SES	<i>Fábia Cristina Marques Tavares</i>



**ANEXO I**  
**Roteiro para Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão**

a) Obrigações da contratante:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Ñ se aplica	OBS.
Adequada estrutura física		X		
Recursos financeiros	X			
Materiais permanentes		X		
Equipamentos		X		
Instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade.		X		

b) Obrigações da Contratada:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Ñ se aplica	OBS.
Alimentação dos Sistemas de Informação do SUS	X			
Contratação de serviço de Anestesiologia	X			
Alimentação do SIA/SUS e SIH/SUS	X			
Registro atualizado dos atendimentos realizados na Unidade	X			
Documentos de Regularidade Fiscal	X			
Licenças e alvarás atualizados		X		
Registro de dados dos usuários atendidos	X			
Notificação de queixas técnicas e eventos adversos	X			
Pesquisa de Satisfação do Usuário na alta hospitalar	X			
Atendimento a sugestões, queixas e reclamações de usuários		X		
Serviço de Atendimento ao Usuário		X		
Registro de encaminhamentos de usuários realizados	X			
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	X			
Núcleo de Manutenção Geral	X			
Núcleo de Engenharia Clínica	X			
Serviço de Gerenciamento de Riscos e Resíduos		X		
Regulamento de Recursos Humanos publicado	X			
Regulamento de Aplicação de Recursos Financeiros publicado		X		
Regulamento de Aquisição de bens e serviços publicado	X			
Segurança patrimonial e pessoal na Unidade	X			
% de recursos públicos repassados com folha de pagamento	X			
% de servidores efetivos da SES na Unidade	X			
Programa de Saúde no Serviço Público (Dec. 5.757, de 21/05/03)	X			

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
 Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
 E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808

Programa de Capacitação de RH		X		
-------------------------------	--	---	--	--

c) Da Prestação de Contas:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Ñ se aplica	OBS.
Comparativo de metas propostas e resultados alcançados	X			
Demonstrativos financeiros: receitas e despesas realizadas	X			
a) Relatórios Contábeis e Financeiros	X			
b) Relatórios de cumprimento de metas	X			
c) Relatórios referentes aos indicados de desempenho e qualidade	X			
d) Relatório de custos		X		
e) Censo de origem dos usuários atendidos	X			
f) Pesquisa de satisfação de usuários e acompanhantes	X			
g) Relação de servidores SES em funções de assessoria ou direção	X			
h) Relatório sobre os bens constantes do Termo de Permissão de Uso	X			

d) Princípios e diretrizes do SUS:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Ñ se aplica	OBS.
Atendimento exclusivo aos usuários SUS	X			
a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde prestados x regulação	X			
b) Integralidade da assistência x capacidade instalada	X			
c) Política Nacional de Humanização: acolhimento com classificação de risco		X		
d) Resolubilidade do serviço ofertado ao usuário do SUS	X			
e) Índices de satisfação dos usuários	X			
f) Gestão baseada em sistema de metas e indicadores de desempenho e qualidade	X			
g) Habilitação de novos serviços no Ministério da Saúde				
h) Certificação da qualidade em saúde		X		

e) Direitos do usuário:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Ñ se aplica	OBS.
a) Manter atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico, considerando os prazos previstos em lei.	X			
b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.	X			
c) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.				

*up*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



d) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.	X			
e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.	X			
f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.	X			
g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.	X			
h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.	X			
i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.				

f) Relatório de alta hospitalar:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Ñ se aplica	OBS.
a) Nome do usuário.		X		
b) Nome da Unidade.		X		
c) Motivo da internação (CID-10).			X	
d) Data de admissão e data da alta.		X		
e) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.		X		
f) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.		X		
g) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".		X		
h) Ciência do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.		X		
i) Informe hospitalar arquivado no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.		X		

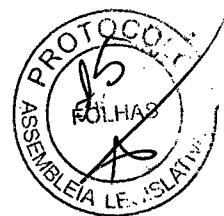
*Handwritten signatures and initials:*  
 up  
 Santa  
 J



## **ANEXO II: DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**

Planilha de Monitoramento de Produção.....	26
Relação de empresas contratadas pelo IGH para prestação de serviços.....	23
Relatório de Contratos Firmados.....	33
Relação de Melhorias realizadas no HMI.....	41
Relação de Equipamentos a Serem Adquiridos.....	47
Sistema de Gestão Hospitalar – SYSHOSP.....	51
Cópia de Notificações e Eventos Adversos.....	55
Notificação do Corpo de Bombeiros.....	72
Avaliação de Satisfação da Clientela – Pesquisa CERPES.....	75
Percentual de Satisfação do Cliente.....	88
Relatório de Prazo de Entrega de Laudos.....	92
Produção Física/ Financeira.....	93
Espelho da Última Alimentação do SIA/SUA (Faturamento).....	95
Regulamento de Recursos Humanos.....	111
Regulamento Para Contratação de Obras, Serviços, Compras e Alienações.....	115
Manual de Conduta em Mídias Sociais.....	119
Quantitativo de Profissionais e Salários.....	139
Relatório Semestral das Capacitações.....	142
Esclarecimentos da Prestação de Contas.....	144
Receita e Despesa do Período Monitorado.....	146
Relação de Comissões Instituídas e a Serem Criadas.....	148

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808



Protocolo de Resíduos FIDI.....	178
Registro DRT (Segurança do Trabalho).....	180
Ofício nº369/2013 – SUNAS/SES-GO.....	191

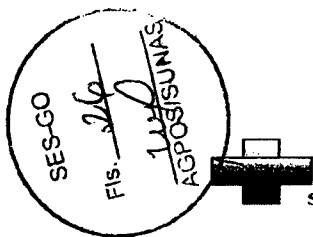
**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde**  
**Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**  
 Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270  
 E-mail: agpos.ses@gmail.com Telefone: (62) 3201-3808

**RELAÇÃO DE EMPRESAS CONTRATADAS PELO IGH PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

<b>EMPRESA CONTRATADA</b>	<b>SERVIÇO PRESTADO</b>
GA Informática Ltda	Implantação de Software Syshosp
GA Informática Ltda	Manutenção de Software Syshosp
Bastidores – Assessoria e Eventos Ltda	Prestação de Serviços de Assessoria de Comunicação fixa para o HMI
PVC Prioto – Treinamentos Administrativos ME	Prestação de Serviços Profissionais de Treinamento e Serviços de Apoio de Governança Hospitalar
Bionexo do Brasil Ltda	Plataforma para realização de compras de medicamentos, materiais médico hospitalares e outros insumos
Bicrear Consultoria Ltda	Consultoria e Assessoria em terapia nutricional com a proposição de dietoterapias
S & F Administração e Assessoria Ltda	Gestão de Controle, avaliação de desempenho de metas, gestão a vista, faturamento, busca e habilitação de serviços não cadastrados
Auto Posto Walter Santos Ltda	Fornecimentos de combustíveis para veículos automotores
La Bahia – Laboratórios de Análises Clínicas Ltda	Serviços Laboratoriais de análises clínicas a pacientes internados, ambulatoriais ou de urgência e emergência
Coopanest – Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas de Goiás	Prestação de Serviços Médicos de Anestesiologia aos pacientes do HMI
Dino Sani Brito de Freitas	Construção de Estrutura física para laboratório de análises clínicas
RGV Consultoria Ltda	Locação de Produtos de Informática e Prestação de Serviços de Suporte Técnico aos Equipamentos Locados
Gasball Armazenadora e distribuidora Ltda	Fornecimento de Gás Liquefeito de Petróleo - GLP
Copysystems – Copiadoras e Sistemas e serviços Ltda	Contrato de Prestação de Serviços de Impressão e Comodato de Impressoras
Tecnomed Ind. E Com. De Produtos Nutricionais Ltda	Fornecimento de Nutrição Parenteral



Aditivo Contratual Dino Sani Brito de Freitas	Construção de Estrutura Física para Laboratório de Análises Clínicas
Universal Comércio e Serviços de Telecomunicações Ltda	Prestação de Serviços de Assistência Técnica em Central Telefônica
First Play Produções Ltda	Implantação da Programação da TV Saúde
Dinatec Indústria e Comércio Ltda	Locação Instalação e Manutenção Preventiva e Corretiva dos Equipamentos Necessários ao Fornecimento de Ar Comprimido Medicinal
Globo Soluções Ambientais Ltda	Prestação de Serviços de Coleta, Transporte, Tratamento e Destinação Final de Resíduos Líquidos e Sólidos de Saúde
Caribe Gourmet Comércio de Alimentos Ltda	Prestação de Serviços de Alimentação e Nutrição, com Fornecimento de Refeições, Serviços e Insumos Necessários a Elaboração, Preparo e Distribuições de Refeições
D & F empreendimentos Locação e Serv. Ltda	Locação de Veículos
TRS Terapia Renal Substitutiva Ltda	Prestação de serviços de hemodiálise com recursos humanos especializados e materiais necessários ao tratamento hemodialítico em UTI
Cecília Martinhon Arquitetura e Interiores Ltda ME	Serviços na área de arquitetura
Notuscont Instrutoria e Gestão Ltda	Serviços de manutenção geral com fornecimento de mão de obra especializada
IBG – Indústria Brasileira de Gases Ltda	Fornecimento de Oxigênio Líquido, cilindros e assistência técnica
IBG – Indústria Brasileira de Gases Ltda	Fornecimento de demais gases medicinais, cilindros e assistência técnica
Fortesul Serviços Especiais de Vigilância e Segurança Ltda	Vigilância Armada e Desarmada
Fortesul Manutenção e Serviços Ltda	Serviços de higienização hospitalar
Comodato – Medcommerce Comercial de Medicamentos e Produtos Hospitalares Ltda	Fornecimento de equipamentos de infusão parenteral, enteral e fotossensível. Modelo LF 2001
BR GAAP Contabilidade	Plataforma de contabilidade de prestação de contas
Araguaia Contêineres e Módulos Habitáveis Ltda ME	Aluguel de contêineres



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



**GOV. DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

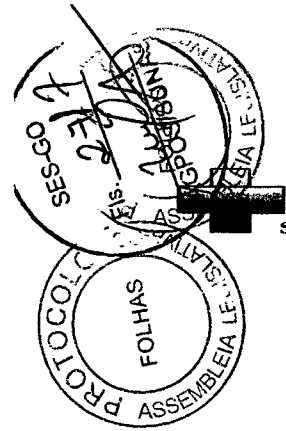
## HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI

Monitoramento da Produção - Leitos

Leitos	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho	
	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Observação	486	551	486	606	486	593	486	558	486	516	486	461
Internação Obstetrícia	243	305	243	247	243	263	243	245	243	281	243	251
Internação Ginecologia	108	88	108	73	108	79	108	113	108	74	108	88
Internação Pediatria	103	98	103	88	103	108	103	100	103	76	103	126
UCI Neonatal	99	268	99	217	99	224	99	193	99	153	99	136
UTI Neonatal	5	10	5	4	5	7	5	7	5	10	5	10
UTI Pediátrica	9	16	9	14	9	20	9	9	9	11	9	16
UTI Materna	37	29	37	27	37	32	37	16	37	23	37	22
<b>TOTAL</b>	<b>1.090</b>	<b>1.365</b>	<b>1.090</b>	<b>1.276</b>	<b>1.090</b>	<b>1.326</b>	<b>1.090</b>	<b>1.241</b>	<b>1.090</b>	<b>1.144</b>	<b>1.090</b>	<b>1.110</b>

Leitos	Média Mensal			Total Semestral		
	Meta	Realizado	Nota	Meta	Realizado	Nota
Observação	486	548	10	2.916	3.285	10
Internação Obstetrícia	243	265	10	1.458	1.592	10
Internação Ginecologia	108	86	8	648	515	8
Internação Pediatria	103	99	10	618	596	10
UCI Neonatal	99	199	10	594	1.191	10
UTI Neonatal	5	8	10	30	48	10
UTI Pediátrica	9	14	10	54	86	10
UTI Materna	37	25	7	222	149	7
<b>TOTAL</b>	<b>1.090</b>	<b>1.244</b>	<b>10</b>	<b>6.540</b>	<b>7.462</b>	<b>10</b>





**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



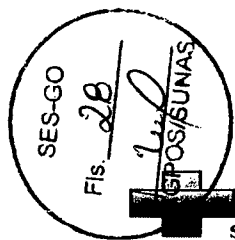
**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

## HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI

Monitoramento da Produção - Urgências/Emergências

Internações	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho	
	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Urgências/Emergências	4.100	4.658	4.100	5.234	4.100	5.254	4.100	4.965	4.100	5.070	4.100	5.008
<b>TOTAL</b>	<b>4.100</b>	<b>4.658</b>	<b>4.100</b>	<b>5.234</b>	<b>4.100</b>	<b>5.254</b>	<b>4.100</b>	<b>4.965</b>	<b>4.100</b>	<b>5.070</b>	<b>4.100</b>	<b>5.008</b>

Internações	Média Mensal			Total Semestral		
	Meta	Realizado	Nota	Meta	Realizado	Nota
Urgências/Emergências	4.100	5.032	10	24.600	30.189	10
<b>TOTAL</b>	<b>4.100</b>	<b>5.032</b>	<b>10</b>	<b>24.600</b>	<b>30.189</b>	<b>10</b>



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



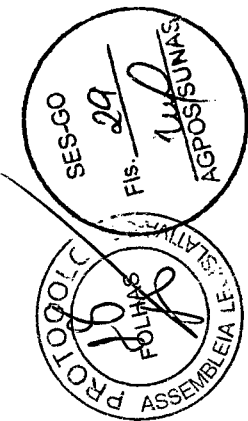
**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

## HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI

Monitoramento da Produção

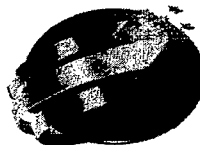
Leitos	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho	
	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Procedimentos Cirúrgicos	400	506	400	422	400	458	400	447	400	439	400	496
Atendimento Ambulatorial Especializado – Consultas	6.170	4.710	6.170	5.324	6.170	5.467	6.170	5.966	6.170	4.549	6.170	4.937
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	13.000	15.832	13.000	15.573	13.000	18.116	13.000	17.166	13.000	16.215	13.000	18.475
Atos Multidisciplinares	36.450	57.461	36.450	64.536	36.450	67.458	36.450	53.885	36.450	65.812	36.450	62.080

Leitos	Média Mensal			Total Semestral		
	Meta	Realizado	Nota	Meta	Realizado	Nota
Procedimentos Cirúrgicos	400	461	10	2.400	2.768	10
Atendimento Ambulatorial Especializado – Consultas	6.170	5.159	9	37.020	30.953	9
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	13.000	16.896	10	78.000	101.377	10
Atos Multidisciplinares	36.450	61.872	10	218.700	371.232	10



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



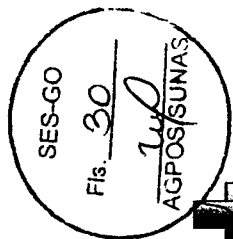
**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI**  
Monitoramento - Média de Permanência (dia)

Média de Permanência (dia)	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio	
	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Observação	1	1,46	1	0,98	1	1,32	1	1,61	1	1,25
Internação Obstetrícia	4	4,01	4	4,81	4	5,36	4	4,38	4	4,17
Internação Ginecologia	3	1,96	3	1,87	3	1,56	3	1,93	3	1,94
Internação Pediatria	10	6,51	10	6,26	10	6	10	6,05	10	7,47
UCI Neonatal	6	5,08	6	5,56	6	5,54	6	4,63	6	3,8
UTI Neonatal	40	24,8	40	55,75	40	35,14	40	29,38	40	23,8
UTI Pediátrica	30	19,26	30	19,93	30	16,05	30	32,89	30	25
UTI Materna	4	3,27	4	3,85	4	4,24	4	5,72	4	4,13

Média de Permanência (dia)	Junho		Média Mensal			Total Semestral		
	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Nota	Meta	Realizado	Nota
Observação	1	1,47	1	1	8	6	8	8
Internação Obstetrícia	4	4,33	4	5	9	24	27	9
Internação Ginecologia	3	1,82	3	2	10	18	11	10
Internação Pediatria	10	6,98	10	7	10	60	39	10
UCI Neonatal	6	3,7	6	5	10	36	28	10
UTI Neonatal	40	23,1	40	32	10	240	192	10
UTI Pediátrica	30	18,25	30	22	10	180	131	10
UTI Materna	4	5,1	4	4	10	24	26	10





**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

## HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI

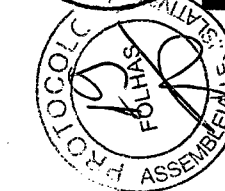
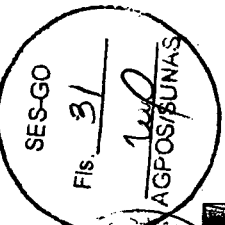
Monitoramento - Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Densidade de IRAS	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio	
	Meta (‰)	Realizado	Meta (‰)	Realizado	Meta (‰)	Realizado	Meta (‰)	Realizado	Meta (‰)	Realizado
Internação Obstetrícia	7	4	7	2	7	8	7	8	7	8
Internação Ginecologia	11	6	11	8	11	0	11	0	11	0
Internação Pediatria	16	6	16	0	16	0	16	5	16	5
UCI Neonatal	12	7	12	0	12	0	12	8	12	10
UTI Neonatal	50	77	50	66	50	29	50	72	50	73
UTI Pediátrica	50	52	50	47	50	52	50	71	50	70
UTI Materna	35	42	35	20	35	32	35	49	35	52

Densidade de IRAS	Junho		Média Mensal			Total Semestral		
	Meta (‰)	Realizado	Meta (‰)	Realizado	Nota	Meta (‰)	Realizado	Nota
Internação Obstetrícia	7	8	7	6	10	42	38	10
Internação Ginecologia	11	0	11	2	10	66	14	10
Internação Pediatria	16	5	16	3	10	96	21	10
UCI Neonatal	12	10	12	6	10	72	35	10
UTI Neonatal	50	74	50	65	8	300	392	8
UTI Pediátrica	50	72	50	61	9	300	364	9
UTI Materna	35	38	35	39	10	210	232	10

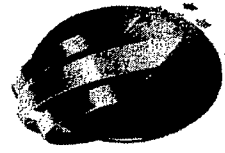
(\*) Não foram encontrados índices de Incidência de Infecção Relacionadas à Assistência a Saúde, neste períodos





**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



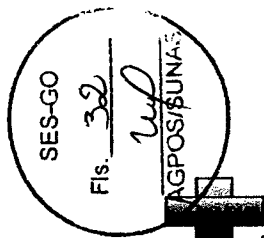
**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

## HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI

### Monitoramento - Taxa de Ocupação

Taxa de Ocupação	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio	
	Meta (%)	Realizado	Meta (%)	Realizado	Meta (%)	Realizado	Meta (%)	Realizado	Meta (%)	Realizado
Observação	90	144	90	117	90	139	90	164	90	118
Internação Obstetrícia	90	109	90	115	90	124	90	104	90	102
Internação Ginecologia	90	44	90	39	90	37	90	57	90	40
Internação Pediatria	90	51	90	53	90	57	90	74	90	66
UCI Neonatal	90	102	90	89	90	89	90	70	90	85
UTI Neonatal	90	100	90	100	90	99	90	98	90	96
UTI Pediátrica	90	93	90	100	90	104	90	99	90	97
UTI Materna	50	32	50	36	50	45	50	34	50	31

Taxa de Ocupação	Junho		Média Mensal			Total Semestral		
	Meta (%)	Realizado	Meta (%)	Realizado	Nota	Meta (%)	Realizado	Nota
Observação	90	129	90	135	10	540	813	10
Internação Obstetrícia	90	102	90	109	10	540	656	10
Internação Ginecologia	90	45	90	44	5	540	262	5
Internação Pediatria	90	61	90	60	7	540	362	7
UCI Neonatal	90	70	90	84	10	540	505	10
UTI Neonatal	90	96	90	98	10	540	589	10
UTI Pediátrica	90	97	90	98	10	540	589	10
UTI Materna	50	34	50	35	8	300	211	8



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



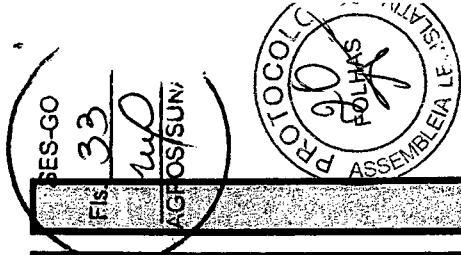
**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

## HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI

Monitoramento - Indicadores Qualitativos

INDICADOR	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio	
	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Taxa de Mortalidade Global	3,67%	1,70%	3,67%	1,98%	3,67%	1,87%	3,67%	1,53%	3,67%	4,54%

INDICADOR	Junho		TOTAL	
	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Taxa de Mortalidade Global	3,67%	3,37%	3,67%	2%



Contrato Gestão: 131-2012-SES-GO

Executora Contrato: INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

Período:

Endereço:

NOME CONTRATO

ASA NORTE CONSULT. E ASS. NA GESTÃO DE NEGÓCIOS LTDA

GA INFORMÁTICA LTDA

GA INFORMÁTICA LTDA

BASTIDORES - ASSESSORIA E EVENTOS LTDA

ADITIVO - FREIRE ITAPARICA ADVOGADOS ASSOCIADOS

PVC PRIOTO - TREINAMENTOS ADMINISTRATIVOS ME

BIONEXO DO BRASIL LTDA

BICREAR CONSULTORIA LTDA

S & F ADMINISTRAÇÃO E ASSESSORIA LTDA

AUTO POSTO WALTER SANTOS LTDA

LABAHIA - LABORATORIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA

COOPANEST - COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DE GOIÁS

DINO SANI BRITO DE FREITAS

RGV CONSULTORIA LTDA

GASBALL ARMAZENADORA E DISTRIBUIDORA LTDA

COPYSYSTEMS - COPIADORAS E SISTEMAS E SERVIÇOS LTDA

TECNOMED IND. E COM. DE PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA

ADITIVO CONTRATUAL DINO SANI BRITO DE FREITAS

UNIVERSAL COMERCIO E SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA

FIRST PLAY PRODUÇÕES LTDA

DINATEC INDUSTRIA E COMERCIO LTDA

GLOBO SOLUÇÕES AMBIENTAIS LTDA

CARIBE GOURMET COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA

D & F EMPREENDIMENTOS LOCAÇÃO E SERV. LTDA

ADITIVO CONTRATUAL FREIRE ITAPARICA ADVOGADOS ASSOCIADOS

TRS TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA LTDA

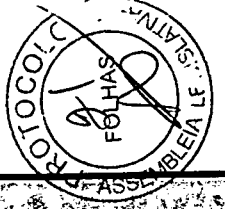
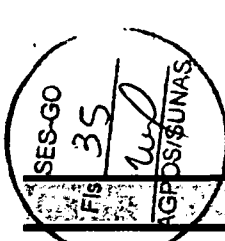
CECILIA MARTINHOM ARQUITETURA E INTERIORES LTDA ME

NOTUSCONT INSTRUTORIA E GESTÃO LTDA

SES-GO  
34  
BRZESINSKI ASSOCIADOS S/S

IBG-INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA
IBG-INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA
FORTESUL SERVIÇOS ESPECIAIS DE VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA.
FORTESUL MANUTENÇÃO E SERVIÇOS LTDA.
COMODATO - MEDCOMERCE COMERCIAL DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.
BR GAAP CONTABILIDADE
BRZEZINSKI ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S
ARAGUAIA CONTÊINERES E MÓDULOS HABITÁVEIS LTDA.-ME
TOTAL

Valor Total



**ANEXO VI**

**RELATÓRIO DE CONTRATOS FIRMADOS NO F**

**OBJETO**

- GESTÃO E CONSULTORIA EXECUTIVA
- IMPLANTAÇÃO DE SOFTWARE SYSHOSP
- MANUTENÇÃO DE SOFTWARE SYSHOSP
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACESSORIA DE COMUNICAÇÃO FIXA PARA O HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA JURÍDICA E ADVOCACIA CONTENCIOSA
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS DE TREINAMENTO E SERVIÇOS DE APOIO DE GOVERNANÇA HOSPITALAR
- PLATAFORMA PARA REALIZAÇÃO DE COMPRAR DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES E OUTROS INSUMOS
- CONSULTORIA E ACESSORIA EM TERAPIA NUTRICIONAL COM A PROPOSIÇÃO DE DIETOTERAPIAS
- GESTÃO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE METAS, GESTAO A VISTA, FATURAMENTO, BUSCA E HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS NÃO CADASTRADOS
- FORNECIMENTO DE COMBUSTIVEIS PARA VEÍCULOS AUTOMOTORES
- SERVIÇOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS A PACIENTES INTERNADOS, AMBULATORIAIS OU DE URGENCIA E EMERGENCIA
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIOLOGIA AOS PACIENTES DO HMI
- CONSTRUÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA PARA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- LOCAÇÃO DE PRODUTOS DE INFORMÁTICA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SUPORTE TÉCNICO AOS ESQUIPAMENTOS LOCADOS
- FORNECIMENTO DE GÁS LIQUEFEITO DE PRETOLÉO - GLP
- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE IMPRESSÃO E COMODATO DE IMPRESSORAS
- FORNECIMENTO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL
- CONSTRUÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA PARA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA TÉCNICA EM CENTRAL TELEFONICA
- IMPLANTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA TV SAÚDE
- LOCAÇÃO INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS AO FORNECIMENTO DE AR COMPRIMIDO MEDICINAL
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA, TRANSPORTE, TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL DE RESIDUOS LIQUIDOS E SÓLIDOS DE SAÚDE
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, COM FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES, SERVIÇOS E INSUMOS NECESSÁRIOS A ELABORAÇÃO, PREPARO E DISTRIBUIÇÕES DE REF
- LOCAÇÃO DE VEÍCULOS
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA JURÍDICA E ADVOCACIA CONTENCIOSA
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE COM RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO EM UTI
- SERVIÇOS E CONSULTORIAS QUE ENGLOBEM ÁREA DE ARQUITETURA
- SERVIÇO DE MANUTENÇÃO GERAL COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA ESPECIALIZADA



SES-GO  
36  
POS/SUN/

FORNECIMENTO DE OXIGÊNIO LÍQUIDO, CILINDROS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

FORNECIMENTO DE DEMAIS GASES MEDICINAIS, CILINDROS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

VIGILÂNCIA ARMADA E DESARMADA

SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR.

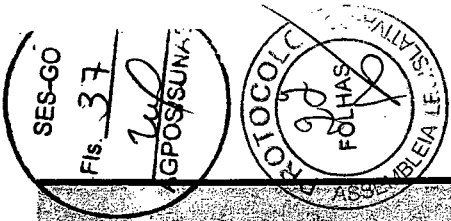
FORNECIMENTO DE EQUIPOS DE INFUSÃO PARENTERAL, ENTERAL E FOTOSSENSÍVEL. MODELO LF 2001.

PLATAFORMA DE CONTABILIDADE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

CONSULTORIA E ASSESSORIA, ADMINISTRATIVA E CONTENCIOSA, JUDICIAL E EXTRA JUDICIAL

ALUGUEL DE CONTAINERS

Assinatura do Responsável



CNPJ: 14.858.670/0001-33

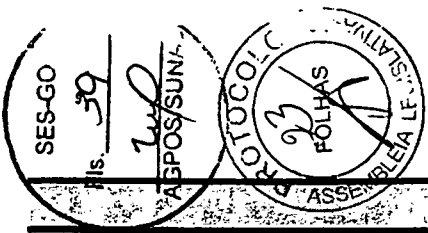
VIGENCIA

15.06.2012 À 15.06.2013
01.07.2012
01.07.2012 À 01.07.2013
07.08.2013 À 07.08.2013
10.07.2013
16.07.2012 À 16.07.2013
18.07.2012
01.08.2012 À 01.02.2013
01.08.2012 À 01.08.2013
10.06.2013
15.08.2012 À 15.08.2013
23.08.2013 À 22.08.2014
27.08.2012
27.08.2012 À 27.08.2013
27.08.2012 À 27.08.2013
01.09.2012 À 01.09.2014
03.09.2012 À 11.01.2013
27.09.2012
27.09.2012 À 27.09.2013
01.10.2012 À 01.10.2013
01.10.2012 À 01.01.2013
01.10.2012 À 01.10.2013
07.10.2012 À 07.10.2013
<b>DISTRATO EM 07.08.2013</b>
10.10.2012 (TEMPO INDETERMINADO)
22.10.2012 À 22.10.2013
23.10.2012 À 23.10.2013
01.11.2012 À 01.11.2013



SES-GO  
FIS. 38  
10/09/2013  
POS/SUNA

08.11.2012 À 08.11.2017
08.11.2012 À 08.11.2017
13.07.2013
14.07.2013
05.08.2013
18.12.2012
15.07.2013 À 14.07.2013
16.07.2013 (TEMPO INDETERMINADO)



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] ANO

[REDACTED]

[REDACTED] VALOR

R\$ 20.000,00 MENSAIS
360.000,00
R\$ 15.000,00 MENSAIS
R\$ 6.000,00 MENSAIS
R\$ 20.000,00 MENSAIS
R\$ 4.600,00 MENSAIS
R\$ 25.000,00 (IMPLANTAÇÃO E TREINAMENTO), R\$ 3.500,00 MENSAIS (LICENÇA DE USO DA PLATAFORMA), R\$ 230,00 (MANUTENÇÃO - HORA TÉCNICA TRABALHADA)
R\$ 28.000,00 MENSAIS
R\$ 5.000,00 MENSAIS
R\$ 2,68 (LITRO GASOLINA COMUM); R\$ 2,88 (LITRO GASOLINA V-POWER); R\$ 1,79 (LITRO ETANO COMUM); R\$ 2,34 (LITRO DIESEL COMUM)
R\$ 218.985,00 (RECEITA MÍNIMA GARANTIDA)
CONFORME TABELA EM ANEXO
30.000,00
R\$ 4.200,00 MENSAIS
R\$ 2,30 POR CADA KG
R\$ 3.200,00 MENSAIS
CONFORME TABELA EM ANEXO
3.250,00
R\$ 490,00 MENSAIS
NÃO ONEROSO
R\$ 5.000,00 MENSAL
R\$ 1,40 (POR KG DE RESÍDUO COLETADO)
R\$ 276.541,50 MENSAIS (VALOR BASE MENSAL)
R\$ 1.400,00 MENSAIS
R\$ 15.000,00 MENSAIS
R\$ 350 POR SESSÃO DE HEMODIÁLISE
R\$ 6.000,00 MENSAIS
R\$ 67.711,86 MENSAIS

SES-GO  
40  
AG 18/05/2014

CONFORME TABELA EM ANEXO

CONFORME TABELA EM ANEXO

254.648,17

R\$ 12.000,00 (DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO SOFTWARE) E R\$ 1.200,00 (MANUTENÇÃO MENSAL)

R\$ 20.000,00 MENSAIS

CONFORME TABELA EM ANEXO





Hospital Materno Infantil

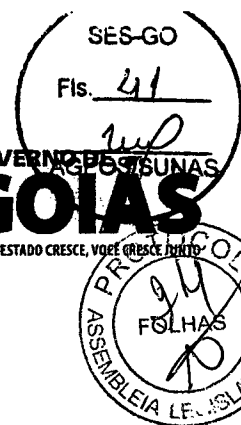
**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE GOIÁS  
**GOIÁS**  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE JUNTO



Ofício nº 166/2013-DG/HMI/IGH

Goiânia, 25 de setembro de 2013.

À Senhora  
Edna Maria Covem.  
Assessora Técnica da Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais-  
AGPOS/SUNAS/SES  
Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz  
Goiânia-GO- CEP 74.860-270

Assunto: Documentações Solicitadas /AGPOS / SUNAS.

Senhora Assessora,

Após cumprimentá-la cordialmente, encaminhamos em anexo cronograma de melhorias realizadas no 1º Semestre de 2013, para a finalização do **Relatório da COMACG**.

Estamos à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos, que porventura sejam necessários.

Atenciosamente,

  
Leilian Cristina Pastorello  
Gerente Administrativa

HMI / IGH

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fls. 42  
*[Signature]*  
**GOV. DO ESTADO DE GOIÁS**  
GOIÁS  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

## Melhorias realizadas no Hospital Materno Infantil

- Reforma da UCIN;
- Aquisição de equipamentos médico-hospitalares;
- Implantação de sistema de gestão hospitalar;
- Habilitação da Maternidade de Alto Risco;
- Implantação de biometria para controle de frequência;
- Implantação de Sistema de monitoramento eletrônico;

Plano de ação	Setor responsável	Prazo proposto	Status atual
Educação continuada: Participação no curso de processamento e controle de qualidade do LHO	Banco de Leite	Em andamento	Realizado
Semana Nacional de amamentação	Banco de Leite	01 a 07 de agosto	Realizado
Divulgação do Dia da Doação do Leite	Banco de Leite	19/05/13	Realizado
Abertura de 1 sala	Centro Cirúrgico	Julho	Realizado
Reorganizar os kits cirúrgicos	Centro Cirúrgico	Em andamento	Realizado
Organizar a entrada de pacientes	Centro Cirúrgico	Em andamento	Realizado
Negociar com fornecedoras os produtos curva A e B	Compras	Setembro	Realizado
Remanejar controle do estoque da Nutrição	Compras	Agosto	Realizado
Reduzir a taxa de infecção de corrente sanguínea	C.C.I.H	Julho	Realizado
Reduzir a taxa de infecção do trato urinário (ITU)	C.C.I.H	Julho	Realizado



Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fls. 43  
GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
HOSSO ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE JUNTO



Reduzir a taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)	C.C.I.H	Julho	Realizado
Treinamento de recepcionistas, telefonistas e segurança no trato com a imprensa	Comunicação	Até 12 de agosto	Realizado
Reunião de integração: Comunicação/Qualidade/Coordenadores de Áreas	Comunicação	Julho	Realizado
Educação continuada	Enfermagem	Imediato	Realizado
PIC e CVC	Enfermagem	Julho	Realizado
Manipulação de equipamentos	Enfermagem	Imediato	Realizado
Destacar os elogios aos setores e/ou colaboradores	Gerência de Qualidade	Imediato	Realizado
Reuniões mensais com os setores	Gerência de Qualidade	Julho	Realizado
Manutenção do maquinário	Lavanderia	Em andamento	Realizado
Desinterdição da Caldeira	Lavanderia	Em andamento	Realizado
Implantação do ponto eletrônico	Recursos Humanos	IGH: Em funcionamento Estatutários : Início em setembro	Realizado
Reuniões mensais com motoristas	Transporte	A partir de junho	Realizado
Treinamento de higienização das ambulâncias	Transporte	Até junho	Realizado
Contratação de motoristas	Transporte	Imediato	Realizado



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE GOIÁS  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fls. 44  
*[Handwritten signature]*

Goiânia, 18 de junho de 2013

## HMI CONCLUI REFORMA NA UCIN

Após passar por uma ampla reforma, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (Ucin) do Hospital Materno Infantil (HMI) volta a funcionar amanhã, 19 de junho, em seu local de origem. Na unidade, que estava funcionando de forma temporária no espaço da UTI Materna, é prestada assistência de média e alta complexidade em neonatologia 24 horas por dia.

Com 22 leitos à disposição do hospital, foram investidos nessa reforma R\$ 60 mil em reparos hidráulicos, prediais, elétricos e na instalação de novos aparelhos de ar condicionado, com o intuito de oferecer melhores condições de alojamento aos pacientes e de trabalho aos profissionais.

A Ucin é voltada para o tratamento intensivo de bebês com risco de morte por problemas congênitos ou com prematuridade significativa para as funções respiratórias, renais, hepáticas, nutricionais e cognitivas, entre outras. Durante os dois meses que ficam na unidade, respiração e alimentação são induzidas e o monitoramento das funções vitais é constante. O objetivo é a estabilização do paciente para que, posteriormente, possa ser encaminhado para as enfermarias.

### INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO

#### Em Goiânia:

#### Assessoria de Comunicação do HMI:

Jornalista DORIS COSTA – (62) 9293.32.40

Jornalista TAYSA LARA – (62) 8476.23.70

Jornalista YASMINE DE PAIVA – (62) 8108.08.60

E-mail: [comunicacao.hmi@igh.org.br](mailto:comunicacao.hmi@igh.org.br)

Site: [www.igh.org.br](http://www.igh.org.br)



Hospital Materno Infantil

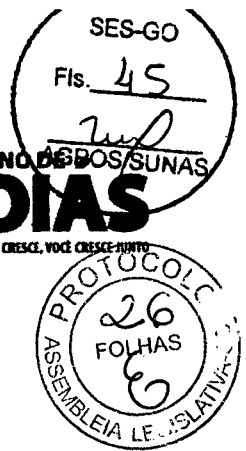
**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DO  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE JUNTO



## HMI RECEBE CERTIFICADO "ANÁLISE SAÚDE 2013"

O HMI é destaque na edição de 2013 do anuário Análise Saúde, onde foi apontado como referência na especialidade de Mastologia. A certificação foi concretizada por meio de um levantamento feito pela Análise Editorial - editora responsável pela publicação - em entrevistas realizadas com cerca de mil médicos de diversas especialidades. O anuário, o mais completo levantamento feito no Brasil a despeito dos médicos e hospitais mais admirados do país, traz o perfil de 100 hospitais e 2 mil médicos que atuam em 50 especialidades e em mais de 80 cidades brasileiras. Em um país com cerca de 400 mil médicos é um feito impressionante fazer parte desse seletivo grupo.

### **INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO**

#### **Em Goiânia:**

#### **Assessoria de Comunicação do HMI:**

Jornalista DORIS COSTA – (62) 9293.32.40

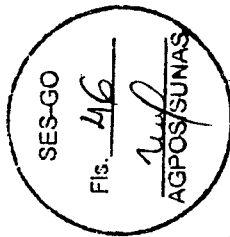
Jornalista TAYSA LARA – (62) 8476.23.70

Jornalista YASMINE DE PAIVA – (62) 8108.08.60

E-mail: [comunicacao.hmi@igh.org.br](mailto:comunicacao.hmi@igh.org.br)

Site: [www.igh.org.br](http://www.igh.org.br)





# HMI - HOSPITAL MATERNO INFANTIL

## A MAIOR TRANSFORMAÇÃO DA HISTÓRIA DA SAÚDE EM GOIÁS ESTÁ SÓ COMEÇANDO.

### ATENDIMENTO

- Urgência e emergência 24 horas
- 187 leitos, sendo 28 para UTI e 22 para Ucin (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)
- Novo laboratório de análises clínicas
- Redução de 7 para até 3 horas na entrega de exames, com meta definida para menos de 1 hora
- Centro de Reabilitação de Fissurados (Cerfis)
- 21.000 crianças atendidas no Pronto Socorro, 12.000 internações e 37.000 consultas até outubro 2012

### OBRAS

- Pintura e revitalização da fachada
- Instalação de TV Corporativa
- Instalação de piso adequado nas rampas, escadas e áreas de circulação
- Criação da Sala de Acolhimento para pacientes em alta hospitalar
- Reforma total do laboratório de análises clínicas, com intervenções na estrutura física e incorporação de novos equipamentos com tecnologia avançada

### NOVIDADES

- Novo Serviço de Nutrição
- Implantação do Programa de Trainees
- Informatização do Hospital
- Troca da central telefônica
- Implantação da plataforma de Compras

### CONQUISTAS

- Banco de Leite credenciado pelo IberBLH
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Atendimento à Gestante de Alto Risco, habilitada pelo Ministério da Saúde
- Redução de 50% nas taxas de mortalidade e infecção hospitalar
- R\$ 1.573.194,02 investidos em materiais, medicamentos e insumos específicos desde julho de 2012



Foto atual do HMI, Hospital do Governo de Goiás.

**R\$ 599 MILHÕES APLICADOS EM CUSTEIO E INVESTIMENTO NOS ÚLTIMOS 2 ANOS**

**NOS HOSPITAIS DO GOVERNO DE GOIÁS.**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**



**GOVERNO DE GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



Fis. 47  
AGPRO/SUNAS  
**GOIÁS**  
GOVERNO DE  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO



# Relação de Equipamentos a serem adquiridos para completar a Unidade;

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DO  
ESTADO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fls. 48  
140

### Relação de Equipamentos a serem adquiridos para completar a Unidade;

Quantidade	Descrição
6	Pares de suporte de braço
2	Máscara laríngea
8	Escadinha
8	Suporte de Soro
4	Relógio parede
1	Eletrocautério(P/ LEEP/CAF)
10	Pinça Kocher reta e curva
10	Ambus – adulto + pediátrico + neonatal
4	Canetas de bisturi
10	Bandejas de inox 30x40
10	Cuba redonda
10	Cuba rim
10	Válvula supra-púbica
50	Pinça backhaus
10	Cabo de bisturi nº 4 e 3
100	Pinça anatômica nº 14,16,18
2	Caixa de otorrino + 2
4	Cardiotocógrafo
2	Foco
5	Macas ambulatório
3	Caixa de cirurgia para histerectomia vaginal
85	Camas para enfermaria
85	Colchões para enfermaria
1	Mesa de parto
1	Cadeira de parto
50	Aparelho de pressão (esfigmomanômetro)



Hospital Materno Infantil

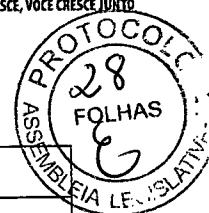
**Igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



Fis. 49  
*wp*  
AGPOS/SUNAS  
GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO



<b>Informatização do hospital</b>	
<b>Quantidade</b>	<b>Descrição</b>
30	TV para ambulatório / sala de esperas e enfermarias
2	Bisturi bipolar
6	Mesas mayo
6	Mesas auxiliares
30	Ar condicionado
1	Sonnar portátil
1	Aparelho ultrassom portátil
1	Microscópio para cirurgia ouvido
1	Berço aquecido
2	Salas de cirurgia completas
1	Sala de parto
<b>Videolaparoscopia adulto, pediátrica</b>	
1	USG portátil
30	Sonnar para PS e obstetria
20	Aspiradores
2	Marca passo para pediatria
1	EEG
1	ECG
1	Ecocardiograma
1	Ecocardiograma com doppler para Carotida
1	Eco-portátil
60	Bomba de seringa
1	Ventilador de alta frequência
1	Kit para Oxido-nítrico
1	Monitor Dixon com Acessórios com capnografia e PA invasivo
1	Baby puf com ventilador manual para transporte
1	Ventilador para CEPAP
1	Colposcópico completo



Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fls. 50  
*WJ*

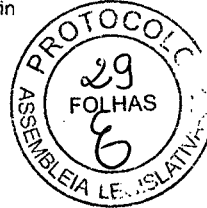
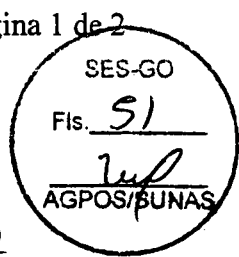
Quantidade	Descrição
10	Mesas ginecológicas
10	Broncoscópio completo
2	Gasômetro para UTI
3	Oftalmoscópico biocular
20	Laringoscópicos
100	Estetoscópios de boa qualidade
300	Lixeiras, com pedal e tampa
20	Foco auxiliar



8

Empresa Produtos Serviços Clientes Parceiros Utilitários Contato Login

↑  
✉  
(71) 3035-5060



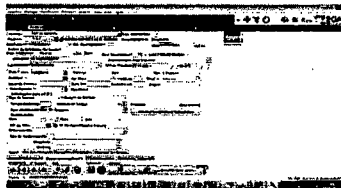
## Produto

# SS HOSP

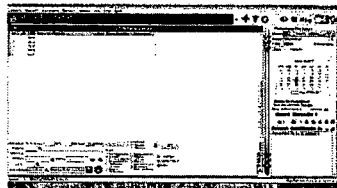
prático e confiável

### Módulo principal de atendimento e faturamento.

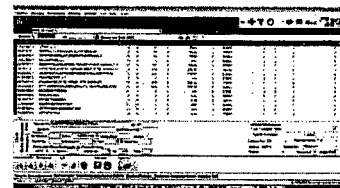
O Syshosp vêm se consolidando como uma ferramenta TOP para gestão de instituições de Saúde, atendendo à demanda de seus parceiros com uma gama variada de serviços, com uma ótima relação de custo desempenho, firmando parcerias realmente de sucesso. Desde 1999 que estamos nos empenhando em oferecer tecnologia de ponta, desenvolvida sob medida para os clientes visando diminuir custos, otimizar os recursos e fazer uma administração de alto nível. Nossas principais tarefas com o módulo SysHosp são gerar um atendimento prático e eficiente nas recepções e gerar um faturamento isento de glosas. Além de um controle eficaz das distribuições de honorários para os profissionais.



clique na foto pra ampliar



clique na foto pra ampliar



clique na foto pra ampliar

### Principais Vantagens / Características

- Faturamento completo (Tiss-ANS, particular, SUS - BPA e AIH);
- Inúmeras parametrizações para pagamento de produção profissional (definições de honorários);
- Agilidade e Precisão de recepção, controles de produção e estatísticas;
- Poderoso gerador de relatórios dinâmicos (sql sob demanda);
- Inúmeras parametrizações de faturamento específicas por convênio;
- Auditoria de contas médicas pelo sistema, guardando histórico de auditorias;
- Controle de glosas e reapresentação de faturas integrado ao financeiro;
- Importação de arquivos de glosas PLANSERV e TISS;
- Exportação automática das contas particular para o contas a receber;
- Controle de margem de lucro SIMPRO e Brasindice;
- Controle de OPME e notas fiscais por paciente;
- Controlador de autorizações / solicitações médicas;
- Marcações de consulta, exames e cirurgias com inúmeras praticidades;
- Validador de XML TISS integrado ao sistema;
- Possibilidade de pré-conferência de contas médicas e faturamento por guias;
- Utilização de tabelas mistas de cobrança, mantendo o histórico das vigências;
- Limitador de agendamentos por convênios (PLANSERV) ou por profissional;
- Triagem de atendimentos por classificação;
- Inúmeros relatórios de controle de recepção, faturamento e internamento;
- Estatísticas de produção e atendimento, custos e glosas;
- Faturamento por unidade de negócios e apropriação direta sem intervenção de usuário;
- Marketing direto com mala direta por email ou impressão de envelope;
- Correio eletrônico interno, controle de CI e protocolo de documentos;
- Auditoria de sistema;
- Integração com todos os módulos do sistema;

### Novidades 2011

Módulo de consulta a agendamentos pela internet e iPhone;  
Importação de Glosas dos convênios conforme Layout TISS;  
Interfaceamento com a Orizon para faturamento eletrônico;

Copyright © 2012 GA Informática Sistemas - Todos os direitos reservados.

home empresa produtos serviços clientes parceiros utilitários contato login



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE GOIÁS  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

020-90  
Fls. 52  
W.D  
AGPROS/SUNAS

# Formulário de Admissão de Pacientes (modelo);

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

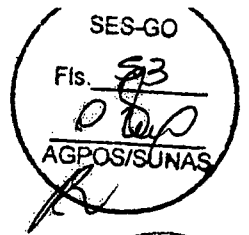


# GA INFORMÁTICA LTDA

Tel: (71) 3035-5060 / 3035-5051

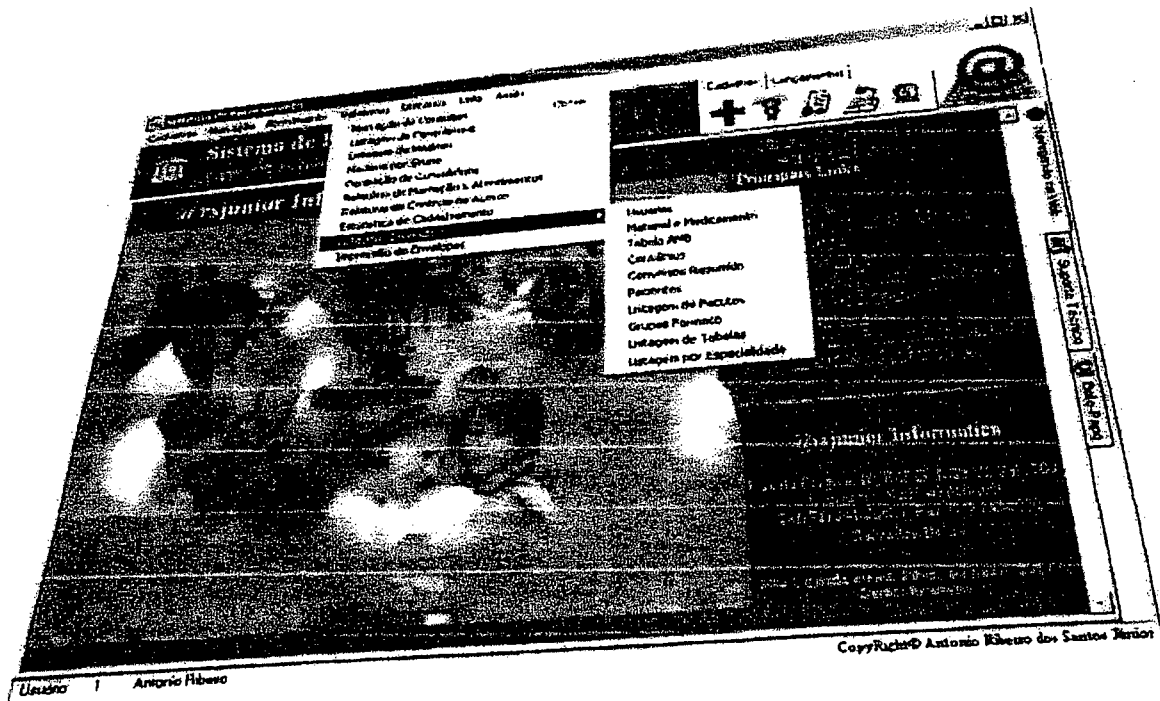
<http://www.syshosp.com.br>

e-mail: [antonio@syshosp.com.br](mailto:antonio@syshosp.com.br)



# SYSHOSP

## Sistema de Controle de Hospitalar







Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE COMIGO

Fis. 54



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

## GUIA DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 20/06/2013 HORA:15:23 RECEPCIONISTA: ATENDIMENTO: 30874

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUÁRIO AMBULATORIO:1  
PRONTUÁRIO INTERNAMENTO:1

NOME: TESTE MATRICULA:22128  
DT.NASCIMENTO: 20/10/1975 IDADE: 37 SEXO:F NATURALIDADE: ITAPARICA EST. CIVIL:Outros  
NACIONALIDADE:OUTRAS NACIONALIDADES RESPONSÁVEL: TESTE  
FILIAÇÃO - MÃE: TESTE PAI:  
DOCUMENTAÇÃO: 2222222222222222 PLANO DE SAÚDE:  
ENDEREÇO: LLLLLLL, , QD. 000, LT. 000  
BAIRRO: OLLLLLLLLL  
MUNICÍPIO: CASTELANDIA UF: GO CEP: . . -  
TELEFONES: (022) 2222-2222 ( ) - ( ) -

### HISTÓRIA CLÍNICA:

### EXAME FÍSICO:

### EXAMES SOLICITADOS:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### CONDUTA:

### ASSINATURA E CARIMBO:





Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fls. 55  
**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE. VOCE CRESCE JUNTO



# Cópia de Notificação de Eventos Adversos;

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº da ficha:

Data da notificação:

Data de início da investigação:

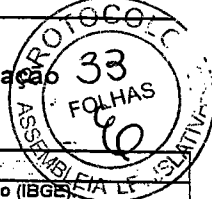
Número do cartão SUS:

SES-GO

Fls. 56

AGP/SUS/MS

Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina



Dados de notificação:							
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Quirinópolis</u>		Código (IBGE):		
Unidade de saúde: <u>HMT</u>					Código (CNES): <u>2339196</u>		
Dados pessoais:							
Nome completo do paciente: <u>Monique Victoria Cordido dos Santos</u>						Iniciais: <u>MVCS</u>	Data de nascimento: <u>22/05/2013</u>
Idade na vacinação: <u>02</u> <input checked="" type="checkbox"/> 1 - dias <u>2</u> <input type="checkbox"/> 2 - meses <u>2</u> <input type="checkbox"/> 3 - anos		Sexo: <u>2</u> <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <u>2</u> <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <u>2</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Raça: <u>9</u> <input type="checkbox"/> 1 - Branca <u>9</u> <input type="checkbox"/> 2 - Preta <u>9</u> <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <u>9</u> <input type="checkbox"/> 4 - Parda <u>9</u> <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <u>9</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
Ocupação: <u>Não se aplica</u>				Nome da mãe: <u>Riscila Alves dos Santos Cordido</u>			
Gestante? <u>2</u> <input type="checkbox"/> 1 - Sim <u>2</u> <input type="checkbox"/> 2 - Não <u>2</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? _____ mês		Recém nascido em aleitamento materno? <u>1</u> <input type="checkbox"/> 1 - Sim <u>1</u> <input type="checkbox"/> 2 - Não <u>1</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Mulheres amamentando? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
Dados residenciais:							
Endereço (rua, praça, avenida, etc): <u>Rua W15 Od 31 1+24</u>				Número:	Complemento:	Bairro/Distrito: <u>Jardim Itaipu</u>	
Ponto de referência: _____			Zona: <u>1</u> <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <u>1</u> <input type="checkbox"/> 2 - Rural <u>1</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	CEP: <u>74355-530</u>		Telefones: <u>(62) 9121-0780</u>	
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Quirinópolis</u>		Código (IBGE):		
Dados sobre a vacinação:							
Data da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s): (indicar o nome, como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s):	Nº Lote(s):	Validade:
<u>13/07/13</u>	<u>Tetoxato</u>	<u>1ª</u>	<u>IM</u>	<u>Vasto lateral</u>	<u>—</u>	<u>13782041D</u>	<u>—</u>
<u>23/07/13</u>	<u>anti-polio</u>	<u>1ª</u>	<u>VO</u>	<u>oral</u>	<u>—</u>	<u>1377</u>	<u>—</u>
<u>23/07/13</u>	<u>Prevacin</u>	<u>1ª</u>	<u>IM</u>	<u>Vasto lateral</u>	<u>PNC13A</u>	<u>2122V</u>	<u>0115</u>
<u>23/07/13</u>	<u>B. Tetanus</u>	<u>1ª</u>	<u>IM</u>	<u>Vasto lateral</u>	<u>—</u>	<u>0101621AA</u>	<u>12-13</u>
Dados da unidade de saúde de administração/aplicação:							
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Quirinópolis</u>		Código (IBGE):		
Unidade de saúde: <u>S. União</u>					Código (CNES):		Local de vacinação: <u>1</u> <input type="checkbox"/> 1 - Rede pública <input type="checkbox"/> 2 - Rede privada <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado
História patológica progressa							
Doenças pré-existentes?		Caso afirmativo qual?		Doença cardíaca		Doença neurológica ou psiquiátrica	
<u>1</u> <input type="checkbox"/> 1 - Sim <u>1</u> <input type="checkbox"/> 2 - Não <u>1</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<u>1</u> <input type="checkbox"/> 1 - Sim <u>1</u> <input type="checkbox"/> 2 - Não <u>1</u> <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> AIDS/HIV		<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	
				<input type="checkbox"/> Alergia alimentar		<input type="checkbox"/> Doença hepática	
				<input checked="" type="checkbox"/> Alergia a medicamentos		<input type="checkbox"/> Doença pulmonar	
				<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Outras	
				<input type="checkbox"/> Doença Auto-imune		<input type="checkbox"/> Especificar: _____	
				<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante		<input type="checkbox"/> Medicamentos homeopáticos	
				<input type="checkbox"/> Antitérmico		<input type="checkbox"/> Quimioterapia/radioterapia	
				<input type="checkbox"/> Corticoides		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
				<input type="checkbox"/> Imunoglobulinas			
Uso de medicação anterior à vacinação?		Caso afirmativo qual?		via: _____ Tempo de uso: _____			
<u>2</u> <input type="checkbox"/> 1 - Sim <u>2</u> <input type="checkbox"/> 2 - Não <u>2</u> <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		<u>2</u> <input type="checkbox"/> 1 - Sim <u>2</u> <input type="checkbox"/> 2 - Não <u>2</u> <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado					

Informações laboratoriais complementares							
Tipos de exames (hematologia, bioquímica, líquor, sorologia, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros). Especificar resultados relevantes.							
Hemograma	Data da Coleta: ____/____/____						
	Série vermelha	Hemácias mm <sup>3</sup>	Hemoglobina	Hematócrito %	Plaquetas		
	Série branca	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %	Eosinófilos %	
Bioquímica (Anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	Data da Coleta: ____/____/____		Bilirubina Total mg/dl	Bilirubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI	Ureia mg/dl
			Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação		INR	PT
Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data da Punção: ____/____/____			
	Citoquímica (Líquor)			Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %	Cultura do líquor ou Latex
Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)	<input type="checkbox"/> 1 - Sangue <input type="checkbox"/> 2 - Líquor <input type="checkbox"/> 3 - Tecido <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data da Coleta: ____/____/____			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	PCR			<input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Outros métodos: _____
Realizada Necropsia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ____/____/____			
	Anatomo-Patológico			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ____/____/____
	Histopatológico			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ____/____/____
	Imunohistoquímica			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ____/____/____
ECG	Data do exame: ____/____/____		RM	Data do exame: ____/____/____			
EEG	Data do exame: ____/____/____		ENMG	Data do exame: ____/____/____			
RX	Data do exame: ____/____/____		USG	Data do exame: ____/____/____			
TC	Data do exame: ____/____/____						

**Informações complementares**  
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

**Diagnóstico**  
(Assinalar apenas o diagnóstico final)

<input type="checkbox"/> Anafilaxias	<input type="checkbox"/> Mielite
<input type="checkbox"/> Broncopneumonia	<input type="checkbox"/> Neurite ótica
<input type="checkbox"/> Doença neurológica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Panencefalite esclerosante subaguda
<input type="checkbox"/> Doença viscerotrófica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Paralisia de Bell
<input type="checkbox"/> Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	<input type="checkbox"/> Pneumonia
<input type="checkbox"/> Encefalopatia/Encefalite	<input type="checkbox"/> Púrpura não trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Episódio hipotônico hiporesponsivo	<input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Invaginação intestinal	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Outros:

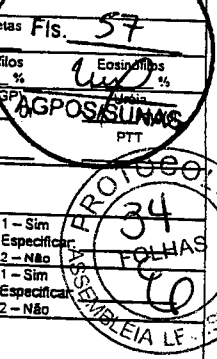
**Conclusão do caso:**

<b>Categoria do evento:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>Erros programáticos (procedimento inadequado):</b> <input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 0 - Outros Especificar: _____	<b>Classificação por causalidade:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Provável <input type="checkbox"/> 5 - Impossível <input type="checkbox"/> 6 - Não relacionado (descartado) <input type="checkbox"/> 7 - Inconclusivo	<b>Classificação por gravidade:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivou ou prolongou a hospitalização <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênitas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade persistente ou significativa <input type="checkbox"/> 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)
<b>Evolução do caso:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com sequelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não a EAPV	<b>Data do óbito:</b> ____/____/____	<b>Conduta frente ao esquema vacinal:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contra-indicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>Data de encerramento:</b> ____/____/____

**Responsável pelo preenchimento**

Nome: <u>Maria Ribamar Gomes</u>	Função: <u>Enfermeira</u>	Telefone de contato: <u>8559-0193</u>
Município: <u>Catanduva</u>		Código (IBGE): _____
Unidade de Saúde: <u>HME</u>	Código: (CNES) _____	Telefone: _____
Assinatura: _____		Data: <u>13/04/2019</u>

Hemograma		Série: vermelha	Hemácias mm <sup>3</sup>	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	Fis. 57
Bioquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)		Série branca	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %	Eosinófilos %
		Data da Coleta	Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI	INR
			Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação			PT
Punção Lombar		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Punção: ___/___/___				
		Citoquímica (Liquor)	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %	Cultura do Líquor ou Latex	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
			Glicose mg	Proteínas mg		Bacterioscopia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)		<input type="checkbox"/> 1 - Sangue <input type="checkbox"/> 2 - Líquor <input type="checkbox"/> 3 - Tecido <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Coleta: ___/___/___				<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
		PCR	<input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Outros métodos:	
Realizada Necropsia		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: ___/___/___				
		Anatomo-Patológico	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ___/___/___	
		Histopatológico	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ___/___/___	
		Imunohistoquímica	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Data: ___/___/___	
ECG	Data do exame: ___/___/___	RM	Data do exame: ___/___/___				
EEG	Data do exame: ___/___/___	ENMG	Data do exame: ___/___/___				
RX	Data do exame: ___/___/___	USG	Data do exame: ___/___/___				
TC	Data do exame: ___/___/___						



**Informações complementares:**  
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

Diagnóstico (Assinalar apenas o diagnóstico final)	
Anafilaxias	Mielite
Broncopneumonia	Neurite ótica
Doença neurológica aguda associada a VFA	Panencefalite esclerosante subaguda
Doença viscerotrópica aguda associada a VFA	Paralisia de Bell
Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	Pneumonia
Encefalopatia/Encefalite	Púrpura não trombocitopênica
Episódio hipotônico hiporresponsivo	Púrpura trombocitopênica
Invaginação intestinal	Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
Meningite	Outros:

Conclusão do caso			
<b>Categoria do evento:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>Erros programáticos (procedimento inadequado):</b> <input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 10 - Outros Especificar:	<b>Classificação por causalidade:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Provável <input type="checkbox"/> 5 - Impossível <input type="checkbox"/> 6 - Não relacionado (descartado) <input type="checkbox"/> 7 - Inconclusivo	<b>Classificação por gravidade:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivou ou prolongou a hospitalização <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênitas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade persistente ou significativa <input type="checkbox"/> 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)
<b>Evolução do caso:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com sequelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não a EAPV	<b>Data do óbito:</b> ___/___/___	<b>Conduta frente ao esquema vacinal:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contra-indicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>Data de encerramento:</b> ___/___/___

Responsável pelo preenchimento			
Nome: <u>Meliny Kubana Gomes</u>	Função: <u>Enfermeira</u>	Telefone de contato: <u>8559-0193</u>	
Município: <u>Caipora</u>		Código (IBGE): <u>60</u>	
Unidade de Saúde: <u>HMI</u>	Código (CNES): <u>60</u>	Telefone: <u>60</u>	
Assinatura: <u>[assinatura]</u>		Data: <u>23.07.2013</u>	



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº da ficha:

Data da notificação:

Data de início da

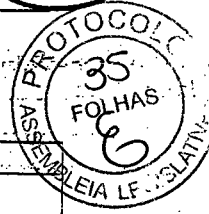
investigação:

Número do cartão SUS:

SES-GO

Fls. 58

27.05.2013  
15.05.2013  
VACINOS/SUNAS



Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação  
associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

Dados de notificação:

Pais: <u>Brasil</u>	UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goianópolis</u>	Código (IBGE):
Unidade de saúde: <u>Hospital Materno Infantil</u>			Código (CNES):

Dados pessoais

Nome completo do paciente: <u>Vitor Samuel de Souza Soares</u>	Iniciais: <u>V.S.S.S</u>	Data de nascimento: <u>11/10/2012</u>
Idade na vacinação: <u>7</u> <input type="checkbox"/> dias, <u>2</u> <input type="checkbox"/> meses, <u>3</u> <input type="checkbox"/> anos	Sexo: <u>M</u> (1-Masculino, 2-Feminino, 9-Ignorado)	Raça: <u>4</u> (1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parde, 5-Indígena, 9-Ignorado)

Ocupação: <u>Menor</u>	Nome da mãe: <u>Melva Melo de Souza</u>
------------------------	-----------------------------------------

Gestante? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado	Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? <u>—</u> mês	Recém nascido em aleitamento materno? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado	Mulheres amamentando? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado
------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Dados residenciais:

Endereço (rua, praça, avenida, etc): <u>Rua Conselheiro do Monte R. 152 1537</u>	Número: <u>Casa 02</u>	Complemento:	Bairro/Distrito: <u>Setor Marista</u>
Ponto de referência:	Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Urbana, 2-Rural, 9-Ignorado	CEP: <u>75.380-000</u>	Telefones: <u>(62) 9301-8452</u> <u>(62) 9421-9694</u>

Pais: <u>Brasil</u>	UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goianópolis</u>	Código (IBGE):
---------------------	---------------	-------------------------------	----------------

Dados sobre a vacinação:

Data da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s): (Indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s):	Nº Lote(s):	Validade:
<u>19/10/12</u>	<u>B.C.G.</u>	<u>1 dose</u>	<u>ID</u>	<u>Deltóide</u>	<u>—</u>	<u>10005</u>	<u>—</u>
<u>15/10/12</u>	<u>Hep. B</u>	<u>1 dose</u>	<u>IM</u>	<u>Vasto lateral</u>	<u>—</u>	<u>1302044</u>	<u>—</u>

Dados da unidade de saúde de administração/aplicação

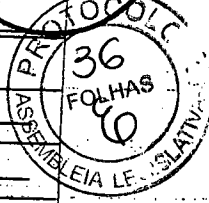
Pais: <u>Brasil</u>	UF: <u>GO</u>	Município: <u>Trindade</u>	Código (IBGE):
Unidade de saúde: <u>Posto de Saúde Moisés II</u>	Código (CNES):	Local de vacinação: <input checked="" type="checkbox"/> 1- Rede pública, 2- Rede privada, 9- Ignorado	

História patológica: progressa

Doenças pré-existentes? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Alergia alimentar Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Autoimune Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Doença hepática Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Doença neurológica e ou psiquiátrica Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Doença pulmonar Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____
Uso de medicação anterior a vacinação? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivos <input type="checkbox"/> Antitérmico <input type="checkbox"/> Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____ <input type="checkbox"/> Imunoglobulinas	<input type="checkbox"/> Medicamentos homeopáticos <input type="checkbox"/> Quimioterapia, radioterapia <input type="checkbox"/> Outros: _____

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/>		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Caso afirmativo, data da transfusão: ___/___/___	
História prévia de convulsões <input type="checkbox"/>		1 - Convulsão febril 2 - Convulsão afebril 9 - Ignorado			
Algum EAPV anterior a presente vacinação? <input checked="" type="checkbox"/>		Caso afirmativo, qual EAPV anterior? _____		Caso afirmativo, qual vacina administrada? _____	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior? _____	
Data de ocorrência de EAPV anterior: ___/___/___		Caso afirmativo, local de vacinação em EAPV anterior: <input type="checkbox"/>		Fez uso de medicação em EAPV anterior? <input type="checkbox"/>	
		1 - Rede pública 2 - Clínica privada 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<b>Antecedentes epidemiológicos:</b>					
Viajou nos últimos 15 dias? <input checked="" type="checkbox"/>		Viagem: <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo, data de ida: ___/___/___	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Nacional 2 - Internacional País: _____		Caso afirmativo, data de volta: ___/___/___	
UF: _____		Município: _____		Código (IBGE): _____	
Foi vacinado durante a viagem? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo, local de vacinação: <input type="checkbox"/>		Qual o motivo? <input type="checkbox"/>	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Rede pública 2 - Clínica privada 9 - Ignorado		1 - Campanha 2 - Rotina 3 - Recomendação médica	
				Caso afirmativo, data da vacinação: ___/___/___	
				Recebeu vacina(s) para viajar? <input type="checkbox"/>	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<b>Dados sobre EAPV:</b>					
Manifestações locais	Abscesso frio		Edema		Linfadenomegalia > 3 cm supurada
	Abscesso com drenagem espontânea		Enduração		Linfadenomegalia não supurada
	Abscesso quente		<input checked="" type="checkbox"/> Eritema		<input checked="" type="checkbox"/> Rubor
	Atrofia no local de aplicação		Exantema em local diferente da aplicação		Úlcera
	Calor		Exantema generalizado		<input checked="" type="checkbox"/> Outras reações locais = <i>rubor, edema</i>
	Celulite		Linfadenite não supurada		<i>inflammatorias</i>
	Dor		Linfadenite supurada		
Data de início do(s) sintoma(s): <u>25/04/2013</u>		Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s) <i>6 meses</i>		Duração do evento: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	
Manifestações clínicas sistêmicas	<b>Pele/Mucosas:</b>				
	Angiodema de lábios		Cianose		Púrpura
	Angiodema de laringe		Hiperemia e coceira nos olhos		Urticária generalizada
	Angiodema de língua		Ictérica		Urticária no local de aplicação
	Angiodema de membros		Palidez		Outro evento da pele ou mucosas
	Angiodema de olhos		Petéquias		
	Angiodema generalizado		Prurido		
	<b>Cardiovasculares:</b>				
	Hipotensão		Taquicardia		Bradicardia
	<b>Respiratórias</b>				
	Apnéia		Dor de garganta		Sensação de fechamento de garganta
	Broncoespasmo/Laringoespasmo		Espirros		Taquipnéia
	Dificuldade de respirar		Rinorréia		Tiragem intercostal
	Dispnéia		Rouquidão		Tosse seca
	<b>Neurológicas</b>				
	Ataxia		Convulsão tônico-clônica		Parestia
	Alteração do nível de consciência		Desmaio		Parestesia
	Convulsão afebril		Hipotonia		Resposta diminuída a estímulos
	Convulsão febril		Letargia		Sinais neurológicos focais ou multifocais
	Convulsão focal		Não responde a estímulos		Outros eventos neurológicos graves
Convulsão generalizada		Paralisia de membros inferiores		Outras paralisias	
<b>Gastrointestinais</b>					
Diarréia		Fezes com raias de sangue		Náuseas	
Dor abdominal		Invaginação intestinal		Vômitos	
Enterorragia		Melena			
Data de início do(s) sintoma(s): ___/___/___		Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)		Duração do evento: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	
Outras manifestações	Artralgia		Edema articular		<input checked="" type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação BCG
	Artrite		Evidências clínicas de sangramentos		Mialgia
	Calor local		Fadiga		Pancreatite
	Cefaléia		Febre igual ou maior a 39,5°		Parotidite
	Cefaléia e vômito		<input checked="" type="checkbox"/> Febre menor que 39,5°		Sonolência
	Choro persistente		Hiperemia bilateral nos olhos		
	Dificuldade de deambular		Hiperemia em articulações		
Data de início do(s) sintoma(s): <u>12/05/2013</u>		Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)		Duração do evento: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	
<b>Atendimento médico:</b>					
Recebeu atendimento médico? <input checked="" type="checkbox"/>		Data do atendimento: <u>15/05/13</u>		Caso afirmativo, tipo de atendimento: <input checked="" type="checkbox"/>	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				1 - Ambulatorial 2 - Domiciliar 3 - Hospitalar 9 - Ignorado	
		Ficou em observação? <input checked="" type="checkbox"/>		Ficou em enfermaria? <input checked="" type="checkbox"/>	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
		Ficou em UTI? <input checked="" type="checkbox"/>		Data da alta: ___/___/___	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Nome do local de atendimento: <u>Hospital Antônio Augusto</u>				Código (CNES): _____	
Município: _____				Código (IBGE): _____	





Hemograma		Data da Coleta: <u>Não realizada</u>				
Série vermelha		Hemácias mm3	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	
Série branca		Leucócitos mm3	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %	
Bloquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)		Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI	Eosinófilos %
		Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação	INR	PT	
Punção Lombar		Data da Punção: ___/___/___		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Citoquímica (Liquor)		Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %	Cultura do liquor ou Latex	1 - Sim 2 - Não
		Glicose mg	Proteínas mg		Bacteroscopia	1 - Sim 2 - Não
Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)		Data da Coleta: ___/___/___		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
PCR		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 9 - Ignorado		Outros métodos:		
Realizada Necropsia		Data: ___/___/___		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Anatomo-Patológico		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Data: ___/___/___		
Histopatológico		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Data: ___/___/___		
Imunohistoquímica		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Data: ___/___/___		
ECG	Data do exame: ___/___/___	RM		Data do exame: ___/___/___		
EEG	Data do exame: ___/___/___	ENMG		Data do exame: ___/___/___		
RX	Data do exame: ___/___/___	USG		Data do exame: ___/___/___		
TC	Data do exame: ___/___/___					

Informações complementares

(Descrever apenas informações relevantes ou complementares aos dados da ficha)

Exatidão foi encaminhada p/ H.D.T para análise do Infectologista.

Diagnóstico

(Assinalar apenas o diagnóstico final)

Anafilaxias	Mielite
Broncopneumonia	Neurite ótica
Doença neurológica aguda associada a VFA	Encefalite esclerosante subaguda
Doença viscerotrópica aguda associada a VFA	Paralisia de Bell
Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	Pneumonia
Encefalopatia/Encéfalite	Púrpura não trombocitopênica
Episódio hipotônico hiporresponsivo	Púrpura trombocitopênica
Invaginação intestinal	Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
Meningite	Outros:

Conclusão do caso

Categoria do evento:	Erros programáticos (procedimento inadequado):	Classificação por causalidade:	Classificação por gravidade:
1 - Reação vacinal 2 - Erro programático 3 - Coincidente (associação temporal) 4 - Reação no local de aplicação 9 - Ignorado	1 - Tipo de imunobiológico utilizado 2 - Via de administração 3 - Diluição 4 - Conservação 5 - Fora da idade recomendada 6 - Técnica de administração 7 - Intervalo inadequado entre doses 8 - Intervalo inadequado entre vacinas 9 - Validade vencida 10 - Outros Especificar:	1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Possível 4 - Provável 5 - Impossível 6 - Não relacionado (descartado) 7 - Inconclusivo	1 - Óbito 2 - Ameaça à vida 3 - Motivou ou prolongou a hospitalização 4 - Anomalias congênicas 5 - Incapacidade persistente ou significativa 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)
Evolução do caso:	Data do óbito: ___/___/___	Condução frente ao esquema vacinal:	Data de encerramento: ___/___/___
1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por EAPV 4 - Óbito por outras causas 5 - Perda de seguimento 6 - Não é EAPV		1 - Esquema mantido 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) 3 - Contra-indicação com substituição de esquema 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema 5 - Esquema encerrado 9 - Ignorado	

Responsável pelo preenchimento

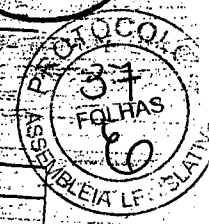
Nome: <u>Maria dos Prazeres de Sousa Rêgo</u>	Função: <u>Rec. em Enfermagem</u>	Telefone de contato: <u>6239562917</u>
Município: <u>Cotacema</u>		Código (IUGE): <u>6239562917</u>
Unidade de saúde: <u>HMI</u>	Código (CNES):	Telefone: <u>6239562917</u>
Assinatura: <u>Maria dos Prazeres de Sousa Rêgo</u>		Data: <u>27.05.2013</u>



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº da ficha:  
Data de notificação:  
Data de início da investigação:  
Número do cartão SUS:

100 copias  
SES-GO  
Fis. 60  
15/01/2013  
15/01/2013  
AGPÓS/SUNAS



Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

Pais: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goiania</u>	Dados de notificação			
Unidade de saúde: <u>Hospital Materno Infantil</u>		Código (IBGE):		Código (CNES):			
Nome completo do paciente: <u>André Ferreira da Silva</u>							
Idade na vacinação: <u>4</u> <input checked="" type="checkbox"/> 1 - dias <input checked="" type="checkbox"/> 2 - meses <input type="checkbox"/> 3 - anos		Sexo: <u>1</u> <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Raça: <u>9</u> <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Iniciais: <u>A.F.S.</u> Data de nascimento: <u>31/08/2012</u>	
Ocupação: <u>Mãe se aplica</u>				Nome da mãe: <u>Rosângela da Silva Queiroz</u>			
Gestante? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? _____ mês		Recém nascido em ambiente materno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Mulheres amamentando? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
Endereço (rua, praça, avenida, etc.): <u>Rua SV 52</u>				Número: _____		Complemento: _____	
Posto de referência: _____		Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		CEP: _____		Bairro/Distrito: <u>Edos 119 Solar Ville</u>	
Pais: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goiania</u>	Dados residenciais			
Telefone: _____		Código (IBGE): _____		Telefone: <u>061 3 295 643</u>		Outros: <u>Sim/Completo</u>	
Dados sobre a vacinação							
Date da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s) (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s)	Nº Lote(s)	Validade
<u>13/01</u>	<u>Reforço valente</u>	<u>2ª</u>	<u>IM</u>	<u>V. lateral</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
Dados da unidade de saúde de administração/aplicação							
Pais: <u>?</u>		UF: <u>?</u>	Município: <u>?</u>	Código (IBGE):			
Unidade de saúde: <u>?</u>		Código (CNES):		Local de vacinação: <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Rede pública <input type="checkbox"/> 2 - Rede privada <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
História patológica progressa							
Doenças pré-existentes? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual? _____		<input type="checkbox"/> AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Alergia alimentar Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Auto-imune Especificar: _____		<input type="checkbox"/> Doença cardíaca Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Doença hepática Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Doença neurológica e ou psiquiátrica Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Doença pulmonar Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outras Especificar: _____	
Uso de medicação anterior a vacinação? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual? _____		<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante <input type="checkbox"/> Antitérmico <input type="checkbox"/> Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____ <input type="checkbox"/> Imunoglobulinas		<input type="checkbox"/> Medicamentos homeopáticos <input type="checkbox"/> Quimioterapia, radioterapia <input type="checkbox"/> Outros: _____	

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

História prévia de convulsões  1 - Convulsão febril  
 2 - Convulsão afebril  
 9 - Ignorado

Algum EAPV anterior à presente vacinação?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Data de ocorrência de EAPV anterior: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caso afirmativo, qual EAPV anterior?

Caso afirmativo, qual vacina administrada?

Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior?

Caso afirmativo, local de vacinação em EAPV anterior:  
 1 - Rede pública  
 2 - Clínica privada  
 9 - Ignorado

Fez uso de medicação em EAPV anterior?

Se sim especifique: \_\_\_\_\_

Antecedentes epidemiológicos:

Viagrou nos últimos 15 dias?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Viagem:  1 - Nacional  
 2 - Internacional  
 País: \_\_\_\_\_

Caso afirmativo, data de ida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caso afirmativo, data de volta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Código (IBGE): \_\_\_\_\_

Foi vacinado durante a viagem?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Caso afirmativo, local de vacinação:  1 - Rede pública  
 2 - Clínica privada  
 9 - Ignorado

Qual o motivo?  1 - Campanha  
 2 - Rotina  
 3 - Recomendação médica

Caso afirmativo, data da vacinação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recebeu vacina(s) para viajar?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Dados sobre EAPV**

Manifestações locais	<input type="checkbox"/> Abscesso frio	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia > 3 cm supurada
	<input type="checkbox"/> Abscesso com drenagem espontânea	<input type="checkbox"/> Enduração	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia não supurada
	<input type="checkbox"/> Abscesso quente	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Rubor
	<input type="checkbox"/> Atrofia no local de aplicação	<input type="checkbox"/> Exantema em local diferente da aplicação	<input type="checkbox"/> Úlcera
	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Exantema generalizado	<input type="checkbox"/> Outras reações locais
	<input type="checkbox"/> Celulite	<input type="checkbox"/> Linfadenite não supurada	
	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Linfadenite supurada	

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s)

Duração do evento: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s)

**Manifestações clínicas sistêmicas**

<input type="checkbox"/> Pele/Mucosas	<input checked="" type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Púrpura
<input type="checkbox"/> Angioedema de lábios	<input type="checkbox"/> Hiperemia e coceira nos olhos	<input type="checkbox"/> Urticária generalizada
<input type="checkbox"/> Angioedema de língua	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Urticária no local de aplicação
<input type="checkbox"/> Angioedema de língua	<input type="checkbox"/> Peleitez	<input type="checkbox"/> Outro evento da pele ou mucosas
<input type="checkbox"/> Angioedema de membros	<input type="checkbox"/> Petéquias	
<input type="checkbox"/> Angioedema de olhos	<input type="checkbox"/> Prurido	
<input type="checkbox"/> Angioedema generalizado		
<input type="checkbox"/> Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia
<input type="checkbox"/> Hipotensão		
<input type="checkbox"/> Respiratórias	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sensação de fechamento de garganta
<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Espirros	<input type="checkbox"/> Taquipnéia
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo/Laringoespasmo	<input type="checkbox"/> Rinorréia	<input type="checkbox"/> Tachicardia intercostal
<input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar	<input type="checkbox"/> Ronco	<input type="checkbox"/> Tosse seca
<input type="checkbox"/> Dispnéia		
<input type="checkbox"/> Neurológicas	<input type="checkbox"/> Convulsão tônico-clônica	<input type="checkbox"/> Paralisia
<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Parestesia
<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Resposta diminuída a estímulos
<input type="checkbox"/> Convulsão afebril	<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Sinais neurológicos focais ou multifocais
<input type="checkbox"/> Convulsão febril	<input type="checkbox"/> Não responde a estímulos	<input type="checkbox"/> Outros eventos neurológicos graves
<input type="checkbox"/> Convulsão focal	<input type="checkbox"/> Paralisia de membros inferiores	<input type="checkbox"/> Outras paralisias
<input type="checkbox"/> Convulsão generalizada		
<input type="checkbox"/> Gastrointestinais	<input type="checkbox"/> Fezes com raias de sangue	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Invasão intestinal	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Mela	
<input type="checkbox"/> Enterorria		

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s)

Duração do evento: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s)

**Outras manifestações**

<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Edema articular	<input type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação BCG
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Evidências clínicas de sangramentos	<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Calor local	<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Pancreatite
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Febre igual ou maior a 39,5°	<input type="checkbox"/> Parotidite
<input type="checkbox"/> Cefaléia e vômito	<input type="checkbox"/> Febre menor que 39,5°	<input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Choro persistente	<input type="checkbox"/> Hiperemia bilateral nos olhos	
<input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular	<input type="checkbox"/> Hiperemia em articulações	

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s)

Duração do evento: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s)

**Atendimento médico**

Recebeu atendimento médico?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Data do atendimento: 14/01/13

Caso afirmativo, tipo de atendimento:  1 - Ambulatorial  
 2 - Domiciliar  
 3 - Hospitalar  
 9 - Ignorado

Ficou em observação?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Ficou em enfermaria?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Ficou em UTI?  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do local de atendimento: Hospital Materno Infantil

Município: Cianópolis

Código (CNES): \_\_\_\_\_

Código (IBGE): \_\_\_\_\_

UF: GO

Hemograma	Data da Coleta: <u>11/01/2013</u>	<i>Não Realizado</i>			
	Série vermelha	Hemácias mm <sup>3</sup>	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas
Série branca	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %	
Bioquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	Data da Coleta: <u>11/01/2013</u>	Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI
		Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação	INR	PT

Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Punção: <u>11/01/2013</u>	
	Citoquímica (Líquor)	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %
		Glicose mg	Proteínas mg
			Cultura do líquor ou Latex <input type="checkbox"/>
			Bacterioscopia <input type="checkbox"/>

Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)	<input type="checkbox"/> 1 - Sangue <input type="checkbox"/> 2 - Líquor <input type="checkbox"/> 3 - Tecido <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Coleta: <u>11/01/2013</u>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	PCR <input type="checkbox"/>	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 9 - Ignorado	Outros métodos: _____

Realizada Necropsia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: <u>11/01/2013</u>
	Anatomo-Patológico <input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	Histopatológico <input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

ECG	Data do exame: <u>11/01/2013</u>	RM	Data do exame: <u>11/01/2013</u>
EEG	Data do exame: <u>11/01/2013</u>	ENMG	Data do exame: <u>11/01/2013</u>
RX	Data do exame: <u>11/01/2013</u>	USG	Data do exame: <u>11/01/2013</u>
TC	Data do exame: <u>11/01/2013</u>		

**Informações complementares**  
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

*Obs: Fichas preenchidas baseando-se em dados obtidos na ficha de atendimento da EGA, tanto nos enteros em contato com a mãe não foi presencial, nº de telefone citado na ficha incompleto.*

**Diagnóstico**  
(Assinalar apenas o diagnóstico final)

<input type="checkbox"/> Anafilaxias	<input type="checkbox"/> Mielite
<input type="checkbox"/> Broncopneumonia	<input type="checkbox"/> Neurite ótica
<input type="checkbox"/> Doença neurológica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Panencefalite esclerosante subaguda
<input type="checkbox"/> Doença viscerotrópica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Paralisia de Bell
<input type="checkbox"/> Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	<input type="checkbox"/> Pneumonia
<input type="checkbox"/> Encefalopatia/Encefalite	<input type="checkbox"/> Púrpura não trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Episódio hipotônico hiporresponsivo	<input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Invaginação intestinal	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Outros:

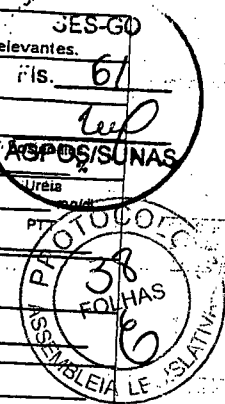
**Conclusão do caso**

Categoria do evento: <input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Erros programáticos (procedimento inadequado): <input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 10 - Outros Especificar: _____	Classificação por causalidade: <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Provável <input type="checkbox"/> 5 - Impossível <input type="checkbox"/> 6 - Não relacionado (descartado) <input type="checkbox"/> 7 - Inconclusivo	Classificação por gravidade: <input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivo ou prolongou a hospitalização <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênitas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade persistente ou significativa <input type="checkbox"/> 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)

**Responsável pelo preenchimento**

Nome: <u>Maria das Graças de Souza Ray</u>	Função: <u>Rec. em enfermagem</u>	Telefone de contato: <u>39562917</u>
Município: <u>Coaraci</u>		Código (IBGE): _____
Unidade de Saúde: <u>HMI</u>	Código (CNES): _____	Telefone: <u>39562917</u>
Assinatura: <u>[Assinatura]</u>		Data: <u>15.01.13</u>

M. Das Graças de S. Ray  
Téc. Enfermagem  
COREN Nº 35278





Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

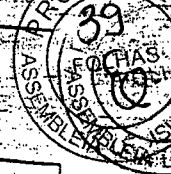
Nº da ficha:

Data da notificação:

Data de início da investigação:

Número do cartão SUS:

Fls. 62



Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goianinha</u>	Dados de notificação			
Unidade de saúde: <u>Hospital Materno Infantil</u>		Código (IBGE):		Código (CNES):			
Nome completo do paciente: <u>Carlos Eduardo Araujo Damasceno</u>							
Idade na vacinação: <u>4 anos</u>		Sexo: <u>M</u>		Raça: <u>9</u>			
Idade: <u>4 anos</u>		1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
Ocupação: <u>menor</u>		Nome da mãe: <u>Mª da Conceição Godinho</u>					
Gestante? <u>2</u>		Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? _____ mês		Recém nascido em aleitamento materno? <u>2</u>			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
				Mulheres amamentando? <u>9</u>			
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Endereço (rua, praça, avenida, etc.): <u>Rua Dona Carlina</u>							
Número: <u>458</u>		Complemento: <u>At. P. Prontuário Pista Brca</u>		Bairro/Distrito:			
Ponto de referência:		Zona: <u>2</u>		CEP: <u>76200-000</u>			
		1 - Urbana 2 - Rural 9 - Ignorado		Telôgones: <u>62 3255 2378</u> <u>62 3255 3465</u>			
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goianinha</u>	Código (IBGE):			
Dados sobre a vacinação:							
Data da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s): (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s):	Nº Lote(s):	Validade:
<u>02/01</u>	<u>Sabin</u>	<u>2ª</u>	<u>Oral</u>	<u>Oral</u>	<u>-</u>	<u>7076</u>	<u>-</u>
<u>02/01</u>	<u>Rotarivax</u>	<u>2ª</u>	<u>Oral</u>	<u>Oral</u>	<u>-</u>	<u>LASISA 0</u>	<u>-</u>
<u>22/01</u>	<u>Rebivax</u>	<u>2ª</u>	<u>IM</u>	<u>V. hetero</u>	<u>-</u>	<u>3453062</u>	<u>-</u>
<u>02/01</u>	<u>Rebivax</u>	<u>2ª</u>	<u>IM</u>	<u>V. Lateral</u>	<u>-</u>	<u>37744</u>	<u>-</u>
Dados da unidade de saúde de administração/aplicação:							
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goianinha</u>	Código (IBGE):			
Unidade de saúde: <u>Posto de Saúde Pista Brca</u>		Código (CNES):		Local de vacinação: <u>1</u>			
				1 - Rede pública 2 - Rede privada 9 - Ignorado			
Doenças pré-existentes?							
<u>2</u>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/> AIDS/HIV					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Alergia alimentar Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Diabetes					
		<input type="checkbox"/> Doença Auto-imune Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante					
		<input type="checkbox"/> Antiléptico					
		<input type="checkbox"/> Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____					
		<input type="checkbox"/> Imunoglobulinas					
		<input type="checkbox"/> Doença cardíaca Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Doença hepática Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Doença neurológica e ou psiquiátrica Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Doença pulmonar Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Outras Especificar: _____					
		<input type="checkbox"/> Medicamentos homeopáticos					
		<input type="checkbox"/> Quimioterapia, radioterapia					
		<input type="checkbox"/> Outros: _____					
Uso de medicação anterior a vacinação?							
<u>2</u>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/> Anticonvulsivante					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Antiléptico					
		<input type="checkbox"/> Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____					
		<input type="checkbox"/> Imunoglobulinas					

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Caso afirmativo, data da transfusão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

História prévia de convulsões  1 - Convulsão febril, 2 - Convulsão afebril, 9 - Ignorado

Alguns EAPV anterior à presente vacinação?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Caso afirmativo, qual vacina administrada? \_\_\_\_\_

Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior? \_\_\_\_\_

Data de ocorrência de EAPV anterior: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Caso afirmativo, local de vacinação em EAPV anterior:  1 - Rede pública, 2 - Clínica privada, 9 - Ignorado

Fez uso de medicação em EAPV anterior?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

**Antecedentes epidemiológicos**

Viagrou nos últimos 15 dias?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Viagem:  1 - Nacional, 2 - Internacional

Caso afirmativo, data de ida: 18.12.12

Caso afirmativo, data de volta: 29.12.12

UF: GO Município: Conquista (GO)

Código (IBGE): \_\_\_\_\_

Foi vacinado durante a viagem?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Caso afirmativo, local de vacinação:  1 - Rede pública, 2 - Clínica privada, 9 - Ignorado

Qual o motivo?  1 - Campanha, 2 - Rotina, 3 - Recomendação médica

Caso afirmativo, data da vacinação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recebeu vacina(s) para viajar?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Dados sobre EAPV:**

Abscesso frio	Edema	Linfadenomegalia > 3 cm supurada
Abscesso com drenagem espontânea	Enduração	Linfadenomegalia não supurada
Abscesso quente	Eritema	Rubor
Atrofia no local de aplicação	Exantema em local diferente da aplicação	Úlcera
Calor	Exantema generalizado	Outras reações locais
Celulite	Linfadenite não supurada	
Dor	Linfadenite supurada	

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_ dia(s) \_\_\_ hora(s) \_\_\_ minuto(s)

Duração do evento: \_\_\_ dia(s) \_\_\_ hora(s) \_\_\_ minuto(s)

**Manifestações clínicas sistêmicas**

<b>Pele/Mucosas:</b>	<b>Cianose</b>	<b>Púrpura</b>
Angiodema de lábios	Hiperemia e coceira nos olhos	Urticária generalizada
Angiodema de língua	Ictericia	Urticária no local de aplicação
Angiodema de língua	Palidez	Outro evento da pele ou mucosas
Angiodema de membros	Petequias	
Angiodema de olhos	Prurido	
Angiodema generalizado		
<b>Cardiovasculares:</b>	<b>Taquicardia</b>	<b>Bradicardia</b>
Hipotensão		
<b>Respiratórias:</b>	<b>Dor de garganta</b>	<b>Sensação de fechamento de garganta</b>
Apnéia	Espiro	Taquipnéia
Broncoespasmo/aringoespasmo	Rinorréia	Tiragem intercostal
Dificuldade de respirar	Rouquidão	Tosse seca
Dispnéia		
<b>Neurológicas:</b>	<b>Convulsão tônico-clônica</b>	<b>Parêsa</b>
Ataxia	Desmaio	Parêstesia
Alteração do nível de consciência	Hipotonia	Resposta diminuída a estímulos
Convulsão afebril	Letargia	Sinais neurológicos focais ou multifocais
Convulsão febril	Não responde a estímulos	Outros eventos neurológicos graves
Convulsão focal	Paralisia de membros inferiores	Outras paralisias
Convulsão generalizada		
<b>Gastrointestinais:</b>	<b>Fezes com raias de sangue</b>	<b>Náuseas</b>
Diarreia	Invasão intestinal	Vômitos
Dor abdominal	Melena	
Enterorragia		

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_ dia(s) \_\_\_ hora(s) \_\_\_ minuto(s)

Duração do evento: \_\_\_ dia(s) \_\_\_ hora(s) \_\_\_ minuto(s)

**Outras manifestações**

Artralgia	Edema articular	Lesões decorrentes de disseminação BCG
Artrite	Evidências clínicas de sangramentos	Mialgia
Calor local	Fadiga	Pancreatite
Cefaléia	Febre igual ou maior a 39,5°	Parotidite
Cefaléia e vômito	Febre menor que 39,5°	Sonolência
Choro persistente	Hiperemia bilateral nos olhos	
Dificuldade de deambular	Hiperemia em articulações	

Data de início do(s) sintoma(s): 02.01.2013

Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_ dia(s) 6 hora(s) \_\_\_ minuto(s)

Duração do evento: \_\_\_ dia(s) 18 hora(s) \_\_\_ minuto(s)

**Atendimento médico**

Recebeu atendimento médico?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Data do atendimento: 03/01/13

Caso afirmativo, tipo de atendimento:  1 - Ambulatorial, 2 - Domiciliar, 3 - Hospitalar, 9 - Ignorado

Ficou em observação?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Ficou em enfermaria?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Ficou em UTI?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do local de atendimento: HMI

Código (CNES): \_\_\_\_\_

Município: Goianinha

Código (IBGE): \_\_\_\_\_

UF: GO









Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº da ficha:

Data da notificação:

Data de início da investigação:

Número do cartão SUS:

SES-GO

Fis. 64

03/11/2012

41 FOLHAS

Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina



Dados de notificação

Pais: Brasil UF: GO Município: Goianá Código (IBGE):  
Unidade de saúde: Hospital Materno Infantil Código (CNES):

Dados pessoais

Nome completo do paciente: Anna Maria Oliveira do Souza Iniciais: AMOS Data de nascimento: 15/10/2012  
Idade na vacinação: 2 Sexo: F Raça: 5  
Idade: 2 1 - dias, 2 - meses, 3 - anos. 1 - Masculino, 2 - Feminino, 9 - Ignorado. 1 - Branca, 2 - Preta, 3 - Amarela, 4 - Parda, 5 - Indígena, 9 - Ignorado.

Dados residenciais

Endereço (rua, praça, avenida, etc.): Rua Bibiano Número: 94/2 Complemento: Bl. 7 Bairro/Distrito: Ed. Colônia  
Ponto de referência: - Zona: 1 CEP: 75231-109 Telefones: 62 52 31 10 93  
1 - Urbana, 2 - Rural, 9 - Ignorado.

Dados sobre a vacinação

Pais: Brasil UF: GO Município: Trindade Código (IBGE):

Data da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s): (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s)	Nº Lote(s)	Validade
02/01	Sabin	1ª	oral	Oral	-	-	-
22/01	Pentaxim	1ª	IM	V. lateral	-	7076	-
21/01	DTaP+HiB	1ª	IM	V. lateral	-	14530612	-
22/01	Pneumoid	1ª	IM	V. lateral	-	-	-
02/01	Rotarivax	1ª	Oral	Oral	-	-	-

Dados da unidade de saúde de administração/aplicação

Pais: Brasil UF: GO Município: Trindade II Código (IBGE):  
Unidade de saúde: Ponto de Saúde Porque dos Bunitos Código (CNES):  
Local de vacinação: 1 1 - Rede pública, 2 - Rede privada, 9 - Ignorado.

Doenças pré-existentes?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado.

História patológica progressa

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Alergia alimentar Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Doença hepática Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Doença neurológica e/ou psiquiátrica Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença pulmonar Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Doença Auto-imune Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Outras Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Anilicóvulsivante	<input type="checkbox"/> Medicamentos homeopáticos
<input type="checkbox"/> Anilêrmico	<input type="checkbox"/> Quimioterapia, radioterapia
<input type="checkbox"/> Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Imunoglobulinas	

Uso de medicação anterior a vacinação?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado.

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Caso afirmativo, data da transfusão: ___/___/___		
História prévia de convulsões <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Convulsão febril 2 - Convulsão afebril 9 - Ignorado	Caso afirmativo, qual vacina administrada?	Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior?	
Algum EAPV anterior à presente vacinação? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Caso afirmativo, qual EAPV anterior?	Caso afirmativo, data de volta: ___/___/___	
Data de ocorrência de EAPV anterior: ___/___/___	Caso afirmativo, local de vacinação em EAPV anterior: 1 - Rede pública 2 - Clínica privada 9 - Ignorado	Fez uso de medicação em EAPV anterior? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Antecedentes epidemiológicos			
Viajou nos últimos 15 dias? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Viagem: <input type="checkbox"/> 1 - Nacional 2 - Internacional País: _____	Caso afirmativo, data de ida: ___/___/___	
UF: _____ Município: _____	Código (IBGE): _____		
Foi vacinado durante a viagem? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Caso afirmativo, local de vacinação: 1 - Rede pública 2 - Clínica privada 9 - Ignorado	Qual o motivo? <input type="checkbox"/> 1 - Campanha 2 - Rotina 3 - Recomendação médica	
Caso afirmativo, data da vacinação: ___/___/___	Recebeu vacina(s) para viajar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados sobre EAPV			
Manifestações locais	Abscesso frio	Edema	Linfadenomegalia > 3 cm supurada
	Abscesso com drenagem espontânea	Enduração	Linfadenomegalia não supurada
	Abscesso quente	Eritema	Rubor
	Atrofia no local de aplicação	Exantema em local diferente da aplicação	Úlcera
	Calor	Exantema generalizado	Outras reações locais
	Cebulite	Linfadenite não supurada	
	Dor	Linfadenite supurada	
Data de início do(s) sintoma(s): ___/___/___	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	Duração do evento: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	
Manifestações clínicas sistêmicas	Pele/Mucosas:		Púrpura
	Angioedema de lábios	Cianose	Urticária generalizada
	Angioedema de língua	Hiperemia e coceira nos olhos	Urticária no local de aplicação
	Angioedema de língua	Ictericia	Outro evento da pele ou mucosas
	Angioedema de membros	Palidez	
	Angioedema de olhos	Petequias	
	Angioedema generalizado	Prurido	
	Cardiovasculares:		Bradicardia
	Hipotensão	Taquicardia	
	Respiratórias		Sensação de fechamento de garganta
	Apnéia	Dor de garganta	Tacupneia
	Broncoespasmo/Laringoespasmo	Espirros	Pinçom intercostal
	Dificuldade de respirar	Rinorreia	Tosse seca
	Dispneia	Rouquidão	
	Neurológicas		Paralisia
	Ataxia	Convulsão tônico-clônica	Parestesia
	Alteração do nível de consciência	Desmaio	Respostas diminuídas a estímulos
	Convulsão febril	Hipotonia	Sinais neurológicos locais ou multifocais
Convulsão febril	Letargia	Outros eventos neurológicos graves	
Convulsão focal	Não responde a estímulos	Outras paralisias	
Convulsão generalizada	Paralisia de membros inferiores		
Gastrointestinais		Náuseas	
Diarreia	Fezes com raios de sangue	Vômitos	
Dor abdominal	Invaginação intestinal		
Enterorragia	Melena		
Data de início do(s) sintoma(s): ___/___/___	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	Duração do evento: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	
Outras manifestações	Artralgia	Edema articular	Lesões decorrentes de disseminação BCG
	Artrite	Evidências clínicas de sangramentos	Mialgia
	Calor local	Fadiga	Pancreatite
	Cefaléia	Febre igual ou maior a 39,5°	Parotidite
	Cefaléia e vômito	Febre menor que 39,5°	Sonolência
	Choro persistente	Hiperemia bilateral nos olhos	
	Dificuldade de deambular	Hiperemia em articulações	
Data de início do(s) sintoma(s): 02/01/2013	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: ___ dia(s) 6 hora(s) ___ minuto(s)	Duração do evento: ___ dia(s) ___ hora(s) ___ minuto(s)	
Atendimento médico			
Recebeu atendimento médico? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data do atendimento 03/01/13	Caso afirmativo, tipo de atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Ambulatorial 2 - Domiciliar 3 - Hospitalar 9 - Ignorado	Ficou em observação? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Nome do local de atendimento: Hospital Materno Infantil (P.S.P)		Ficou em enfermagem? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Ficou em UTI? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Município: Goiânia		Código (CNES):	Data da alta: ___/___/___
		Código (IBGE):	UF: GO

SESGU  
FIS. 65  
MAGPOS/SUNAS  
PROTÓCOLO  
423 FOLHAS  
60  
ASSEMBLEIA LE. SOLATINA

**Hemograma**  
Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Série vermelha Hemácias mm<sup>3</sup> Hemoglobina Hematócrito Plaquetas  
Série branca Leucócitos mm<sup>3</sup> Monócitos % Linfócitos % Neutrófilos % Eosinófilos %  
Data da Coleta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Bilirrubina Total mg/dl Bilirrubina Direta mg/dl AST (TGO) UI ALT (TGP) UI Ureia mg/dl  
Creatinina mg/dl Provas de Coagulação INR PT PTT

**Punção Lombar**  
 1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado  
Data da Punção: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Citoquímica (Liquor) Leucócitos mm<sup>3</sup> Neutrófilos % Linfócitos %  
Glicose mg Proteínas mg  
Cultura do liquor ou Latex  1 - Sim  
Especificar: 2 - Não  
Bacterioscopia  1 - Sim  
Especificar: 2 - Não

**Deteção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)**  
 1 - Sangue  
 2 - Líquor  
 3 - Tecido  
 4 - Outros  
 9 - Ignorado  
Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
PCR  1 - Positivo  
 2 - Negativo  
 3 - Inconclusivo  
 9 - Ignorado  
Outros métodos: \_\_\_\_\_

**Realizada Necropsia**  
 1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anatomo-Patológico  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Histopatológico  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Imunohistoquímica  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ECG** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **RM** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**EEG** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **ENMG** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**RX** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **USG** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**TC** Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Informações complementares**  
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

**Diagnóstico**

(Assinalar apenas o diagnóstico final)

Anafilaxias	Mielite
Broncopneumonia	Neurite ótica
Doença neurológica aguda associada a VFA	Panencefalite esclerosante subaguda
Doença viscerotrópica aguda associada a VFA	Paralisia de Bell
Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	Pneumonia
Encefalopatia/Encefalite	Púrpura não trombocitopênica
Episódio hipotônico hiporresponsivo	Púrpura trombocitopênica
Invaginação intestinal	Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
Meningite	Outros:

**Conclusões do caso**

**Categoria do evento:**  
 1 - Reação vacinal  
 2 - Erro programático  
 3 - Coincidente (associação temporal)  
 4 - Reação no local de aplicação  
 9 - Ignorado

**Erros programáticos (procedimento inadequado):**  
 1 - Tipo de imunobiológico utilizado  
 2 - Via de administração  
 3 - Diluição  
 4 - Conservação  
 5 - Fora da idade recomendada  
 6 - Técnica de administração  
 7 - Intervalo inadequado entre doses  
 8 - Intervalo inadequado entre vacinas  
 9 - Validade vencida  
 10 - Outros  
Especificar: \_\_\_\_\_

**Classificação por causalidade:**  
 1 - Confirmado  
 2 - Descartado  
 3 - Possível  
 4 - Provável  
 5 - Impossível  
 6 - Não relacionado (descartado)  
 7 - Inconclusivo

**Classificação por gravidade:**  
 1 - Óbito  
 2 - Ameaça à vida  
 3 - Motivou ou prolongou a hospitalização  
 4 - Anomalias congênitas  
 5 - Incapacidade persistente ou significativa  
 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)

**Evolução do caso:**  
 1 - Cura sem sequelas  
 2 - Cura com sequelas  
 3 - Óbito por EAPV  
 4 - Óbito por outras causas  
 5 - Perda de seguimento  
 6 - Não é EAPV

**Data do óbito:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Conduta frente ao esquema vacinal:**  
 1 - Esquema mantido  
 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar)  
 3 - Contra-indicação com substituição de esquema  
 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema  
 5 - Esquema encerrado  
 9 - Ignorado

**Data de encerramento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Responsável pelo preenchimento**

Nome: Maria dos Anjos de Souza Função: Doc. Enfermagem  
Município: Goianinha Telefone de contato: 39562917  
Unidade de Saúde: HMI Código (IBGE): \_\_\_\_\_  
Assinatura: [Assinatura] Código (CNES): \_\_\_\_\_ Telefone: 39562917  
Data: 11.06.13

M. Das Cruzes De S. Val  
Téc. Enfermagem  
COREN nº 30278



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº da ficha:

Data da notificação:

Data de início da investigação:

Número do cartão SUS:

SES-GO

Fls. 66

16/01/13 AGPOS/SUNAS

16/01/13

PROTÓCOLO

43 FOLHAS

ASSEMBLEIA LE. (SLATV)

Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

Dados de notificação							
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goiânia</u>		Código (IBGE):		
Unidade de saúde: <u>Hospital Materno Infantil</u>					Código (CNES):		
Dados pessoais							
Nome completo do paciente: <u>Helipe Rodrigues Souza</u>					Iniciais: <u>J.R.S</u>	Data de nascimento: <u>07.01.2009</u>	
Idade na vacinação: <u>4</u> <u>3</u> Idade: 1 - dias, 2 - meses, 3 - anos		Sexo: <u>1</u> 1 - Masculino, 2 - Feminino, 9 - Ignorado	Raça: <u>1</u> 1 - Branca, 2 - Preta, 3 - Amarela, 4 - Perda, 5 - Indígena, 9 - Ignorado				
Ocupação: <u>menor</u>				Nome da mãe: <u>Leiria Silva de Souza</u>			
Gestante? <u>2</u> 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? _____ mês		Recém nascido em aleitamento materno? <u>2</u> 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado		Mulheres amamentando? <u>2</u> 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado		
Dados residenciais							
Endereço (rua, praça, avenida, etc): <u>Rua Ipanema</u>				Número: <u>06218</u>	Complemento: <u>apto 118</u>	Bairro/Distrito: <u>Belém II</u>	
Ponto de referência: <u>Catatau - jet sky</u>			Zona: <u>1</u> 1 - Urbana, 2 - Rural, 9 - Ignorado	CEP: _____	Telefones: _____		
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goiânia</u>		Código (IBGE):		
Dados sobre a vacinação							
Data da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s): (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s):	Nº Lote(s):	Validade:
<u>16/01/13</u>	<u>DTP-Hib</u>	<u>2ª</u>	<u>IM</u>	<u>V. lateral</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
Dados da unidade de saúde de administração/aplicação							
País: <u>Brasil</u>		UF: <u>GO</u>	Município: <u>Goiânia</u>		Código (IBGE):		
Unidade de saúde: <u>CAIS - Compinar</u>				Código (CNES):	Local de vacinação: <u>1</u> 1 - Rede pública, 2 - Rede privada, 9 - Ignorado		
História patológica: progressiva							
Doenças pré-existentes? <u>2</u> 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual?		<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Doença hepática Especificar: _____	
				<input type="checkbox"/> Alergia alimentar Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Doença neurológica e/ou psiquiátrica Especificar: _____		
				<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Doença pulmonar Especificar: _____		
				<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Outras Especificar: _____		
				<input type="checkbox"/> Doença Auto-imune Especificar: _____			
Uso de medicação anterior a vacinação? <u>2</u> 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual?		<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante	<input type="checkbox"/> Medicamentos homeopáticos		
				<input type="checkbox"/> Antitérmico	<input type="checkbox"/> Quimioterapia, radioterapia		
				<input type="checkbox"/> Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____	<input type="checkbox"/> Outros: _____		
				<input type="checkbox"/> Imunoglobulinas			

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias?		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Caso afirmativo, data da transfusão: ____/____/____			
História prévia de convulsões		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Convulsão febril <input type="checkbox"/> 2 - Convulsão afebril <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
Algum EAPV anterior à presente vacinação?	Caso afirmativo, qual EAPV anterior?	Caso afirmativo, qual vacina administrada?	Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior?			
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado						
Data de ocorrência de EAPV anterior:	Caso afirmativo, local de vacinação em EAPV anterior:	Fez uso de medicação em EAPV anterior?	Se sim especifique:			
	<input type="checkbox"/> 1 - Rede pública <input type="checkbox"/> 2 - Clínica privada <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
<b>Antecedentes epidemiológicos</b>						
Viajou nos últimos 15 dias?	Viagem:	Caso afirmativo, data de ida:	Caso afirmativo, data de volta:			
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Nacional <input type="checkbox"/> 2 - Internacional País: _____	____/____/____	____/____/____			
UF: _____	Município: _____	Código (IBGE): _____				
Foi vacinado durante a viagem?	Caso afirmativo, local de vacinação:	Qual o motivo?	Caso afirmativo, data da vacinação:	Recebeu vacina(s) para viajar?		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Rede pública <input type="checkbox"/> 2 - Clínica privada <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Campanha <input type="checkbox"/> 2 - Rotina <input type="checkbox"/> 3 - Recomendação médica	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
<b>Dados sobre EAPV:</b>						
Manifestações locais	<input type="checkbox"/> Abscesso frio	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia > 3 cm supurada			
	<input type="checkbox"/> Abscesso com drenagem espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> Enduração	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia não supurada			
	<input type="checkbox"/> Abscesso quente	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Rubor			
	<input type="checkbox"/> Atrofia no local de aplicação	<input type="checkbox"/> Exantema em local diferente da aplicação	<input type="checkbox"/> Úlcera			
	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Exantema generalizado	<input type="checkbox"/> Outras reações locais			
	<input type="checkbox"/> Celulite	<input type="checkbox"/> Linfadenite não supurada				
	<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Linfadenite supurada				
Data de início do(s) sintoma(s):	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica:	Duração do evento:				
16, 01, 13	____ dia(s) 01 hora(s) 00 minuto(s)	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)				
Manifestações clínicas sistêmicas	<b>Pele/Mucosas:</b>					
	<input type="checkbox"/> Angiodema de lábios	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Púrpura			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de laringe	<input type="checkbox"/> Hiperemia e coceira nos olhos	<input type="checkbox"/> Urticária generalizada			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de língua	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Urticária no local de aplicação			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de membros	<input checked="" type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outro evento da pele ou mucosas			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de olhos	<input type="checkbox"/> Petéquias				
	<input type="checkbox"/> Angiodema generalizado	<input type="checkbox"/> Prurido				
	<b>Cardiovasculares:</b>					
	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia			
	<b>Respiratórias:</b>					
	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sensação de fechamento de garganta			
	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo/Laríngeoespasmo	<input type="checkbox"/> Espirros	<input type="checkbox"/> Taquipnéia			
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar	<input type="checkbox"/> Rinorréia	<input type="checkbox"/> Tiragem intercostal			
	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Rouquidão	<input type="checkbox"/> Tosse seca			
	<b>Neurológicas:</b>					
	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Convulsão tônico-clônica	<input type="checkbox"/> Paresia			
	<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Parestesia			
	<input type="checkbox"/> Convulsão afebril	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Resposta diminuída a estímulos			
	<input type="checkbox"/> Convulsão febril	<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Sinais neurológicos focais ou multifocais			
	<input type="checkbox"/> Convulsão focal	<input type="checkbox"/> Não responde a estímulos	<input type="checkbox"/> Outros eventos neurológicos graves			
<input type="checkbox"/> Convulsão generalizada	<input type="checkbox"/> Paralisia de membros inferiores	<input type="checkbox"/> Outras paralisias				
<b>Gastrointestinais:</b>						
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Fezes com raias de sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas				
<input checked="" type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Invaginação intestinal	<input checked="" type="checkbox"/> Vômitos				
<input type="checkbox"/> Enterorragia	<input type="checkbox"/> Melena					
Data de início do(s) sintoma(s):	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica:	Duração do evento:				
16, 01, 13	____ dia(s) 01 hora(s) 00 minuto(s)	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)				
Outras manifestações	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Edema articular	<input type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação BCG			
	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Evidências clínicas de sangramentos	<input type="checkbox"/> Mialgia			
	<input type="checkbox"/> Calor local	<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Pancreatite			
	<input checked="" type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Febre igual ou maior a 39,5°	<input type="checkbox"/> Parotidite			
	<input checked="" type="checkbox"/> Cefaléia e vômito	<input checked="" type="checkbox"/> Febre menor que 39,5°	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolência			
	<input checked="" type="checkbox"/> Choro persistente	<input type="checkbox"/> Hiperemia bilateral nos olhos				
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular	<input type="checkbox"/> Hiperemia em articulações				
Data de início do(s) sintoma(s):	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica:	Duração do evento:				
16, 01, 13	____ dia(s) 01 hora(s) 00 minuto(s)	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)				
<b>Atendimento médico</b>						
Recebeu atendimento médico?	Data do atendimento	Caso afirmativo, tipo de atendimento:	Ficou em observação?	Ficou em enfermaria?	Ficou em UTI?	Data da alta:
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	16, 01, 13	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Ambulatorial <input type="checkbox"/> 2 - Domiciliar <input type="checkbox"/> 3 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	____/____/____
Nome do local de atendimento:			Código (CNES):			
Hospital Materno Infantil						
Município:			Código (IBGE):		UF:	
Cyanã					GO	

Jonair José do Prado  
Enfermeiro  
CREN 242341

**Informações laboratoriais complementares**  
 Tipos de exames (hematologia, bioquímica, líquor, sorologias, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros): Especificar resultados relevantes.

Hemograma	Data da Coleta: <u>16/01/2013</u>	Hemácias mm <sup>3</sup>		Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas
	Série vermelha	Leucócitos mm <sup>3</sup>		Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %
	Série branca	Bilirubina Total mg/dl		Bilirubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI
Bioquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	Data da Coleta: ___/___/___	Creatinina mg/dl		Provas de Coagulação	INR	PT
Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Punção: ___/___/___				
	Citoquímica (Líquor)	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %	Cultura do Líquor ou Latex	<input type="checkbox"/> 1 - Sim Especificar: ___ <input type="checkbox"/> 2 - Não
		Glicose mg	Proteínas mg		Bacterioscopia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim Especificar: ___ <input type="checkbox"/> 2 - Não
Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)	<input type="checkbox"/> 1 - Sangue <input type="checkbox"/> 2 - Líquor <input type="checkbox"/> 3 - Tecido <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Coleta: ___/___/___		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	PCR	<input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Outros métodos: _____			
Realizada Necropsia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: ___/___/___				
	Anatomo-Patológico	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: ___/___/___			
	Histopatológico	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: ___/___/___			
	Imunohistoquímica	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: ___/___/___			
ECG	Data do exame: ___/___/___	RM	Data do exame: ___/___/___			
EEG	Data do exame: ___/___/___	ENMG	Data do exame: ___/___/___			
RX	Data do exame: ___/___/___	USG	Data do exame: ___/___/___			
TC	Data do exame: ___/___/___					

**Informações complementares**  
 (Descreva apenas as informações relevantes que complementem os dados da ficha)

**Diagnóstico**  
 (Assinale apenas o diagnóstico final)

<input type="checkbox"/> Anafilaxias	<input type="checkbox"/> Mielite
<input type="checkbox"/> Broncopneumonia	<input type="checkbox"/> Neurite ótica
<input type="checkbox"/> Doença neurológica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Panencefalite esclerosante subaguda
<input type="checkbox"/> Doença viscerotrópica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Paralisia de Bell
<input type="checkbox"/> Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	<input type="checkbox"/> Pneumonia
<input type="checkbox"/> Encefalopatia/Encefalite	<input type="checkbox"/> Púrpura não trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Episódio hipotônico hiporresponsivo	<input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Invaginação intestinal	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Outros:

**Conclusão do caso**

<b>Categoria do evento:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>Erros programáticos (procedimento inadequado):</b> <input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 10 - Outros Especificar: _____	<b>Classificação por causalidade:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Provável <input type="checkbox"/> 5 - Impossível <input type="checkbox"/> 6 - Não relacionado (descartado) <input type="checkbox"/> 7 - Inconclusivo	<b>Classificação por gravidade:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivou ou prolongou a hospitalização <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênitas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade persistente ou significante <input type="checkbox"/> 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)
<b>Evolução do caso:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem seqüelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com seqüelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não é EAPV	<b>Data do óbito:</b> ___/___/___	<b>Conduta frente ao esquema vacinal:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contra-indicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>Data de encerramento:</b> ___/___/___

**Responsável pelo preenchimento**

Nome: <u>Maria dos Anjos P. Jonai José do Prado / Enfermeiro</u>	Função: _____	Telefone de contato: <u>39562917</u>
Município: <u>Goianinha</u>		Código (IBGE): _____
Unidade de Saúde: <u>HMT</u>	Código: (CNES) _____	Telefone: <u>39562917</u>
Assinatura: <u>[Assinatura]</u>		Data: <u>16.01.2013</u>



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº da ficha:

Data da notificação:

Data de início da investigação:

Número do cartão SUS:

Fls. 68

AGROS/SUNAS



Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

Dados de notificação

Pais: Brasil UF: GO Município: Goianinha Código (IBGE):  
Unidade de saúde: Hospital Materno Infantil Código (CNES):

Dados pessoais

Nome completo do paciente: Gustavo Felipe Cardoso Saindade GFCT Iniciais: GFCT Data de nascimento: 27/08/2012  
Idade na vacinação: 4 meses Sexo:  1 - Masculino  2 - Feminino  9 - Ignorado Raça: 9 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado  
Idade: 4 meses Ocupação: Impecor Nome da mãe: Sandra Saindade  
Gestante?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? \_\_\_\_\_ mês Recém nascido em aleitamento materno?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado Mulheres amamentando?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

Dados residenciais

Endereço (rua, praça, avenida, etc.): Rua Aquino Porto Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro/Distrito: Barro Preto  
Ponto de referência: \_\_\_\_\_ Zona:  1 - Urbana  2 - Rural  9 - Ignorado CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (61) 3634-5778  
Pais: Brasil UF: GO Município: Goianinha Código (IBGE): (61) 3293-2160

Dados sobre a vacinação

Data da vacinação	Imunobiológico(s) aplicado(s) (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços ou campanha)	Via de administração (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s)	Nº Lote(s)	Validade
02/01	Sobin	2ª	V. Oral	Oral	---	---	---
02/01	Hep. B	2ª	IM	V. lateral	---	57076/1	---
02/01	Tetanolente	2ª	IM	V. lateral	---	1453062	---
02/01	Rotarix	2ª	V. oral	Oral	---	---	---
02/01	Proximo 10	2ª	IM	V. lateral	---	---	---

Dados da unidade de saúde de administração/aplicação

Pais: Brasil UF: GO Município: Goianinha Código (IBGE):  
Unidade de saúde: Unidade Básica de Saúde Código (CNES): \_\_\_\_\_ Local de vacinação:  1 - Rede pública  2 - Rede privada  9 - Ignorado

História patológica progressa

Doenças pré-existentes?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

Caso afirmativo qual?  AIDS/HIV  Doença cardíaca Especificar: \_\_\_\_\_  
 Alergia alimentar Especificar: \_\_\_\_\_  Doença hepática Especificar: \_\_\_\_\_  
 Alergia a medicamentos Especificar: \_\_\_\_\_  Doença neurológica e/ou psiquiátrica Especificar: \_\_\_\_\_  
 Diabetes  Doença pulmonar Especificar: \_\_\_\_\_  
 Doença Auto-imune Especificar: \_\_\_\_\_  Outras Especificar: \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsivante  Medicamentos homeopáticos  
 Antitérmico  Quimioterapia, radioterapia  
 Corticóides Via: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_  
 Imunoglobulinas

Uso de medicação anterior a vacinação?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado. Caso afirmativo, data da transfusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

História prévia de convulsões  1 - Convulsão febril, 2 - Convulsão afebril, 9 - Ignorado.

Algum EAPV anterior à presente vacinação?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado.

Data de ocorrência de EAPV anterior: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Caso afirmativo, qual vacina administrada? \_\_\_\_\_.

Viagrou nos últimos 15 dias?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado. Viagem:  1 - Nacional,  2 - Internacional. País: \_\_\_\_\_.

UF: \_\_\_\_\_. Município: \_\_\_\_\_.

Foi vacinado durante a viagem?  1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado. Caso afirmativo, local de vacinação:  1 - Rede pública,  2 - Clínica privada,  9 - Ignorado. Qual o motivo?  1 - Campanha,  2 - Rotina,  3 - Recomendação médica.

Recheu vacina(s) para viajar?  1 - Sim,  2 - Não,  9 - Ignorado. Qual(is)? \_\_\_\_\_.

**Antecedentes epidemiológicos:**

Manifestações locais:

<input type="checkbox"/>	Abscesso frio	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>	Linfadenomegalia > 3 cm supurada
<input type="checkbox"/>	Abscesso com drenagem espontânea	<input type="checkbox"/>	Enduração	<input type="checkbox"/>	Linfadenomegalia não supurada
<input type="checkbox"/>	Abscesso quente	<input type="checkbox"/>	Eritema	<input type="checkbox"/>	Rubor
<input type="checkbox"/>	Atrofia no local de aplicação	<input type="checkbox"/>	Exantema em local diferente da aplicação	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	Calor	<input type="checkbox"/>	Exantema generalizado	<input type="checkbox"/>	Outras reações locais
<input type="checkbox"/>	Celulite	<input type="checkbox"/>	Linfadenite não supurada	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dor	<input type="checkbox"/>	Linfadenite supurada	<input type="checkbox"/>	

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s).

Duração do evento: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s).

**Manifestações clínicas sistêmicas:**

<input type="checkbox"/>	Pele/Mucosas:	<input type="checkbox"/>	Cianose	<input type="checkbox"/>	Púrpura
<input type="checkbox"/>	Angiodema de lábios	<input type="checkbox"/>	Hiperemia e coceira nos olhos	<input type="checkbox"/>	Urticária generalizada
<input type="checkbox"/>	Angiodema de língua	<input type="checkbox"/>	Ictericidade	<input type="checkbox"/>	Urticária no local de aplicação
<input type="checkbox"/>	Angiodema de membros	<input type="checkbox"/>	Palidez	<input type="checkbox"/>	Outro evento da pele ou mucosas
<input type="checkbox"/>	Angiodema de olhos	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Angiodema generalizado	<input type="checkbox"/>	Purúlo	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares:	<input type="checkbox"/>	Taquicardia	<input type="checkbox"/>	Bradicardia
<input type="checkbox"/>	Hipotensão	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Respiratórias:	<input type="checkbox"/>	Dor de garganta	<input type="checkbox"/>	Sensação de fechamento de garganta
<input type="checkbox"/>	Apnéia	<input type="checkbox"/>	Espirros	<input type="checkbox"/>	Taquipnéia
<input type="checkbox"/>	Broncoespasmo/Laríngeoespasmo	<input type="checkbox"/>	Rinorréia	<input type="checkbox"/>	Tinagem intercostal
<input type="checkbox"/>	Dificuldade de respirar	<input type="checkbox"/>	Rouquidão	<input type="checkbox"/>	Tosse seca
<input type="checkbox"/>	Dispnéia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Neurológicas:	<input type="checkbox"/>	Convulsão tônico-clônica	<input type="checkbox"/>	Parésia
<input type="checkbox"/>	Ataxia	<input type="checkbox"/>	Desmaio	<input type="checkbox"/>	Paréstesia
<input type="checkbox"/>	Alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/>	Hipotonia	<input type="checkbox"/>	Resposta diminuída a estímulos
<input type="checkbox"/>	Convulsão afebril	<input type="checkbox"/>	Letargia	<input type="checkbox"/>	Sinais neurológicos focais ou multifocais
<input type="checkbox"/>	Convulsão febril	<input type="checkbox"/>	Não responde a estímulos	<input type="checkbox"/>	Outros eventos neurológicos graves
<input type="checkbox"/>	Convulsão focal	<input type="checkbox"/>	Paralisia de membros inferiores	<input type="checkbox"/>	Outras paralisias
<input type="checkbox"/>	Convulsão generalizada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gastrointestinais:	<input type="checkbox"/>	Fezes com raios de sangue	<input type="checkbox"/>	Náuseas
<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>	Irvinginação intestinal	<input type="checkbox"/>	Vômitos
<input type="checkbox"/>	Dor abdominal	<input type="checkbox"/>	Melena	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enterorragia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Data de início do(s) sintoma(s): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s).

Duração do evento: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s).

**Outras manifestações:**

<input type="checkbox"/>	Artralgia	<input type="checkbox"/>	Edema articular	<input type="checkbox"/>	Lesões decorrentes de disseminação BCG
<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Evidências clínicas de sangramentos	<input type="checkbox"/>	Mialgia
<input type="checkbox"/>	Calor local	<input type="checkbox"/>	Fadiga	<input type="checkbox"/>	Pancreatite
<input type="checkbox"/>	Cefaléia	<input type="checkbox"/>	Febre igual ou maior a 39,5°	<input type="checkbox"/>	Parotidite
<input type="checkbox"/>	Cefaléia e vômito	<input checked="" type="checkbox"/>	Febre menor que 39,5°	<input type="checkbox"/>	Sonolência
<input type="checkbox"/>	Choro persistente	<input type="checkbox"/>	Hiperemia bilateral nos olhos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dificuldade de deambular	<input type="checkbox"/>	Hiperemia em articulações	<input type="checkbox"/>	

Data de início do(s) sintoma(s): 02.01.2017. Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: 18 dia(s) 18 hora(s) — minuto(s).

Duração do evento: \_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minuto(s).

**Atendimento médico:**

<input checked="" type="checkbox"/>	Recebeu atendimento médico?	<input type="checkbox"/>	Ficou em observação?	<input type="checkbox"/>	Ficou em enfermaria?	<input type="checkbox"/>	Ficou em UTI?	<input type="checkbox"/>	Data da alta: ____/____/____
<input type="checkbox"/>	1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	
Nome do local de atendimento: <u>HMI (P.S.P)</u>		Código (CNES): _____		Código (IBGE): _____		UF: _____			
Município: <u>Goianinha</u>									





Tipos de exames (hematologia, bioquímica, liquor, sorologias, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros). Especificar resultados relevantes.

Hemograma	Data da Coleta: <u>11/11/2013</u> <u>Não realizada</u>																			
	<table border="1"> <tr> <td>Série vermelha</td> <td>Hemácias mm<sup>3</sup></td> <td>Hemoglobina</td> <td>Hematócrito</td> <td>Plaquetas</td> </tr> <tr> <td>Série branca</td> <td>Leucócitos mm<sup>3</sup></td> <td>Monócitos %</td> <td>Linfócitos %</td> <td>Neutrófilos %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Bilirrubina Total mg/dl</td> <td>Bilirrubina Direta mg/dl</td> <td>AST (TGO) UI</td> <td>ALT (TGP) UI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Creatinina mg/dl</td> <td>Provas de Coagulação</td> <td>INR</td> <td>PT</td> </tr> </table>	Série vermelha	Hemácias mm <sup>3</sup>	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	Série branca	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %		Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI		Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação	INR
Série vermelha	Hemácias mm <sup>3</sup>	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas																
Série branca	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %																
	Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI																
	Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação	INR	PT																

Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Punção: ___/___/___											
	<table border="1"> <tr> <td>Citoquímica (Liquor)</td> <td>Leucócitos mm<sup>3</sup></td> <td>Neutrófilos %</td> <td>Linfócitos %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Glicose mg</td> <td>Proteínas mg</td> <td></td> </tr> </table>	Citoquímica (Liquor)	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %		Glicose mg	Proteínas mg		<table border="1"> <tr> <td>Cultura do liquor ou Lalex</td> <td><input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado</td> </tr> <tr> <td>Bacterioscopia</td> <td><input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não</td> </tr> </table>	Cultura do liquor ou Lalex	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Bacterioscopia
Citoquímica (Liquor)	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %										
	Glicose mg	Proteínas mg											
Cultura do liquor ou Lalex	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado												
Bacterioscopia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não												

Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)	<input type="checkbox"/> 1 - Sangue <input type="checkbox"/> 2 - Liquor <input type="checkbox"/> 3 - Tecido <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Coleta: ___/___/___	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	<table border="1"> <tr> <td>PCR</td> <td><input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado</td> </tr> </table>	PCR	<input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
PCR	<input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

Realizada Necropsia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data: ___/___/___
	Anatomo-Patológico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data: ___/___/___
	Histopatológico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data: ___/___/___
	Imunohistoquímica <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data: ___/___/___

ECG	Data do exame: ___/___/___	RM	Data do exame: ___/___/___
EEG	Data do exame: ___/___/___	ENMG	Data do exame: ___/___/___
RX	Data do exame: ___/___/___	USG	Data do exame: ___/___/___
TC	Data do exame: ___/___/___		

Informações complementares (Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

Diagnóstico

<input type="checkbox"/> Anafilaxas <input type="checkbox"/> Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Doença neurológica aguda associada a VFA <input type="checkbox"/> Doença viscerotrópica aguda associada a VFA <input type="checkbox"/> Encefalomielite disseminada aguda (ADEM) <input type="checkbox"/> Encefalopatia/Encefalite <input type="checkbox"/> Episódio hipotônico hiporresponsivo <input type="checkbox"/> Invaginação intestinal <input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Mielite <input type="checkbox"/> Neurite óptica <input type="checkbox"/> Panencefalite esclerosante subaguda <input type="checkbox"/> Paralisia de Bell <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Púrpura não trombocitopênica <input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopênica <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) <input type="checkbox"/> Outros: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Conclusão do caso

Categoria do evento: <input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Erros programáticos (procedimento inadequado): <input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 10 - Outros Especificar: _____	Classificação por causalidade: <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Provável <input type="checkbox"/> 5 - Impossível <input type="checkbox"/> 6 - Não relacionado (descartado) <input type="checkbox"/> 7 - Inconclusivo	Classificação por gravidade: <input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivo ou prolongou a hospitalização <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênicas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade persistente ou significativa <input type="checkbox"/> 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)
Evolução do caso: <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem seqüelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com seqüelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não é EAPV	Data do óbito: ___/___/___ Conduta frente ao esquema vacinal: <input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contra-indicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data de encerramento: ___/___/___	

Responsável pelo preenchimento

Nome: <u>Maria dos Anjos de Sousa</u>	Função: <u>Doc em Enfermagem</u>	Telefone de contato: <u>39562917</u>
Município: <u>Goianinha</u>		Código (IBGE): _____
Unidade de Saúde: <u>UMI</u>	Código (CNES): _____	Telefone: <u>39562917</u>
Assinatura: <u>Maria dos Anjos de Sousa</u>		Data: <u>11.01.13</u>

Med. Das Graças De S. Vaz  
Téc. Farmacogen.  
COREN Nº 36278



Ministério de Saúde  
 Secretaria de Vigilância em Saúde  
 Departamento de Vigilância Epidemiológica  
 Coordenação Geral de Doenças e Agravamentos de Imunização

Nº de ficha: \_\_\_\_\_  
 Data de notificação: 16.01.2013  
 Data de início da investigação: 10.01.2013  
 Número do cartão SUS: \_\_\_\_\_

SES-GO  
 Fls. 70  
 AGPOS/SUNAS

PROTÓCOLO  
 97 FOLHAS  
 ASSEMBLEIA LF. 31/11/11

Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou imunoglobulina

**Dados de notificação**

UF: GO Município: Goianinha Código (IBGE): \_\_\_\_\_  
 Nome da unidade de saúde: Hospital Materno Infantil Código (CNES): \_\_\_\_\_

**Dados pessoais**

Nome completo do paciente: Juan Yelude Santiago Santos Iniciais: JY.S.S Data de nascimento: 17.02.2011  
 Idade na vacinação: 3 Sexo: 1 Raça: 9  
 1 - 0ias 2 - meses 3 - anos  
 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado  
 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado  
 Nome da mãe: Maria se aplica Milvia Pereira dos Santos Noroia  
 Constante?  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? \_\_\_\_\_ mês  
 Recém nascido em aleitamento materno?  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Mulheres amamentando?  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**Dados residenciais**

Endereço (rua, praça, avenida, etc.): Rua A 19 Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro/Distrito: Pocque  
 Endereço de referência: \_\_\_\_\_ Zona: 1 CEP: 74000-000 Telefones: 62 91412193  
 1 - Urbana 2 - Rural 9 - Ignorado  
 UF: GO Município: Goianinha Código (IBGE): \_\_\_\_\_

**Dados sobre a vacinação**

Data de aplicação	Imunobiológico(s) aplicado(s) (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada: (1ª, 2ª, 3ª doses; 1º e 2º reforços ou campanha)	Via de administração: (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação: (deltóide, vasto lateral, glúteo e oral)	Fabricante(s)	Nº Lote(s)	Validade
<u>13</u>	<u>Meningoc</u>	<u>25</u>	<u>IM</u>	<u>V. lateral</u>	<u>—</u>	<u>619011</u>	<u>—</u>

**Dados da unidade de saúde de administração/aplicação**

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_  
 Nome da unidade de saúde: Unidade Básica de Saúde V. Martins Código (CNES): \_\_\_\_\_ Local de vacinação: 1  
 1 - Rede pública 2 - Rede privada 9 - Ignorado

**História patológica progressa**

Doenças pré-existentes?  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Caso afirmativo qual?  AIDS/HIV  Doença cardíaca Especificar: \_\_\_\_\_  
 Alergia alimentar Especificar: \_\_\_\_\_  Doença hepática Especificar: \_\_\_\_\_  
 Alergia a medicamentos Especificar: \_\_\_\_\_  Doença neurológica e ou psiquiátrica Especificar: \_\_\_\_\_  
 Diabetes  Doença pulmonar Especificar: \_\_\_\_\_  
 Doença Auto-imune Especificar: \_\_\_\_\_  Outras Especificar: \_\_\_\_\_  
 Anilconvulsivante  Medicamentos homeopáticos  
 Anilémico  Quimioterapia, radioterapia  
 Corticóides Via: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_  
 Imunoglobulinas

Uso de medicação anterior a vacinação?  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Resposta para o questionário de sintomas de SCA

Historia previa de convulsões:  Sim  Não  Ignorado

Algum EAPV anterior presente?  Sim  Não  Ignorado

Data de ocorrência do EAPV anterior:  Caso afirmativo local de vacinação em EAPV anterior:  Rede publica  Clínica privada  Ignorado

Recursos de medicação em EAPV anterior:  Sim  Não  Ignorado

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

Antecedentes epidemiológicos

Viagem nos últimos 14 dias?  Sim  Não  Ignorado

País:  Nacional  Internacional

UF:  Municipal  Estadual  Federal

Código IBGE: \_\_\_\_\_

Recebeu vacina durante a viagem?  Sim  Não  Ignorado

Caso afirmativo local de vacinação:  Rede publica  Clínica privada  Ignorado

Qual o motivo?  Demorância  Rotina  Recomendação médica

Caso afirmativo data da vacinação: \_\_\_\_\_

Recebeu vacinas durante a viagem?  Sim  Não  Ignorado

Quantas: \_\_\_\_\_

Dados sobre EAPV

Manifestações locais	<input type="checkbox"/> Abscesso frio	<input checked="" type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia > 3 cm supurada
	<input type="checkbox"/> Abscesso com drenagem espontânea	<input type="checkbox"/> Escarificação	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia não supurada
	<input type="checkbox"/> Abscesso quente	<input type="checkbox"/> Entorse	<input type="checkbox"/> Rubor
	<input type="checkbox"/> Atrofia no local de aplicação	<input type="checkbox"/> Exantema em local diferente da aplicação	<input type="checkbox"/> Úlcera
	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Exantema generalizado	<input type="checkbox"/> Outras reações locais
	<input type="checkbox"/> Celulite	<input type="checkbox"/> Linfadenite não supurada	
	<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Linfadenite supurada	

Data de início (dias) sintomas(s): 09.01.2013 Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: 16 hora(s) 0 minuto(s) Duração do evento: 2 dia(s) 0 hora(s) 0 minuto(s)

Manifestações clínicas sistêmicas	Pele/Mucosas		
	<input type="checkbox"/> Angioedema de lábios	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Púrpura
	<input type="checkbox"/> Angioedema de língua	<input type="checkbox"/> Hiperemia e coceira nos olhos	<input type="checkbox"/> Urticaria generalizada
	<input type="checkbox"/> Angioedema de língua	<input type="checkbox"/> Ictericas	<input type="checkbox"/> Urticaria no local de aplicação
	<input type="checkbox"/> Angioedema de membros	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outro evento da pele ou mucosas
	<input type="checkbox"/> Angioedema de oídos	<input type="checkbox"/> Petéquias	
	<input type="checkbox"/> Angioedema generalizado	<input type="checkbox"/> Prurido	
	Cardiovasculares		
	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia
	Respiratórias		
	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sensação de fechamento de garganta
	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo/ameioespasmo	<input type="checkbox"/> Espirros	<input type="checkbox"/> Taquionéia
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar	<input type="checkbox"/> Rinorréia	<input type="checkbox"/> Tiragem intercostal
	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Rouquidão	<input type="checkbox"/> Tosse seca
	Neurológicas		
	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Convulsão tônico-clônica	<input type="checkbox"/> Paresia
	<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Parestesia
	<input type="checkbox"/> Convulsão agridi	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Resposta diminuída a estímulos
	<input type="checkbox"/> Convulsão tônico	<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Síndes neurológicas locais ou multifocais
	<input type="checkbox"/> Convulsão focal	<input type="checkbox"/> Não responde a estímulos	<input type="checkbox"/> Outros eventos neurológicos graves
<input type="checkbox"/> Convulsão generalizada	<input type="checkbox"/> Paralisia de membros inferiores	<input type="checkbox"/> Outras paralisias	
Gastrointestinais			
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Fezes com raias de sangue	<input type="checkbox"/> Náuseas	
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Invasão intestinal	<input type="checkbox"/> Vômitos	
<input type="checkbox"/> Enterorragia	<input type="checkbox"/> Metema		

Data de início (dias) sintomas(s): \_\_\_\_\_ Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_\_ minuto(s) Duração do evento: \_\_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_\_ minuto(s)

Outras manifestações	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Edema articular	<input type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação ECG
	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Evidências clínicas de sangramentos	<input type="checkbox"/> Miopia
	<input type="checkbox"/> Calor local	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Pancreatite
	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Febre igual ou maior a 39,5°	<input type="checkbox"/> Parotidite
	<input type="checkbox"/> Cefaleia e vômito	<input type="checkbox"/> Febre menor que 39,5°	<input type="checkbox"/> Sonolência
	<input type="checkbox"/> Choro persistente	<input type="checkbox"/> Hiperemia bilateral nos olhos	
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular	<input type="checkbox"/> Hiperemia em articulações	

Data de início (dias) sintomas(s): \_\_\_\_\_ Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica: \_\_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_\_ minuto(s) Duração do evento: \_\_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_\_ minuto(s)

Atendimento médico

Recebeu atendimento médico?  Sim  Não  Ignorado

Data de atendimento: 10.01.13

Caso afirmativo, tipo de atendimento:  1 - Ambulatorial  2 - Domiciliar  3 - Hospitalar  9 - Ignorado

Ficou em observação?  Sim  Não  Ignorado

Ficou em enfermagem?  Sim  Não  Ignorado

Ficou em UTI?  Sim  Não  Ignorado

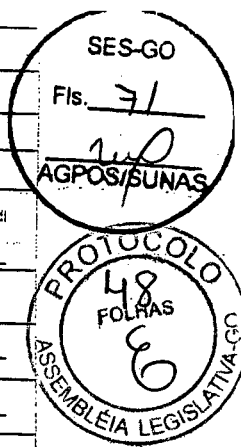
Data de alta: \_\_\_\_\_

Nome do local de atendimento: HMI Código (CNES): \_\_\_\_\_

Município: Goianinha Código (IBGE): \_\_\_\_\_ UF: GO

Informações laboratoriais complementares

Tipos de exames (hematológicos, bioquímicos, liquor, sorológicos, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros). Especificar resultados relevantes.



Hemograma

Data da Coleta:      /      /      *Mão realizada*

Série vermelha	Hemácias mm <sup>3</sup>	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas
Série branca	Leucócitos mm <sup>3</sup>	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos %
	Eosinófilos %			

Data da Coleta:      /      /     

Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) U/L	ALT (TGP) U/L	Ureia mg/dl
Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação	INR	PT	PTT

Punção Lombar

1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Data da Função:      /      /     

Leucócitos mm <sup>3</sup>	Neutrófilos %	Linfócitos %	Cultura do liquor ou Latex	<input type="checkbox"/> 1 - Sim; Especificar: <input type="checkbox"/> 2 - Não;
Glicose mg	Proteínas mg		Bacienoscopia	<input type="checkbox"/> 1 - Sim; Especificar: <input type="checkbox"/> 2 - Não;

Deteção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)

1 - Sangue  
 2 - Liquor  
 3 - Tecido  
 4 - Outros  
 5 - Ignorado

Data da Coleta:      /      /     

1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

PCR  1 - Positivo  
 2 - Negativo  
 3 - Inconclusivo  
 5 - Ignorado

Outros métodos:     

Realizada Necropsia

1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Data:      /      /     

Anatomo-Parológico  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Date:      /      /     

Histopatológico  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Date:      /      /     

Imunohistoquímica  1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

Date:      /      /     

ECG	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	RM	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>
EEG	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	ENMG	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>
RX	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>	USG	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>
TC	Data do exame: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>		

Informações complementares

(Descreva apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

Diagnóstico

(Assinale apenas o diagnóstico final)

<input type="checkbox"/> Anafilaxias	<input type="checkbox"/> Mielite
<input type="checkbox"/> Broncopneumonia	<input type="checkbox"/> Neurome ótica
<input type="checkbox"/> Doença neurológica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Panencefalite esclerosante subaguda
<input type="checkbox"/> Doença viscerotrófica aguda associada a VFA	<input type="checkbox"/> Paralisia de Bell
<input type="checkbox"/> Encefalomielite disseminada aguda (ADEM)	<input type="checkbox"/> Pneumonia
<input type="checkbox"/> Encefalopatia/Encefalite	<input type="checkbox"/> Púrpura não trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Episódio hipotônico hiporesponsivo	<input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopênica
<input type="checkbox"/> Invasão intestinal	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Outros:

Conclusão do caso

<p>Categoria do evento:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado</p>	<p>Erros programáticos (procedimento inadequado):</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 10 - Outros</p> <p>Especificar: <u>    </u></p>	<p>Classificação por causalidade:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Provável <input type="checkbox"/> 5 - Impossível <input type="checkbox"/> 6 - Não relacionado (descartado) <input type="checkbox"/> 7 - Inconclusivo</p>	<p>Classificação por gravidade:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivo ou prolongou a hospitalização <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênicas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade persistente ou significante <input type="checkbox"/> 6 - Nenhuma das anteriores (não grave)</p>
<p>Evolução do caso:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com sequelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não é EAPV</p>	<p>Data do óbito: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u></p>	<p>Conduta frente ao esquema vacinal:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contraindicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contraindicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado</p>	<p>Data de encerramento: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u></p>

Responsável pelo preenchimento

Nome: Maria dos Prazeres de Sousa 203 Função: Enf em Enfermagem Telefone de contato: 3956 2917

Município: Goiânia Código (IBGE):     

Unidade de Saúde: H.M.I. Código (CNES):      Telefone: 3956 2917

Assinatura: Maria dos Prazeres de Sousa 203 Data: 16.01.2013



Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização

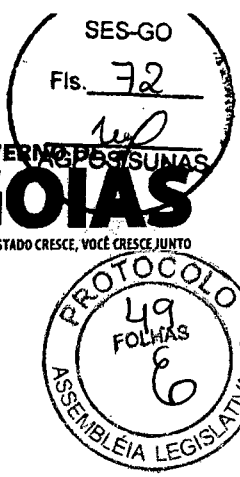


**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNADOR  
**GOIÁS**  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO



# Notificação

## do

## Corpo de

# Bombeiros.

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

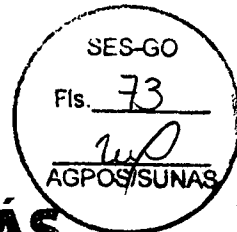
Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
2º BATALHÃO BOMBEIRO MILITAR  
SECIP



GOV. DE  
**GOIÁS**  
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL



## RELATÓRIO PADRÃO

Referência: Despacho n. 350/2012 - DECIP.

### 1. Identificação da Edificação:

Edificação: Hospital Materno Infantil

Endereço: Rua 7, Setor Coimbra, Goiânia-GO.

Risco: Médio

Sistema Preventivo Existente: Sistema Preventivo Fixo e Móvel.

Área construída: a confirmar, após apresentação do projeto aprovado pelo Corpo de Bombeiros

Protocolo: 30966/2010

Responsável: Dr. Ivan Isaac

Função: diretor executivo

Acompanhante do retorno da inspeção: Sr. José Saleno

Função: técnico em manutenção

### 2. Verificação:

Data do 3º retorno da inspeção: 23/10/2012.

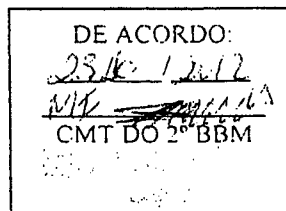
Objetivo: Verificar as questões de segurança do órgão supracitado.

O retorno da inspeção foi realizado seguindo as exigências constantes na Lei 15802/2006, que normatiza as inspeções em edificações existentes.

Em acordo com a referida legislação, a edificação possui instalação de segurança contra incêndio, explosão, pânico e desastres: Sistema Preventivo Fixo e Móvel.

Foram levantados os seguintes itens que continuam em exigências na edificação:

- 4.2 - Instalar pontos de iluminação de emergência, distanciados entre si no máximo a 15 m, nas rotas de fuga, corredores, escadas e acessos, conforme Norma Técnica 18 do CBM-GO;
- 4.2 - Sinalizar com simbologia e ou inscrição os equipamentos de combate a incêndio (hidrante, bomba de incêndio, alarme de incêndio, abrigo de mangueira, outros);
- 4.4 - Sinalizar acima das portas de acesso a escada com a simbologia, "saída de emergência";
- 5.1 - Instalar ou manter sistema de hidrante e mangotinho/sprinkler conforme projeto aprovado pelo CBMGO;
- 5.2 - Instalar ou manter sistema de alarme e ou detecção de incêndio de acordo com projeto aprovado pelo CBMGO;
- 5.7 - Manter caixas de incêndio (visíveis, desobstruídas, sinalizadas, equipadas com acessórios em condições de uso: adaptador, esguicho, mangueira, registro globo), conforme projeto aprovado pelo CBM-GO
- 7.1 - Apresentar a nota fiscal original dos extintores no ato do recebimento do CERCON;
- 7.2 - Apresentar Projeto Técnico correspondente à edificação, aprovado pelo CBMGO;



SES-GO  
Fls. 74  
AGP/SUNAS

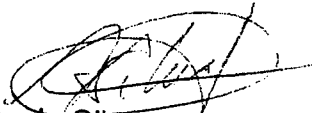
PROTÓCOLO  
50  
FOLHAS  
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

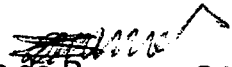
- 7.4 - Apresentar ART (anotação de responsabilidade técnica), de manutenção ou inspeção das Instalações Elétricas, Iluminação de Emergência, spda, hidrante central de gás, grupo moto gerador e dos vasos de pressão (auto claves e caldeiras);
- 10.1 - Construir rota de fuga, com sinalização de Saída de Emergência, orientando a evacuação rápida e segura da edificação;
- 10.3 - Desobstruir as saídas de emergências, pronto socorro de perinatária, auditório e ambulatório do setor de ginecologia, retirando o estrangulamento no corredor invertendo a abertura das portas, abrindo no sentido do fluxo de saída;
- 10.4 - Instalar guarda corpo com altura mínima de 1,05 m, preenchido conforme exigência normativa, para proteção das laterais das rampas;
- 11.1 - Instalar sinalização indicando todo sistema preventivo fixo e móvel existente na edificação, conforme NT 20 do CBM-GO

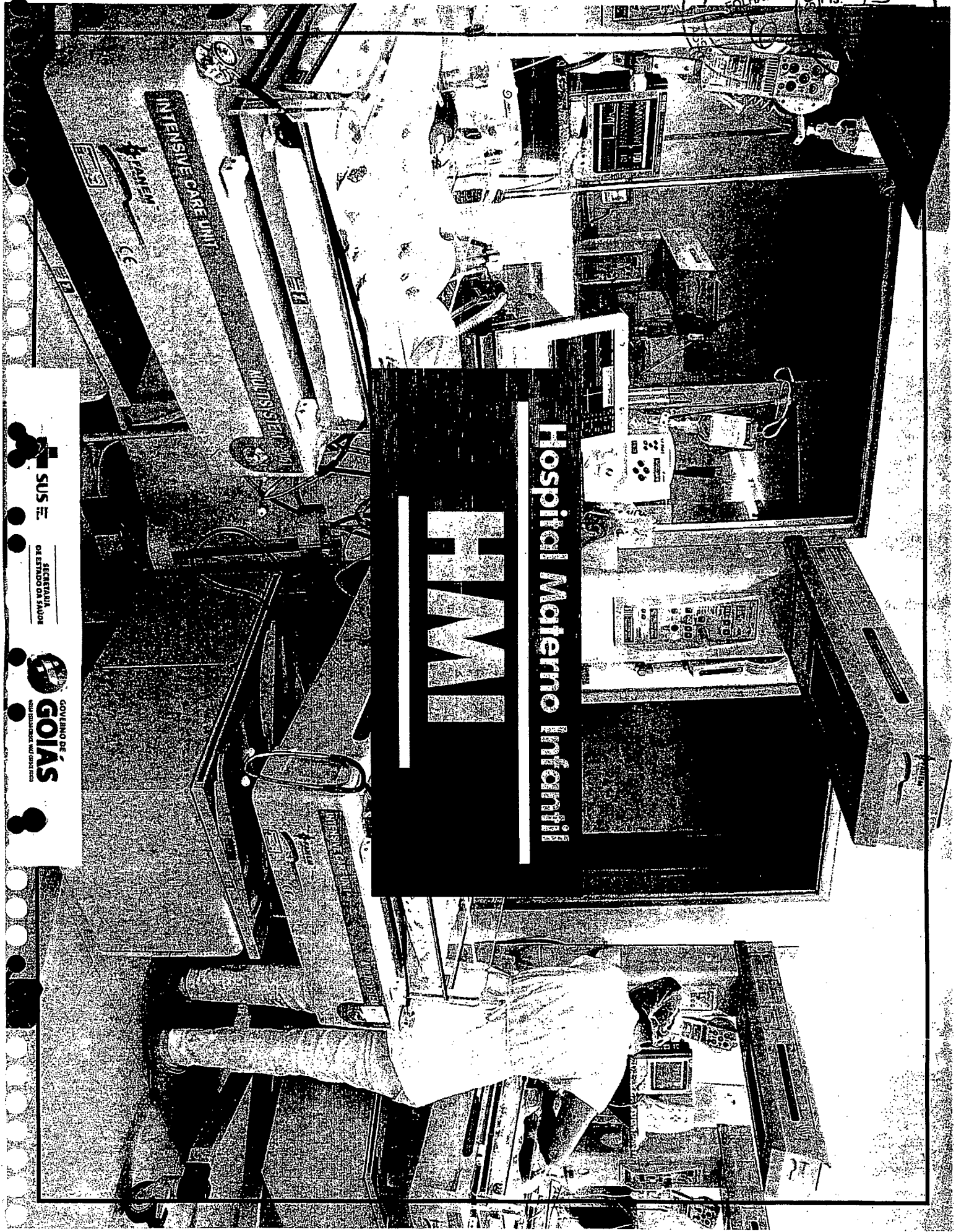
3. Parecer:

Após a terceira análise e inspeção, documento de fiscalização n. 003 de 24/11/2011), procedimento administrativo n. 02/2011 do 2º BBM e relatório de retorno de inspeção da Comissão Especial de Inspeção – CEI, designada pela portaria n. 95/2011 – CG, foi verificado que continuam exigências pendentes e requerem providências do responsável pela edificação, para que seja liberado o correspondente Certificado de Conformidade para a Instituição.

Goiânia, 23 de outubro de 2012.

  
Erli Xavier da Silva – 1º SGT QPC  
Vistoriador

  
EZIO Antônio de Barros – CAP QOC  
Subcomandante do 2º BBM



Hospital Materno Infantil

FMI

SUS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS  
MANTENDO A SAÚDE E O CUIDADO



# Avaliação HMI

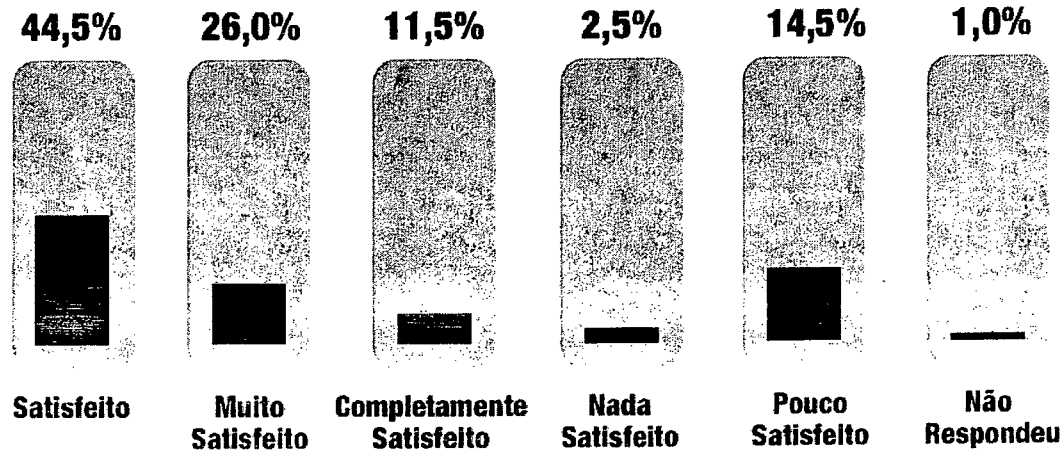
**NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM SERVIÇOS COMO: ATENDIMENTO MÉDICO, ATENDIMENTO DE ENFERMEIROS, ATENDIMENTO DE RECEPCIONISTAS E FUNCIONÁRIOS, EFETIVIDADE DOS EXAMES SOLICITADOS, HOTELARIA E ROUPARIA, LIMPEZA, ESTRUTURA FÍSICA, SEGURANÇA, ACESSO A MEDICAMENTOS E QUALIDADE DA ÁGUA SERVIDA AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES.**

**MÉDIA GERAL : 84,4%**

SÉS-GO  
Fls. 77  
AGP/OS/UN/13  
PROTÓCOLO  
52  
FOLHAS  
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

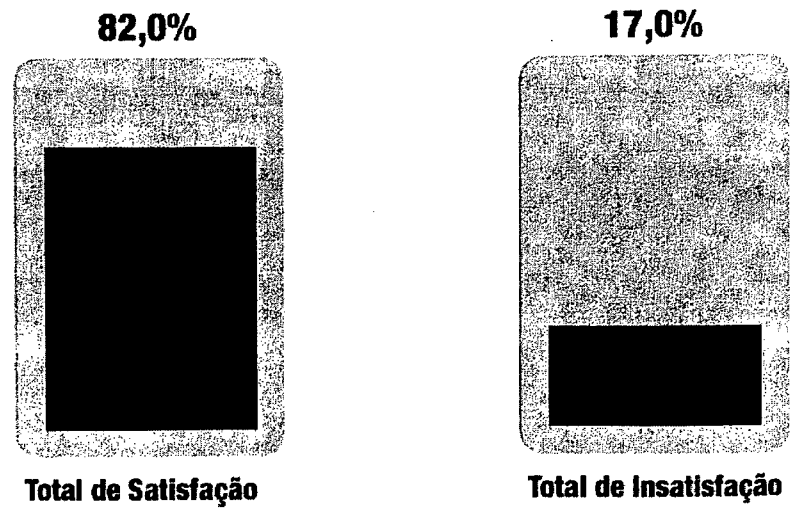
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 1. Atendimento por parte dos médicos



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

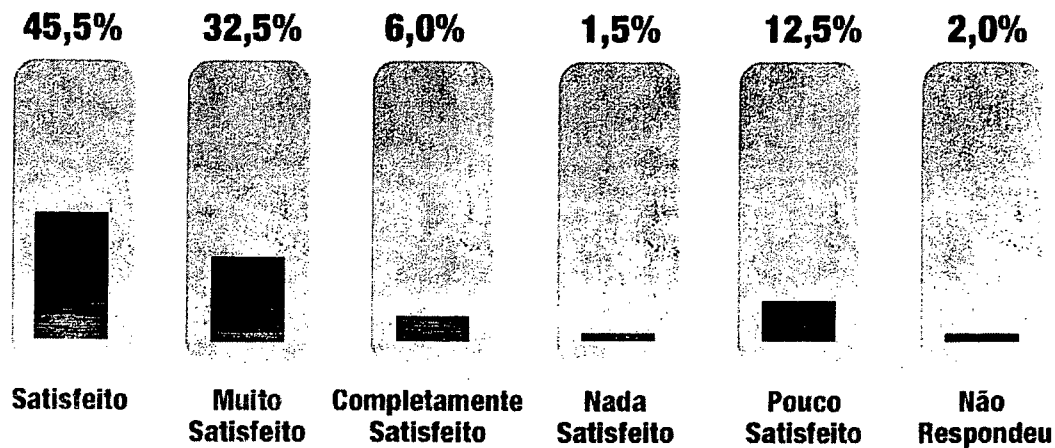
### HMI - 1. Atendimento por parte dos médicos



SES-GO  
Fis. 78  
AGUOSTINHO

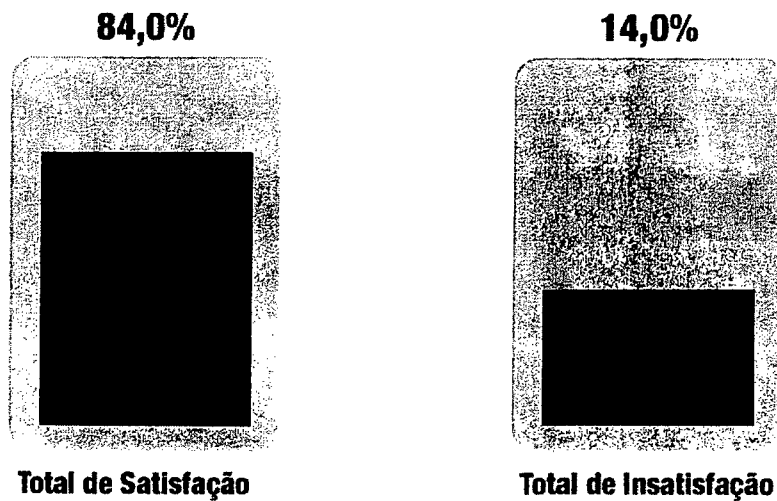
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**HMI - 2 . Atendimento por parte dos enfermeiros**



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

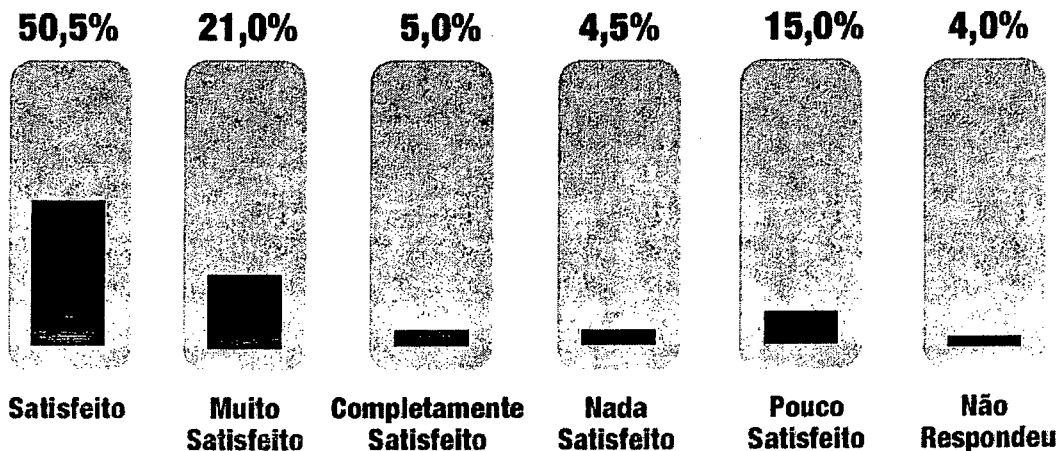
**HMI- 2 . Atendimento por parte dos enfermeiros**



PROTÓCOLO  
SÉRIAS  
79  
COMISSÃO  
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

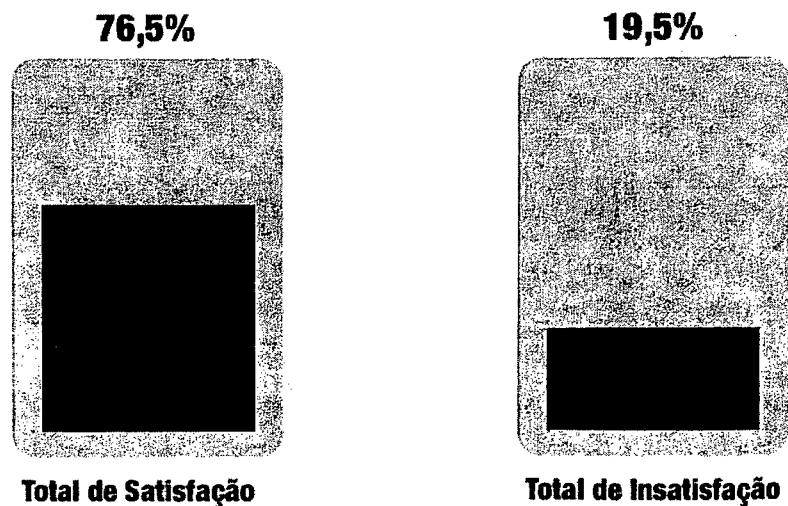
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**HMI - 3 . Atendimento por parte dos recepcionistas e outros administrativos**



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

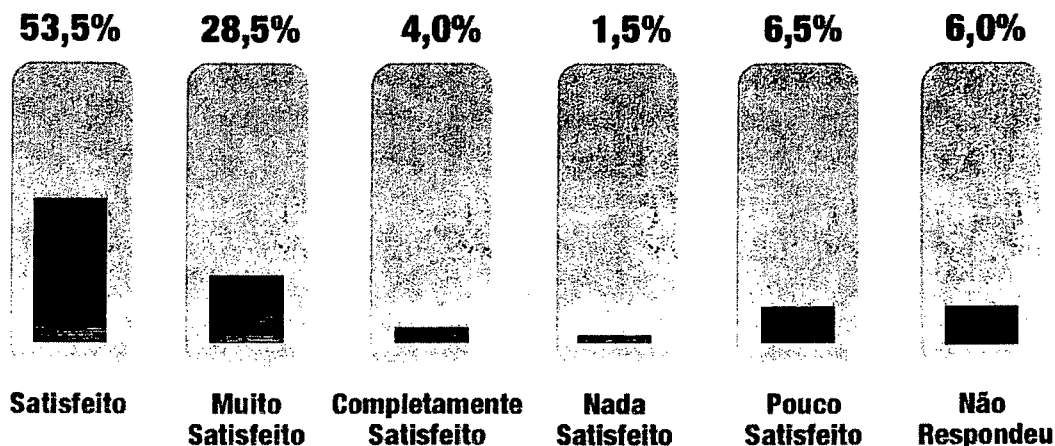
**HMI - 3 . Atendimento por parte dos recepcionistas e outros administrativos**



SES-GO  
Fis. 80  
AGOSTO/2013

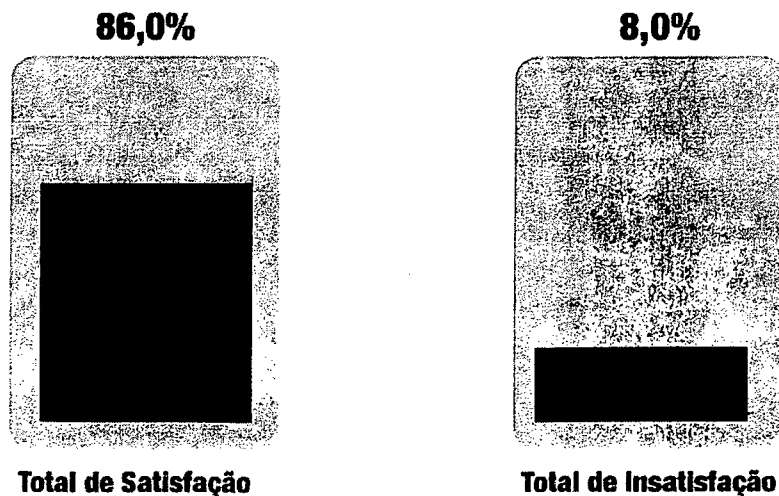
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

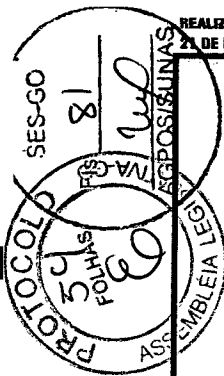
**HMI - 4. Efetividade dos exames feitos no hospital ou a pedido do hospital**



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

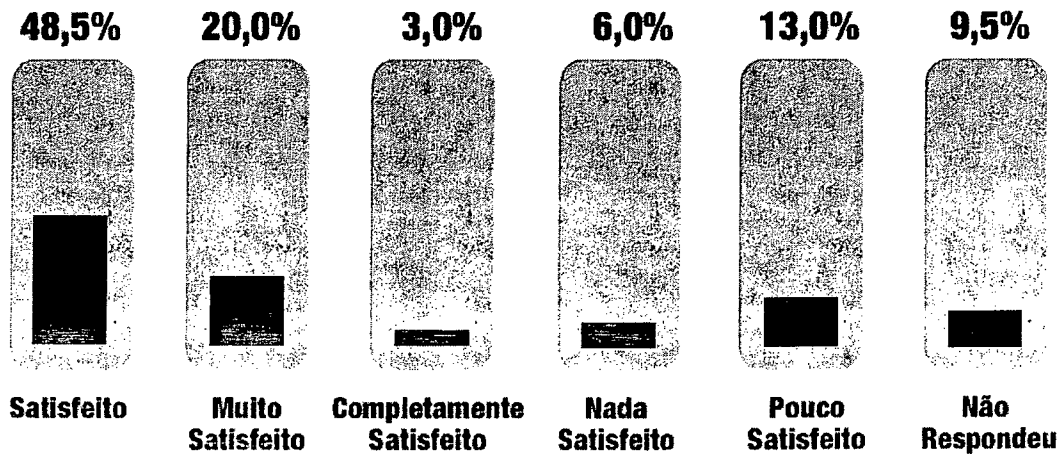
**HMI - 4. Efetividade dos exames feitos no hospital ou a pedido do hospital**





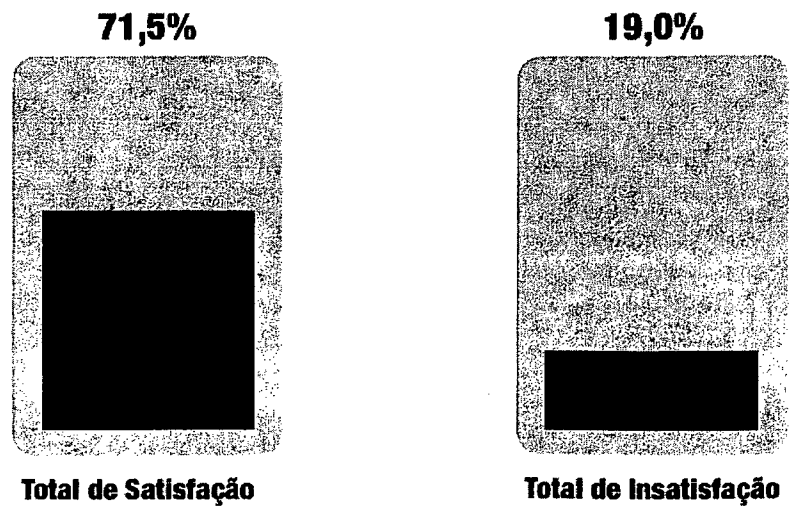
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 5. Avaliação de hotelaria e rouparia



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

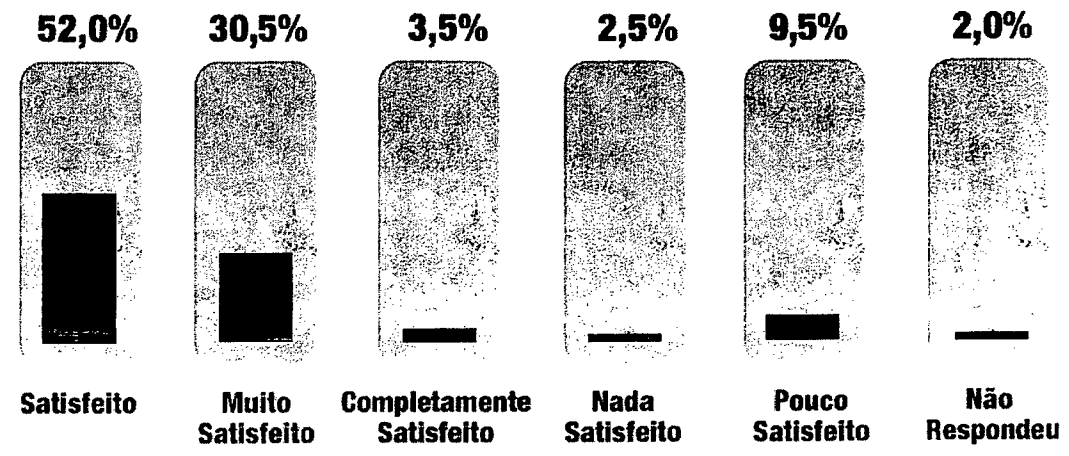
### HMI - 5. Avaliação de hotelaria e rouparia



SES-GO  
Fls. 82  
140  
ACF00000114

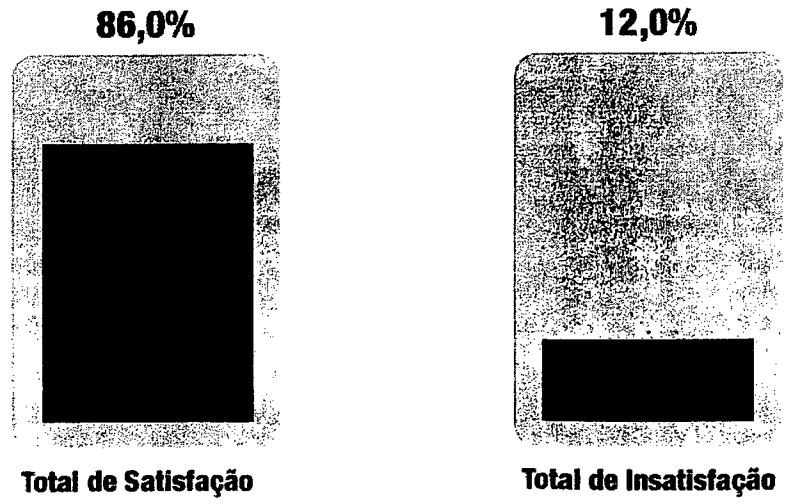
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 6. Avaliação de limpeza do hospital



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

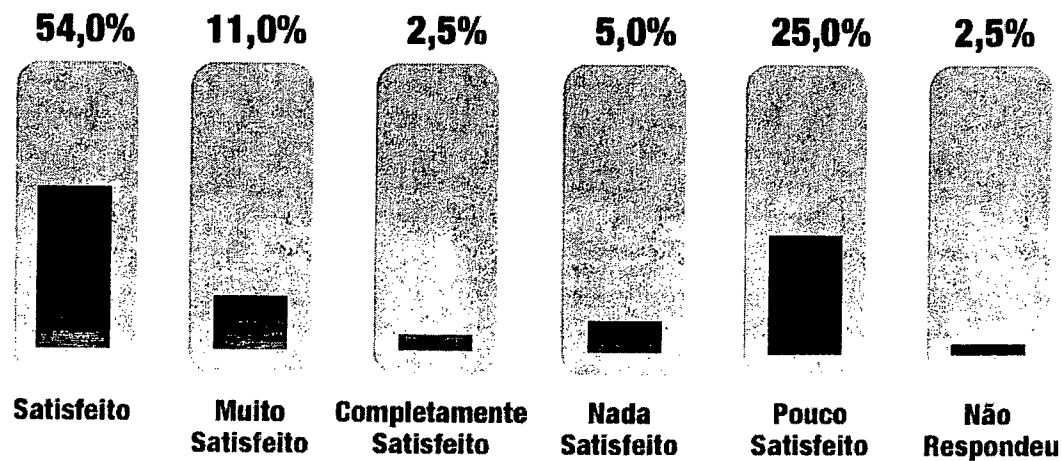
### HMI - 6. Avaliação de limpeza do hospital



PROTÓTIPO  
FIS 83  
ACORDÃO  
PROTÓTIPO  
FIS 83  
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

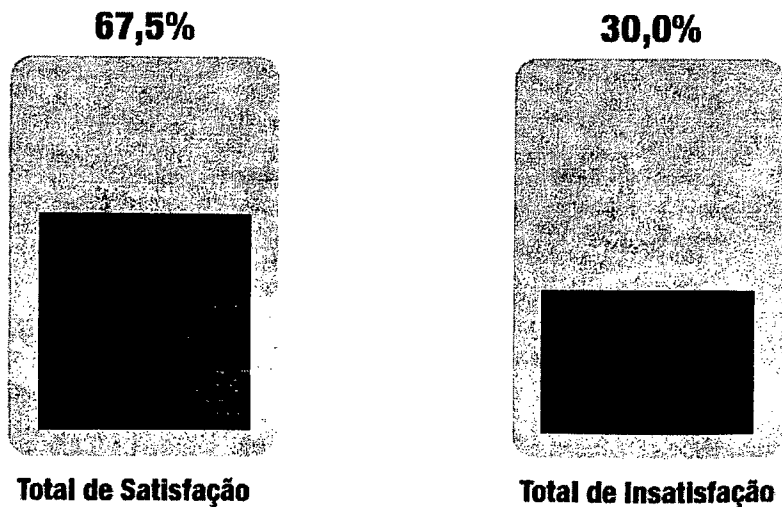
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 7. Avaliação da estrutura física do hospital



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 7. Avaliação da estrutura física do hospital

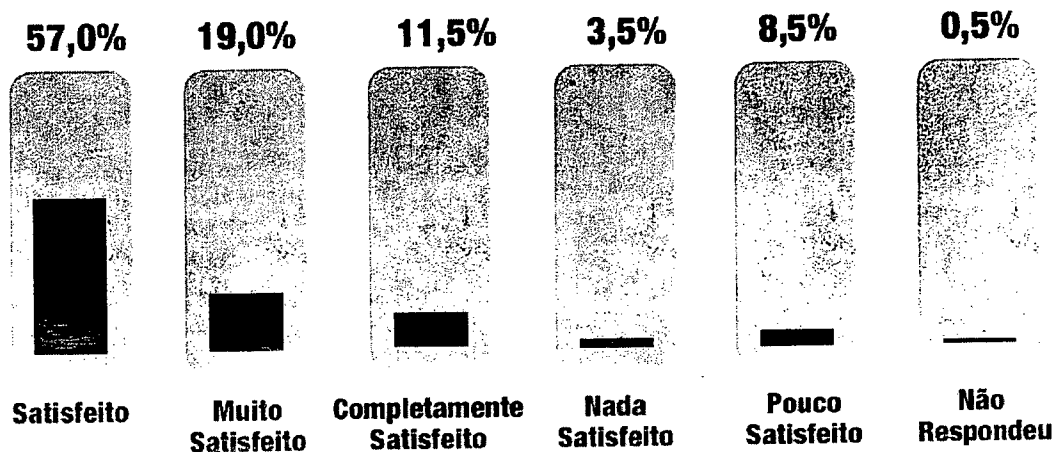




SES-GO  
Fis. 84  
RESPONSÁVEL

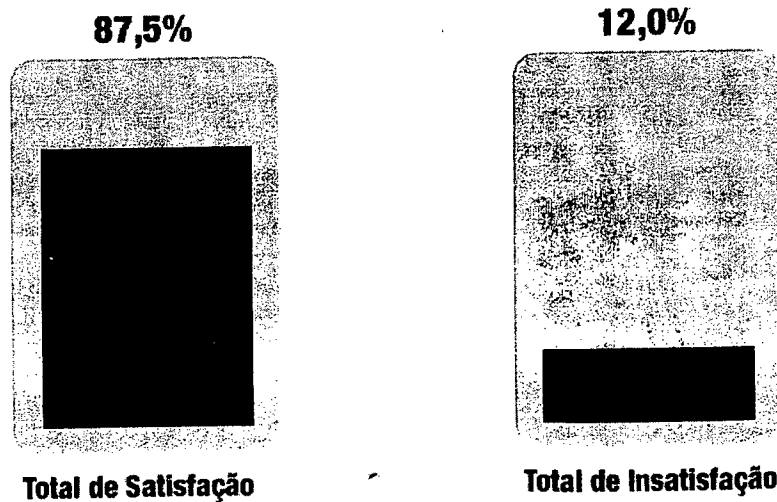
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

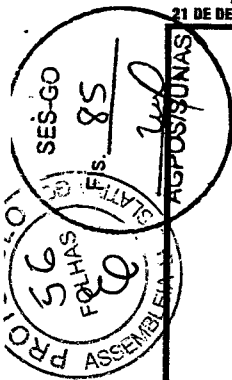
### HMI - 8. Avaliação da segurança do hospital



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

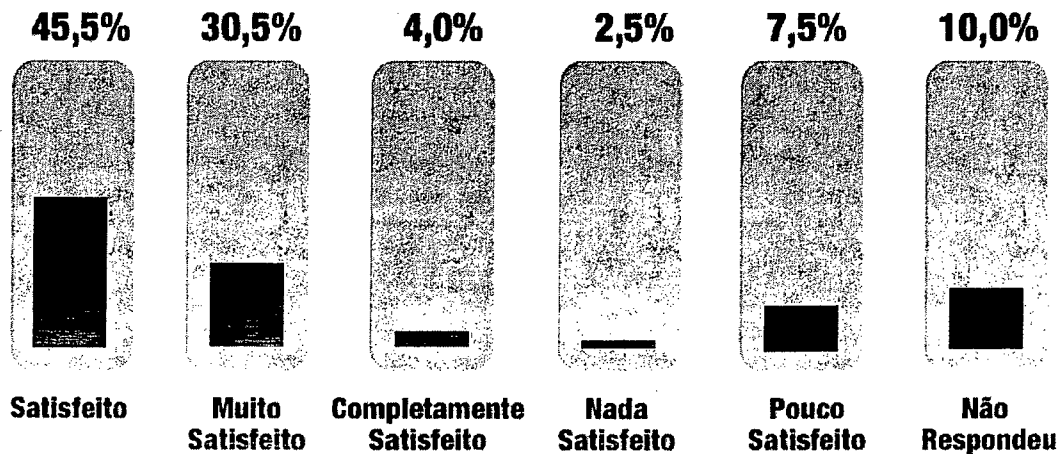
### HMI - 8. Avaliação da segurança do hospital





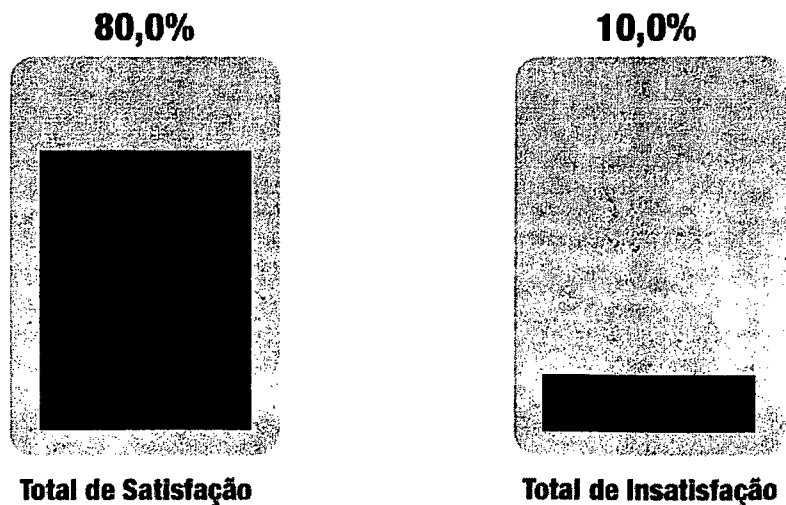
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 9. Avaliação de acesso a medicamentos de que necessita



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

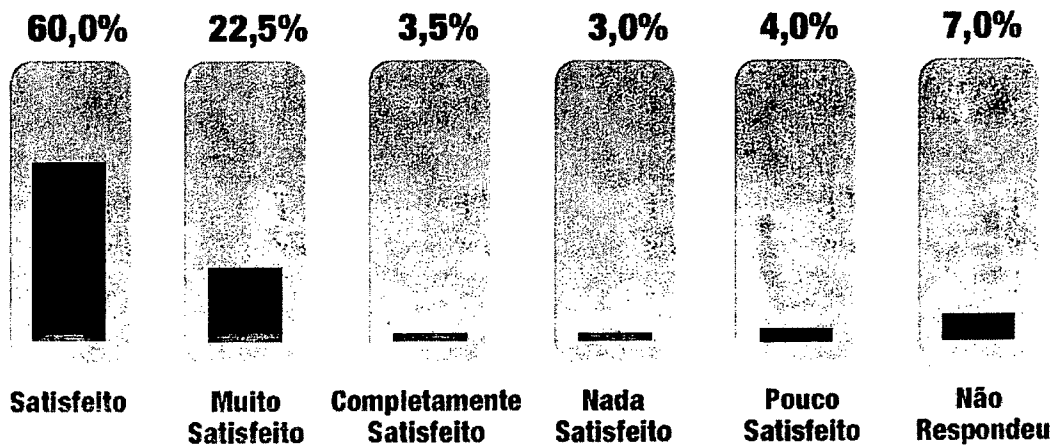
### HMI - 9. Avaliação de acesso a medicamentos de que necessita



SES-GO  
Fls. 86  
AGP/OS/SUNAS

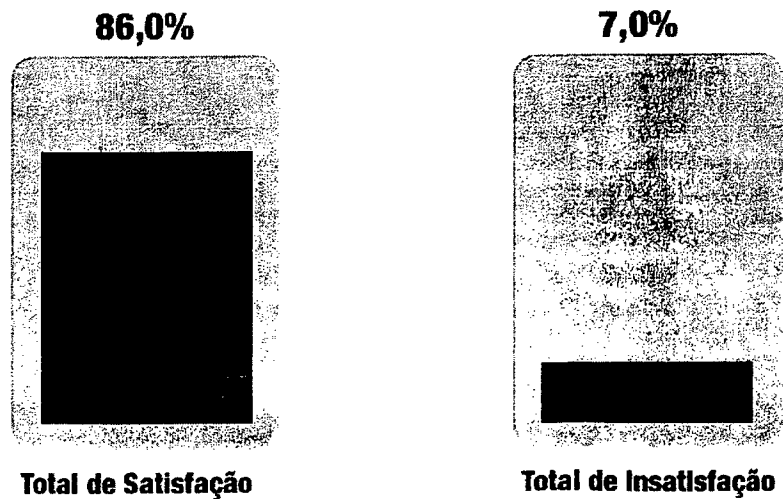
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 10. Avaliação da qualidade da água servida no hospital



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

### HMI - 10. Avaliação da qualidade da água servida no hospital



## HMI DIVULGA NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE



Visando melhorar o sistema de qualidade do serviço prestado pelo Instituto de Gestão e Humanização (IGH), a Gerência da Qualidade do Hospital Materno Infantil (HMI) realizou uma pesquisa entre agosto e dezembro de 2012 com o objetivo de medir o nível de satisfação dos clientes, ou seja, pacientes, acompanhantes e visitantes que frequentaram o hospital nesse período.

Foram avaliados os serviços da recepção, médicos e de Enfermagem. A partir do resultado obtido, foi comprovado que o nível de satisfação geral aumentou. Na primeira pesquisa feita em agosto, o nível de satisfação da recepção foi de 55,75%; o nível dos serviços médicos foi de 63,57%; e dos serviços de enfermagem foi de 66,39%. Nos últimos seis meses, o **nível de satisfação geral do cliente aumentou em 20%** nos setores pesquisados. A recepção fechou o ano de 2012 com 75% de satisfação; os serviços médicos com 73%; e os serviços de enfermagem com 76% de satisfação.

A coleta dessas informações foi feita através do preenchimento de formulários que posteriormente eram depositados nas quatro urnas espalhadas em pontos estratégicos dentro da unidade. Nos formulários, os clientes avaliavam em quatro categorias (ótimo, bom, regular e ruim) o tempo e a cordialidade do atendimento, o acolhimento, as informações e orientações dadas, entre outros itens. A Pesquisa de Satisfação segue sendo realizada mensalmente no HMI.



Hospital Materno Infantil

**Igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



SES-GO  
Fis. 88  
GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

# Relatório dos Resultados do Semestre da Pesquisa de Satisfação;

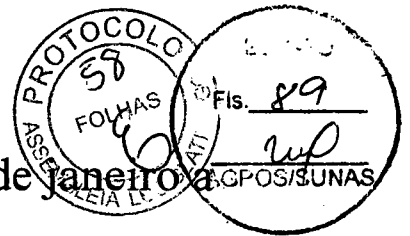
Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

Percentual de satisfação do cliente- Avaliação de Janeiro de  
junho de 2013



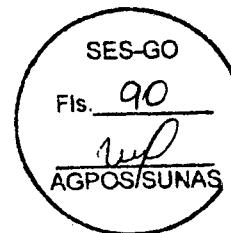
JANEIRO

SETOR	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO	70,37%
SERVIÇOS MÉDICOS	73,12%
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	73,16%
SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	79,05%
SERVIÇOS DE SEGURANÇA	77,47%
SERVIÇO SOCIAL	83,90%
PSICOLOGIA	86,57%
FISIOTERAPIA	77,22%
INSTALAÇÕES/HOTELARIA	78,83%

FEVEREIRO

SETOR	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO	86,00%
SERVIÇOS MÉDICOS	82,00%
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	90,00%
SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	87,00%
SERVIÇOS DE SEGURANÇA	87,00%
SERVIÇO SOCIAL	90,00%
PSICOLOGIA	93,00%
FISIOTERAPIA	86,00%
INSTALAÇÕES/HOTELARIA	80,00%

MARÇO

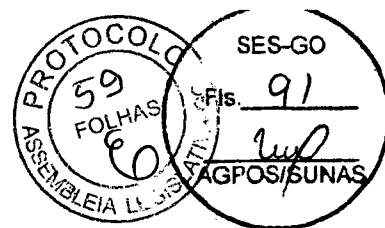


SETOR	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO	71,00%
SERVIÇOS MÉDICOS	68,00%
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	75,00%
SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	73,00%
SERVIÇOS DE SEGURANÇA	80,00%
SERVIÇO SOCIAL	85,00%
PSICOLOGIA	83,00%
FISIOTERAPIA	73,00%
INSTALAÇÕES/HOTELARIA	75,00%

ABRIL

SETOR	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO	64,00%
SERVIÇOS MÉDICOS	64,00%
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	70,00%
SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	75,00%
SERVIÇOS DE SEGURANÇA	71,00%
SERVIÇO SOCIAL	66,00%
PSICOLOGIA	72,00%
FISIOTERAPIA	57,00%
INSTALAÇÕES/HOTELARIA	62,00%

MAIO



SETOR	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO	72,00%
SERVIÇOS MÉDICOS	76,00%
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	81,00%
SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	75,00%
SERVIÇOS DE SEGURANÇA	78,00%
SERVIÇO SOCIAL	83,00%
PSICOLOGIA	84,00%
FISIOTERAPIA	82,00%
INSTALAÇÕES/HOTELARIA	73,00%

JUNHO

SETOR	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO
RECEPÇÃO	86,00%
SERVIÇOS MÉDICOS	82,00%
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	89,00%
SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	84,00%
SERVIÇOS DE SEGURANÇA	89,00%
SERVIÇO SOCIAL	92,00%
PSICOLOGIA	86,00%
FISIOTERAPIA	84,00%
INSTALAÇÕES/HOTELARIA	76,00%

  
**Jandira Barbosa**  
Analista de Qualidade  
IGH/HMI



Goiânia 18/09/2013

De: Laboratório de Análises Clínicas -HMI

Para: Diretoria Administrativa

**PRAZO DE ENTREGA DOS LAUDOS(Análises Clínica)**

UNIDADE	PRAZO DE ENTREGA DOS LAUDOS
Pronto Socorro	02 horas e 20 minutos
Urgências de UTI's	02 horas e 20 minutos
Unidades de Internação	03 horas e 30 minutos
Rotinas de UTI's	03 horas e 30 minutos

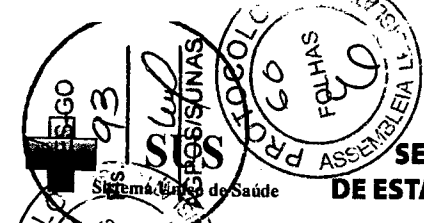
**Situações de contingências:** Em situações de Contingências por quebra de equipamento, falta de energia elétrica, ou outro motivo relevante que impeça a realização dos exames no núcleo técnico local, estes serão encaminhados para outro serviços. Os prazos de liberação dos resultados informados acima serão estendidos

**Observações gerais:** O início do prazo de realização do exame é considerado a partir do recebimento das amostras no laboratório.

Os prazos poderão ser reduzidos significativamente em função da urgência médica, com base em negociações com as áreas.

O prazo para realização do exame depende de variáveis, como necessidade de preparo, jejum, quadro clínico e disponibilidade de transporte.

*Albany V. Santos*  
Dra. Albany V. Santos  
Coord. Lab. Análises Clínicas  
CRF-GO 9997  
HMI - IGH



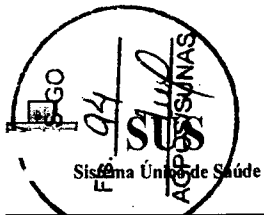
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**



**PRODUÇÃO FÍSICA /FINANCEIRA HMI JANEIRO A JUNHO DE 2013**

MÊS	TIPO DE SERVIÇO	VALORES				% EXECUÇÃO				VALORES				% EXECUÇÃO			
		PRODUTOS	PROVAZÃO	REJEIÇÃO	REPERÇÃO	PRODUTOS	PROVAZÃO	REJEIÇÃO	REPERÇÃO	PRODUTOS	PROVAZÃO	REJEIÇÃO	REPERÇÃO	PRODUTOS	PROVAZÃO	REJEIÇÃO	REPERÇÃO
JANEIRO	FINANCEIRO	195.341,83	120.898,96	74.442,87	38,11%	0,00	0,00	0,00	0,00%	701.165,27	701.165,27	0,00	0,00%	886.597,41	622.094,73	74.442,87	118,03%
JANEIRO	FÍSICO	24.914	17.656	7.258	29,13%	0	0	0	0,00%	800	711	89	11,13%	25.711	18.561	7.150	28,57%
FEVEREIRO	FINANCEIRO	185.113,13	121.603,78	63.509,35	34,31%	0,00	0,00	0,00	0,00%	874.268,16	874.268,16	0,00	0,00%	1.059.381,29	787.774,04	63.509,35	6,99%
FEVEREIRO	FÍSICO	26.125	19.528	6.597	25,25%	0	0	0	0,00%	759	726	33	4,35%	22.887	16.874	6.013	24,65%
MARÇO	FINANCEIRO	203.548,78	121.639,77	81.909,01	40,24%	0,00	0,00	0,00	0,00%	748.638,27	748.638,27	0,00	0,00%	952.187,99	670.370,04	81.909,01	11,60%
MARÇO	FÍSICO	23.485	15.852	7.633	32,50%	0	0	0	0,00%	605	579	26	4,30%	24.000	16.291	7.709	31,73%
ABRIL	FINANCEIRO	194.925,18	115.148,24	79.776,94	40,93%	0,00	0,00	0,00	0,00%	972.250,67	972.250,67	0,00	0,00%	1.107.176,91	789.400,93	79.776,94	16,67%
ABRIL	FÍSICO	29.610	20.349	9.261	31,28%	0	0	0	0,00%	828	807	21	2,54%	30.231	21.137	9.094	30,08%
MAIO	FINANCEIRO	184.425,58	95.946,82	68.478,76	41,65%	0,00	0,00	0,00	0,00%	872.164,96	872.164,96	0,00	0,00%	1.035.996,41	691.170,00	68.478,76	0,69%
MAIO	FÍSICO	25.559	17.501	8.058	31,53%	0	0	0	0,00%	716	693	23	3,21%	26.570	19.160	7.410	27,87%
JUNHO	FINANCEIRO	245.289,10	133.985,49	111.303,61	45,38%	0,00	0,00	0,00	0,00%	763.351,70	763.351,70	0,00	0,00%	1.008.311,50	677.070,00	111.303,61	11,74%
JUNHO	FÍSICO	29.963	22.371	7.592	25,34%	0	0	0	0,00%	665	627	38	5,71%	30.031	22.000	8.031	26,73%
TOTAL	FINANCEIRO	1.098.603,52	706.222,07	424.909,34	49,37%	0,00	0,00	0,00	0,00%	4.280.266,93	4.280.266,93	0,00	0,00%	5.120.022,91	3.611.069,74	424.909,34	7,33%
TOTAL	FÍSICO	189.656	132.257	46.510	24,53%	0	0	0	0,00%	4.573	4.393	280	6,26%	21.402	15.700	5.702	26,62%

Fonte: Síntese de Produção DATASUS/MS/SMS -



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



**PRODUÇÃO FÍSICA /FINANCEIRA HMI JANEIRO  
A JUNHO DE 2012**

	117.198,70	75.604,61	41.594,09	35,49%	0,00	0,00	0,00	0,00%	981.597,05	981.597,05	0,00	0,00%
	19.362	13.603	5.759	29,74%	0	0	0	0,00%	549	543	6	1,09%
	111.007,52	84.780,48	26.227,04	23,63%	0,00	0,00	0,00	0,00%	546.970,33	546.970,33	0,00	0,00%
	18.624	15.034	3.590	19,28%	0	0	0	0,00%	590	587	3	0,51%
	151.697,97	101.367,05	50.330,92	33,18%	0,00	0,00	0,00	0,00%	662.924,75	662.924,75	0,00	0,00%
	22.436	16.269	6.167	27,49%	0	0	0	0,00%	651	636	15	2,30%
	140.407,69	86.056,05	52.351,64	37,29%	0,00	0,00	0,00	0,00%	680.475,54	680.475,54	0,00	0,00%
	20.939	15.185	5.754	27,48%	0	0	0	0,00%	596	590	6	1,01%
	134.561,59	99.249,08	35.312,51	26,24%	0,00	0,00	0,00	0,00%	744.150,27	744.150,27	0,00	0,00%
	17.409	13.895	3.514	20,18%	0	0	0	0,00%	649	639	10	1,54%
	134.106,61	99.580,54	34.526,07	25,75%	0,00	0,00	0,00	0,00%	752.922,59	752.922,59	0,00	0,00%
	17.350	13.336	4.014	23,14%	0	0	0	0,00%	584	571	13	2,23%



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE  
GOIÁS  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE COMIGO



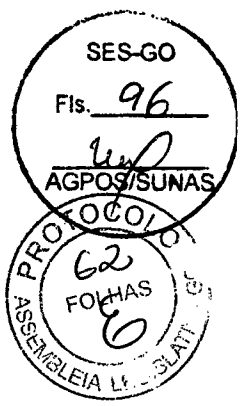
# Espelho da última alimentação do SIA/SUA (faturamento);

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

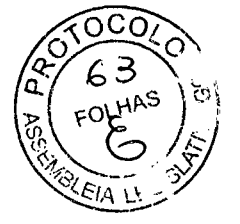
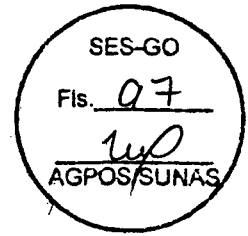


CNES : 2339196

COMPET	FOLHA	SEQ	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QTDE	PREVIA SITUACAO
05/2013	001	01	02.04.01.006-3	225320	000	8	55,04 Sem Erros
05/2013	001	02	02.04.01.008-0	225320	000	43	323,36 Sem Erros
05/2013	001	03	02.04.01.012-8	225320	000	1	8,38 Sem Erros
05/2013	001	04	02.04.01.014-4	225320	000	47	344,04 Sem Erros
05/2013	001	05	02.04.02.003-4	225320	000	4	33,32 Sem Erros
05/2013	001	06	02.04.02.006-9	225320	000	5	54,80 Sem Erros
05/2013	001	07	02.04.02.009-3	225320	000	1	9,16 Sem Erros
05/2013	001	08	02.04.02.012-3	225320	000	3	23,40 Sem Erros
05/2013	001	09	02.04.03.015-3	225320	000	277	2.631,50 Sem Erros
05/2013	001	10	02.04.03.017-0	225320	000	814	5.600,32 Sem Erros
05/2013	001	11	02.04.04.001-9	225320	000	18	115,56 Sem Erros
05/2013	001	12	02.04.04.005-1	225320	000	15	116,55 Sem Erros
05/2013	001	13	02.04.04.006-0	225320	000	5	37,00 Sem Erros
05/2013	001	14	02.04.04.007-8	225320	000	49	289,10 Sem Erros
05/2013	001	15	02.04.04.009-4	225320	000	70	441,00 Sem Erros
05/2013	001	16	02.04.04.010-8	225320	000	9	54,00 Sem Erros
05/2013	001	17	02.04.05.012-0	225320	000	53	810,90 Sem Erros
05/2013	001	18	02.04.05.013-8	225320	000	201	1.441,17 Sem Erros
05/2013	001	19	02.04.06.008-7	225320	000	4	26,00 Sem Erros
05/2013	001	20	02.04.06.009-5	225320	000	4	31,08 Sem Erros
05/2013	002	01	02.04.06.010-9	225320	000	1	6,50 Sem Erros
05/2013	002	02	02.04.06.011-7	225320	000	25	223,50 Sem Erros
05/2013	002	03	02.04.06.012-5	225320	000	7	47,46 Sem Erros
05/2013	002	04	02.04.06.015-0	225320	000	12	81,36 Sem Erros
05/2013	002	05	02.04.06.016-8	225320	000	30	268,20 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TOTAL DO CNES : 13.072,70



CNES : 2339196

COMPET	FOLHA	SEQ	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QTDE	PREVIA	SITUACAO
06/2013	003	01	01.01.01.001-0	251605	000	2334	0,00	Sem Erros
06/2013	003	02	01.01.02.006-6	223208	000	17	0,00	Sem Erros
06/2013	003	03	01.01.02.007-4	223208	000	235	0,00	Sem Erros
06/2013	003	04	01.01.02.008-2	223208	000	235	0,00	Sem Erros
06/2013	003	05	01.01.04.003-2	322205	000	232	696,00	Sem Erros
06/2013	003	06	01.01.04.004-0	322205	000	20	221,20	Sem Erros
06/2013	003	07	02.02.01.012-0	221105	000	58	107,30	Sem Erros
06/2013	003	08	02.02.01.018-0	221105	000	16	36,00	Sem Erros
06/2013	003	09	02.02.01.020-1	221105	000	92	184,92	Sem Erros
06/2013	003	10	02.02.01.021-0	221105	000	82	151,70	Sem Erros
06/2013	003	11	02.02.01.029-5	221105	000	2	3,70	Sem Erros
06/2013	003	12	02.02.01.031-7	221105	000	151	279,35	Sem Erros
06/2013	003	13	02.02.01.039-2	221105	000	82	287,82	Sem Erros
06/2013	003	14	02.02.01.042-2	221105	000	23	46,23	Sem Erros
06/2013	003	15	02.02.01.043-0	221105	000	82	151,70	Sem Erros
06/2013	003	16	02.02.01.047-3	221105	000	200	370,00	Sem Erros
06/2013	003	17	02.02.01.060-0	221105	000	85	157,25	Sem Erros
06/2013	003	18	02.02.01.062-7	221105	000	82	151,70	Sem Erros
06/2013	003	19	02.02.01.063-5	221105	000	85	157,25	Sem Erros
06/2013	003	20	02.02.01.064-3	221105	000	161	323,61	Sem Erros
06/2013	004	01	02.02.01.065-1	221105	000	161	323,61	Sem Erros
06/2013	004	02	02.02.01.069-4	221105	000	151	279,35	Sem Erros
06/2013	004	03	02.02.02.003-7	221105	000	18	49,14	Sem Erros
06/2013	004	04	02.02.02.014-2	221105	000	79	215,67	Sem Erros
06/2013	004	05	02.02.02.015-0	221105	000	25	68,25	Sem Erros
06/2013	004	06	02.02.02.036-3	221105	000	8	21,84	Sem Erros
06/2013	004	07	02.02.02.037-1	221105	000	8	12,24	Sem Erros
06/2013	004	08	02.02.02.038-0	221105	000	1103	4.533,33	Sem Erros
06/2013	004	09	02.02.03.007-5	221105	000	2	5,66	Sem Erros
06/2013	004	10	02.02.03.020-2	221105	000	382	1.081,06	Sem Erros
06/2013	004	11	02.02.03.030-0	221105	000	107	1.070,00	Sem Erros
06/2013	004	12	02.02.03.117-9	221105	000	10	28,30	Sem Erros
06/2013	004	13	02.02.05.001-7	221105	000	753	2.786,10	Sem Erros
06/2013	004	14	02.02.05.011-4	221105	000	21	42,84	Sem Erros
06/2013	004	15	02.02.05.025-4	221105	000	125	0,00	Sem Erros
06/2013	004	16	02.02.06.021-7	221105	000	8	62,80	Sem Erros
06/2013	004	17	02.02.08.009-9	221105	000	240	1.348,80	Sem Erros
06/2013	004	18	02.02.08.019-6	221105	000	69	298,77	Sem Erros
06/2013	004	19	02.02.12.002-3	221105	000	77	105,49	Sem Erros
06/2013	004	20	02.02.12.008-2	221105	000	7	9,59	Sem Erros
06/2013	005	01	02.04.01.006-3	225320	000	19	130,72	Sem Erros
06/2013	005	02	02.04.01.008-0	225320	000	35	263,20	Sem Erros
06/2013	005	03	02.04.01.012-8	225320	000	1	8,38	Sem Erros
06/2013	005	04	02.04.01.014-4	225320	000	93	680,76	Sem Erros
06/2013	005	05	02.04.02.003-4	225320	000	11	91,63	Sem Erros
06/2013	005	06	02.04.02.006-9	225320	000	2	21,92	Sem Erros
06/2013	005	07	02.04.02.009-3	225320	000	3	27,48	Sem Erros
06/2013	005	08	02.04.02.012-3	225320	000	7	54,60	Sem Erros
06/2013	005	09	02.04.03.015-3	225320	000	108	1.026,00	Sem Erros
06/2013	005	10	02.04.03.017-0	225320	000	1211	8.331,68	Sem Erros
06/2013	005	11	02.04.04.001-9	225320	000	9	57,78	Sem Erros
06/2013	005	12	02.04.04.005-1	225320	000	56	435,12	Sem Erros
06/2013	005	13	02.04.04.006-0	225320	000	7	51,80	Sem Erros
06/2013	005	14	02.04.04.007-8	225320	000	78	460,20	Sem Erros
06/2013	005	15	02.04.04.009-4	225320	000	94	592,20	Sem Erros
06/2013	005	16	02.04.04.010-8	225320	000	9	54,00	Sem Erros
06/2013	005	17	02.04.05.012-0	225320	000	53	810,90	Sem Erros
06/2013	005	18	02.04.05.013-8	225320	000	220	1.577,40	Sem Erros
06/2013	005	19	02.04.06.008-7	225320	000	4	26,00	Sem Erros
06/2013	005	20	02.04.06.009-5	225320	000	5	38,85	Sem Erros
06/2013	006	01	02.04.06.010-9	225320	000	1	6,50	Sem Erros
06/2013	006	02	02.04.06.011-7	225320	000	25	223,50	Sem Erros
06/2013	006	03	02.04.06.012-5	225320	000	9	61,02	Sem Erros
06/2013	006	04	02.04.06.015-0	225320	000	15	101,70	Sem Erros
06/2013	006	05	02.04.06.016-8	225320	000	30	268,20	Sem Erros
06/2013	006	06	02.05.01.005-9	225320	000	165	7.078,50	Sem Erros
06/2013	006	07	02.05.02.006-2	225320	000	5	121,00	Sem Erros
06/2013	006	08	02.05.02.010-0	225320	000	1	24,20	Sem Erros
06/2013	006	09	02.05.02.015-1	225320	000	564	22.334,40	Sem Erros
06/2013	006	10	02.05.02.018-6	225320	000	476	11.519,20	Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

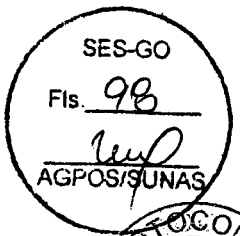
MS/SAS/DATASUS/BPA SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS Data Comp  
 08/07/2013 RELATORIO DE PRODUCAO AMBULATORIAL JUN/2013

*****									
06/2013	006	11	02.11.02.003-6	225125	000	49	252,35	Sem Erros	
06/2013	006	12	02.11.04.004-5	225250	000	29	725,00	Sem Erros	
06/2013	006	13	02.11.04.006-1	225250	000	68	114,92	Sem Erros	
06/2013	006	14	02.11.07.017-3	223810	000	46	189,06	Sem Erros	
06/2013	006	15	02.11.07.004-1	223810	000	140	2.940,00	Sem Erros	
06/2013	006	16	02.11.07.008-4	223810	000	115	472,65	Sem Erros	
06/2013	006	17	02.11.07.020-3	223810	000	78	1.794,00	Sem Erros	
06/2013	006	18	02.11.07.021-1	223810	000	140	3.675,00	Sem Erros	
06/2013	006	19	02.11.07.014-9	223810	000	116	1.567,16	Sem Erros	
06/2013	006	20	02.11.07.027-0	223810	000	30	405,30	Sem Erros	
06/2013	007	01	03.01.01.004-8	223505	000	1037	6.533,10	Sem Erros	
06/2013	007	02	03.01.01.004-8	223810	000	4	25,20	Sem Erros	
06/2013	007	03	03.01.01.004-8	251510	000	94	592,20	Sem Erros	
06/2013	007	04	03.01.01.004-8	223208	000	39	245,70	Sem Erros	
06/2013	007	05	03.01.01.004-8	251605	000	1581	9.960,30	Sem Erros	
06/2013	007	06	03.01.01.007-2	225120	000	59	590,00	Sem Erros	
06/2013	007	07	03.01.01.007-2	225225	000	3	30,00	Sem Erros	
06/2013	007	08	03.01.01.007-2	225230	000	41	410,00	Sem Erros	
06/2013	007	09	03.01.01.007-2	225235	000	118	1.180,00	Sem Erros	
06/2013	007	10	03.01.01.007-2	225165	000	38	380,00	Sem Erros	
06/2013	007	11	03.01.01.007-2	225112	000	162	1.620,00	Sem Erros	
06/2013	007	12	03.01.01.007-2	225270	000	104	1.040,00	Sem Erros	
06/2013	007	13	03.01.01.007-2	225275	000	283	2.830,00	Sem Erros	
06/2013	007	14	03.01.01.007-2	225136	000	43	430,00	Sem Erros	
06/2013	007	15	03.01.01.007-2	225109	000	48	480,00	Sem Erros	
06/2013	007	16	03.01.01.007-2	225110	000	47	470,00	Sem Erros	
06/2013	007	17	03.01.01.007-2	225255	000	412	4.120,00	Sem Erros	
06/2013	007	18	03.01.01.007-2	225250	000	805	8.050,00	Sem Erros	
06/2013	007	19	03.01.01.007-2	225124	000	802	8.020,00	Sem Erros	
06/2013	007	20	03.01.01.013-7	251605	000	1	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	01	03.01.04.003-6	251510	000	2	12,30	Sem Erros	
06/2013	008	02	03.01.04.003-6	251605	000	17	104,55	Sem Erros	
06/2013	008	03	03.01.04.004-4	251605	000	16	44,96	Sem Erros	
06/2013	008	04	03.01.04.004-4	251510	000	17	47,77	Sem Erros	
06/2013	008	05	03.01.05.005-8	322230	000	119	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	06	03.01.06.002-9	225250	000	142	1.770,74	Sem Erros	
06/2013	008	07	03.01.06.002-9	225124	000	437	5.449,39	Sem Erros	
06/2013	008	08	03.01.06.006-1	225250	000	1251	13.761,00	Sem Erros	
06/2013	008	09	03.01.06.006-1	225124	000	2398	26.378,00	Sem Erros	
06/2013	008	10	03.01.10.002-0	223505	000	3202	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	11	03.01.10.010-1	322205	000	1834	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	12	03.01.10.018-7	223505	000	52	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	13	04.01.01.002-3	322205	000	364	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	14	04.01.01.003-1	225124	000	3	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	15	04.01.01.006-6	225124	000	4	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	16	04.04.01.030-0	225124	000	15	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	17	03.01.01.011-0	225124	015	4	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	18	03.01.01.011-0	225124	017	4	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	19	03.01.01.011-0	225124	018	8	0,00	Sem Erros	
06/2013	008	20	03.01.01.011-0	225124	019	12	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	01	03.01.01.011-0	223154	020	7	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	02	03.01.01.011-0	223154	021	18	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	03	03.01.01.011-0	223154	022	18	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	04	03.01.01.011-0	223154	023	11	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	05	03.01.01.011-0	223154	024	8	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	06	03.01.01.011-0	223154	025	6	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	07	03.01.01.011-0	223154	026	11	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	08	03.01.01.011-0	223154	027	8	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	09	03.01.01.011-0	223154	028	7	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	10	03.01.01.011-0	223154	029	7	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	11	03.01.01.011-0	223154	030	5	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	12	03.01.01.011-0	223154	031	5	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	13	03.01.01.011-0	223154	032	5	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	14	03.01.01.011-0	223154	033	5	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	15	03.01.01.011-0	223154	034	5	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	16	03.01.01.011-0	223154	035	4	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	17	03.01.01.011-0	223154	036	1	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	18	03.01.01.011-0	223154	037	3	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	19	03.01.01.011-0	223154	038	2	0,00	Sem Erros	
06/2013	009	20	03.01.01.011-0	223154	040	1	0,00	Sem Erros	

TOTAL DO CNES : 178.858,06

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_





CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 101153564680008 CBO : 225148

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA SITUACAO
01	MARIA LOPES DA SILVA	18/09/1974	F	99	520870	24/04/2013	02.03.02.003-0	3		02	72,00 Sem Erros
02	SUSIMEIRE LEITE RAMOS DE LIMA	23/02/1966	F	99	520870	26/04/2013	02.03.02.003-0	3		02	72,00 Sem Erros
03	NEUZA ALMEIDA DA SILVA	21/03/1960	F	99	520750	29/04/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
04	DAVID ARAUJO DE SIQUEIRA	13/05/2004	F	99	520870	10/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
05	DILVANI SILVA DA MATA	03/02/1968	F	99	520870	08/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
06	LUCIANA ALVES DE SOUZA	01/08/1985	F	03	521308	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
07	KELLY APARECIDA SOARES RODRIGU	10/02/1980	F	99	520870	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
08	ODETE APARECIDA MACANI	17/07/1992	F	99	521000	10/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
09	ELIEL FILHO SOUSA CUNHA	22/03/2000	F	99	520250	10/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
11	MARTA MAGDA DA SILVA SANTOS	20/10/1959	F	99	521060	14/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
12	RAMIRA CAETANO DE SIQUEIRA	10/04/1938	F	99	521040	16/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
13	SIMEIRE FERREIRA ANDRADE SANTA	03/12/1974	F	99	521000	30/04/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
14	MARLENE CUSTODIO DA SILVA	02/04/1957	F	99	521770	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
15	VALDELICE ALMEIDA DA COSTA	18/08/1950	F	99	520870	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
16	MARIA RAMILDA SILVA SANTOS	25/01/1969	F	99	520870	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
17	ANA CAROLINA ARAUJO	27/10/2001	F	99	520140	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
18	KAIKY MIZAEAL HONORATO	14/08/2006	F	99	520005	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
19	DIELMA MARQUES DA SILVA	08/12/1978	F	99	520870	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
20	GUILHERME DE OLIVEIRA RAMOS	15/01/2008	F	99	520085	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
20	ANA PAULA DA SILVA	31/03/1985	F	99	521530	09/05/2013	02.03.02.003-0	4		02	96,00 Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 002

01	THAIS FRANCELLY CARDOZO SANTOS	01/04/1991	F	99	520870	09/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
02	DIVANI MARIA LEITE	16/08/1964	F	99	520870	10/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
03	CAMILA EDUARDA ROCHA FERREIRA	20/02/2002	F	99	522140	10/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
04	MARISA RESPLANDE DA CONCEICAO	30/05/1998	F	99	521450	10/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
05	STEFFANY AUGUSTA NEVES	25/05/1995	F	99	520870	11/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
06	IZANETE ALVES DA SILVA	11/05/2013	F	99	520510	15/05/2013	02.03.02.003-0	2		02	48,00 Sem Erros
07	INGRID DE SOUZA OLIVEIRA	05/06/1996	F	99	521000	11/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
08	CLESIA CAMPOS ASSUNCAO	15/11/1980	F	99	522140	12/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
09	SOLANGE SANTOS SOUZA	11/05/1983	F	99	521000	12/05/2013	02.03.02.003-0	3		02	72,00 Sem Erros
10	MARCIA APARECIDA DE MORAIS SAN	30/01/1979	F	99	520870	13/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
11	MARIA LUCIA CANDIDA DA SILVA	15/10/1970	F	99	521056	13/05/2013	02.03.02.003-0	1		02	24,00 Sem Erros
12		24/08/1962	F	99	520620	13/05/2013	02.03.02.003-0	4		02	96,00 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*\*\*\*\*

IRENE DIVINA BARBOSA								
13	30/12/1962 F	99	520620	15/05/2013	02.03.02.003-0	5	02	120,00 Sem Erros
JURACY ALVES DÓS ANJOS MONTEIR								
14	09/06/1975 F	99	521000	15/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
IARA GONCALEVS DOS SANTOS								
15	27/04/1974 F	99	520870	15/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SONIA MARIA ALEXANDRE ROCHA								
16	18/08/2004 M	99	520870	15/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
GABRIEL MATHEUS RIBEIRO DE MOR								
17	15/03/1993 F	99	521130	15/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARIA ZILDA MARQUES BORGES								
18	12/05/1983 F	99	520870	16/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
JACKELINE GONZAGA ARAUJO								
19	20/05/1966 F	99	520870	16/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
MARILDA APARECIDA ROSA DE OLIV								
20	12/09/2001 F	99	520130	16/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
JOAO PEDRO DA SILVA SOUSA								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 003

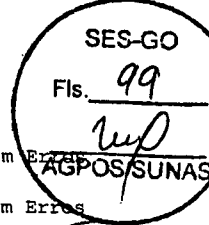
ANA BEATRIZ FERNANDES DIAS								
01	17/09/2005 F	99	520870	17/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SELMA DIONIZIO								
02	17/01/1978 F	99	521570	17/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ANA CAROLINE SODRE SILVA								
03	08/04/2013 F	99	521880	15/05/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00 Sem Erros
CRISTIANE DIVINA DOS SANTOS BA								
04	03/10/1982 F	99	520870	18/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
FERNANDA SILVA LIMA								
05	10/04/1981 F	99	520870	20/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SABRINA CRISTHYNA FERNANDES								
06	06/06/2007 F	99	520215	20/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
LUCAS DE OLIVEIRA CASTRO								
07	28/12/2003 F	99	520870	20/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ISABEL CRISTINA RIBEIRO								
08	06/07/1992 F	99	520870	21/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
JOANA DARC RODRIGUES DOS SANTO								
09	09/01/1967 F	99	520140	21/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
KELLY KRISTINE CABRAL								
10	11/02/1988 F	99	520180	21/05/2013	02.03.02.003-0	5	02	120,00 Sem Erros
MARI DOS REIS FERREIRA								
11	10/08/1964 F	99	520180	21/05/2013	02.03.02.003-0	5	02	120,00 Sem Erros
RN DE SUEDE FERREIRA SOUZA								
12	29/10/1984 F	99	520140	14/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
GRAZIELA MARIA ALVES								
13	10/05/1991 F	99	520330	15/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
POLLYANA CRISTINA BITENCOURT M								
14	15/10/1990 F	99	520110	18/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
CRISTIANE DIVINA DOS SANTOS DE								
15	03/10/1982 F	99	520870	18/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ELIZABETH MARTINS RODRIGUES								
16	09/12/1962 F	99	520870	22/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
RAIMUNDA FRANCISCA DO NASCIMEN								
17	16/10/1946 F	99	520870	22/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
RAIMUNDA FRANCISCA DO NASCIMEN								
18	16/10/1946 F	99	520870	22/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARIA FATIMA DE JESUS								
19	01/01/1955 F	99	522140	22/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SILVANE MARIA RIBEIRO DA SILVA								
20	14/04/1966 F	99	521680	22/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 004

ALBERT JUNIOR SOARES ALVES								
01	12/12/2000 F	99	520870	23/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
GUSTAVO HENRIQUE ALVES DA SILV								
02	11/05/2013 F	99	520460	24/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
REGINA FARIA DOS SANTOS								
03	08/06/1973 F	99	520870	27/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
LEANDRO CEZAR VIEIRA RIBEIRO								
04	31/01/2002 F	99	520870	07/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
RAMIR CAETANO SIQUEIRA								
05	10/04/1938 F	99	521040	15/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
RAMIR CAETANO SIQUEIRA								
06	11/08/1952 F	99	520870	18/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*\*\*\*\*



07	ANIKSIA ROSA DA SILVA	29/05/2003 F	99	520140	20/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
08	ELAINE SANTOS BARBOSA	19/12/2011 F	99	520870	20/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
09	REBECA ANDRADE SOUSA	20/09/1974 F	99	520140	20/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
10	SIRLEY APARECIDA APOLINARIO DE	07/07/1969 F	99	520870	23/05/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
11	ECILENE FERREIRA BATISTA	04/04/2009 F	99	520140	23/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
12	JOYCE VITORIA DA SILVA ARAUJO	15/09/1972 F	99	522005	23/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
13	LUCIVANE SOUZA ALVES	05/09/2005 F	99	520870	23/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
14	AUGUSTO RODRIGUES	13/04/2009 F	99	520870	23/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
15	ARIANANNA RAYSSA DE ALMEIDA	23/09/1992 F	99	520870	24/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
16	JARDIANE DA SILVA	19/07/2000 F	99	520870	25/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
17	KARINE SANTOS DE ARAUJO	04/07/2005 F	99	520140	23/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
18	PABLO HENRIQUE REZENDE COELHO	27/04/1976 F	99	522140	24/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
19	MARIA APARECIDA RODRIGUES DA P	17/06/1990 F	99	520870	28/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
20	JARDIELY CARVALHO COSTA	10/07/1976 F	99	520870	29/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
	VALDIREIS SILVA DAS NEVES									

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 005

01	JOYCE VITORIA DA SILVA ARAUJO	04/04/2009 F	99	520140	23/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
02	LUCIVANE SOUZA ALVES	15/09/1972 F	99	522005	23/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
03	AUGUSTO RODRIGUES RIBEIRO	05/09/2005 F	99	520870	23/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
04	ARIANNA RAYSSA DE ALMEIDA	13/04/2009 F	99	520870	23/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
05	JARDIANE DA SILVA	23/09/1992 F	99	520870	24/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
06	KARINE SANTOS DE ARAUJO	19/07/2000 F	99	520870	25/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
07	PABLO HENRIQUE REZENDE COELHO	04/07/2005 F	99	520140	23/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
08	MARIA APARECIDA RODRIGUES DA P	27/04/1976 F	99	522140	24/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
09	JARDIELY CARVALHO COSTA	17/06/1990 F	99	520870	28/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
	VALDIREIS SILVA DAS NEVES	10/07/1976 F	99	520870	29/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
11	SENHORINHA SOUZA DA SILVA	14/08/1969 F	99	520140	29/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
12	RAYSSA VITORIA PEREIRA DOS SAN	26/10/2005 F	99	520140	29/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
13	REGINALDO MARTINS CORREA FILHO	18/07/2002 F	99	520870	29/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
14	LUCAS MATHEUS LIMA	30/05/1999 F	99	520870	28/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
15	RENATA CORREIA STAKO	30/08/1998 F	99	520870	21/05/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
16	MARIA SELMA PEREIRA DOS SANTOS	06/11/1981 F	99	522140	29/05/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
17	LUA RODCHA LOBO E SILVA	03/05/1993 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
18	MARILENE LIMA DA SILVA	10/05/1992 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
19	VANILDA FRANCISCA DE OLIVEIRA	07/01/1957 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
20	MARCELO AUGUSTO TEOFILO DA SIL	30/01/2001 M	99	522140	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 006

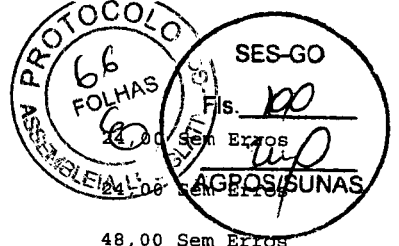
FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE :                    RESP.GESTOR MUNICIPAL :                    RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo            Rubrica            Carimbo            Rubrica            Carimbo            Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_            Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_            Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

01	05/07/2010 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
DEBORA STEFANY RIBEIRO DE SANT									
02	11/07/1949 F	99	521440	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARIA DA GLORIA GONCALVES DE M									
03	01/05/1965 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
MARIA DE LOURDES ASSUNCAO ELIA									
04	29/11/1982 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
KATY KESLIA RIBEIRO LIMA									
05	16/06/2001 F	99	520880	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
SARA ELOIZA PEREIRA ATAIDES									
06	17/09/2003 M	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
JULIO CEZAR DUARTE ALVES DIAS									
07	14/06/1974 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
SONIA REGINA AYRES DA SILVA									
08	09/11/2009 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ALEXANDRE LUIZ NENS DE SOUZA									
09	26/04/1992 F	99	521440	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
LOHANA CARVALHO SANTANA									
10	29/03/2003 F	99	522010	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
JOAO PEDRO DUARTE ARAUJO									
11	06/08/2002 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
PEDRO CESAR MOISES DA SILVA									
12	10/01/2002 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
JOSE ROBERTO SILVA									
13	13/08/1950 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
APARECIDA ABADIA CAMPOS									
14	25/10/1984 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
SIMONE FERRERIA MARQUES									
15	22/11/1974 F	99	520870	03/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
VANUSA OLIVEIRA DE SOUZA									
16	05/08/2006 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ERNADES DE CARVALHO MORAIS									
17	15/07/1966 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARLENE PEREIRA LIMA FERREIRA									
18	27/05/1955 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
CELIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS									
19	11/04/1964 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
MARIA APARECIDA PEREIRA DOURAD									
20	28/01/1980 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
JOVILENE GOMES DA SILVA LIRA									

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 007

01	07/10/1993 F	99	520920	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
GLEYCIANE PEREIRA DA SILVA									
02	03/10/1968 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
CLAUDEMIR VERISSIMO DE SOUSA									
03	07/12/2002 F	99	522045	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARCIO BEZERRA MELO FILHO									
04	26/02/2003 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
THIAGO PINHEIRO GOMES									
05	03/12/1972 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MIRILENE DA SILVA LOURENO									
06	29/05/2002 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
PABLO DOURADO RIBEIRO									
07	30/01/2000 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
SANDRA SILVA SERBETO									
08	14/06/1977 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
LUCILENE DELFINO DA SILVA									
09	18/03/1965 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ELZA NUNES DE OLIVEIRA SANTOS									
10	07/01/2008 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
JOAO VICTOR SILVA DOS SANTOS									
11	12/08/1990 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ALYNE DIVINA FREITAS DE JESUS									
12	17/03/1969 F	99	520160	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
DIVINA SIMONE DE MELO MENDES									
13	26/10/1979 F	99	520110	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
IRISVANDA LIMA DA SILVA									
14	27/05/1955 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
CELIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS									
15	11/04/1964 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SA									

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



16	28/01/1980 F	99	520870	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	
JOVILENE GOMES DA SILVA LIRA								
17	07/10/1993 F	99	520920	04/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	
GLEYCIANE PEREIRA DA SILVA								
18	03/10/1968 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
CLAUDEMIR VERISSIMO DE SOUSA								
19	07/12/2002 F	99	522045	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARCIO BEZERRA MELO FILHO								
20	26/02/2003 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
THIAGO PINHEIRO GOMES								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 008

01	26/02/2003 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
THIAGO PINHEIRO GOMES								
02	03/12/1972 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MIRILENE DA SILVA LOURENCO								
03	29/05/2002 F	99	520870	05/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
PABLO DOURADO RIBEIRO								
04	30/01/2000 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SANDRA SILVA SERBETO								
05	14/06/1977 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
LUCILENE DELFINO DA SILVA								
06	18/03/1965 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ELZA NUNES DE OLIVEIRA SANTOS								
07	07/01/2008 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
JOAO VICTOR SILVA DOS SANTOS								
08	12/08/1990 F	99	520870	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ALYNE DIVINA FREITAS DE JESUS								
09	17/03/1969 F	99	520160	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
DIVINA SIMONE DE MELO MENDES								
10	26/10/1979 F	99	520110	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
IRISVANDA LIMA DA SILVA								
11	26/06/2008 F	99	522045	06/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARCOS VINICIUS CARVALHO SILVA								
12	21/08/1966 F	99	520870	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
JOANA DARC DA SILVA SANTANA								
13	16/04/2003 F	99	520870	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
JOO PAULO ROCHA								
14	15/06/2008 M	99	520870	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
VINICIUS VIEIRA SANTANA DE AND								
15	28/09/2000 F	99	520870	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ANA KAROLINE RODRIGUES DE ANDR								
16	04/11/1960 F	99	520870	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SUEDES DA PAIXAO GODOI MIRANDA								
17	23/04/1991 F	99	521150	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
AMANDA COUTINHO GOMES								
18	18/12/1977 F	99	521973	07/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
MARIA SIRLENE BATISTA								
19	11/06/1943 F	99	520870	10/06/2013	02.03.02.003-0	4	02	96,00 Sem Erros
SEBASTIANA JACINTA DE GOGOY								
20	09/03/1980 F	99	522140	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARIA JOS DIAS DOS SANTOS								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 009

01	08/08/1966 F	99	520870	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARINEZ CARVALHO DE ARAUJO								
02	18/08/2000 F	99	522140	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
PEDRO HENRIQUE LOPES DOS SANTO								
03	20/10/1943 F	99	522140	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ADELAIDE DOS SANTOS CUNHA								
04	24/05/2002 M	99	520870	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
LEONARDO MARQUES TRISTAO								
05	13/05/2004 F	99	520330	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
CARLOS EDUARDO DIAS RAMALHO								
06	04/10/1995 F	99	520870	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARIA IZABEL FEITOSA								
07	07/09/2005 M	99	520520	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
GUILHERME CARDOSO LALES								
08	04/11/2001 F	99	522205	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
CARLOS MANOEL DA SILVA COSTA								
09	07/11/2000 F	99	520870	07/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
KELVEN FIALHO DE CASTRO								

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*\*\*\*\*

10	23/03/1991 F	99	521150	10/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
AMANDA COUTINHO GOMES									
11	17/01/2013 M	99	520410	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
JOAO PEDRO SANTOS OLIVEIRA									
12	22/08/2011 F	99	522140	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARIAH CLARA SANTOS									
13	24/02/2000 F	99	520870	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
RENNER DE SOUZA SILVA									
14	14/06/2003 F	99	520880	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
LYRA RUBIA VIEIRA ABREU									
15	23/12/1993 F	99	520140	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ANA LUIZA GUIMARAES DA SILVA									
16	22/08/2011 F	99	522140	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARIAH CLARA SANTOS									
17	24/02/2000 F	99	520870	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
RENNER DE SOUZA SILVA									
18	14/06/2003 F	99	520880	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
LYRA RUBIA VIEIRA ABREU									
19	23/12/1993 F	99	520140	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ANA LUIZA GUIMARAES DA SILVA									
20	12/02/1973 F	99	520870	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARILUZA SANTOS OLIVEIRA BALIZ									

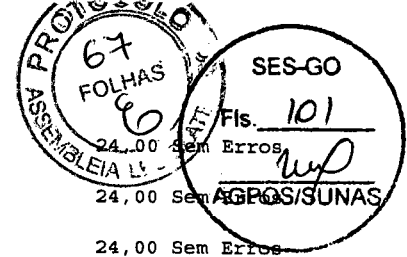
COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 010

01	12/06/2013 F	99	520495	17/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
RN DE KATIA GONCALVES DA SILVA									
02	26/06/1947 F	99	520750	17/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
CELIA MARIA DO NASCIMENTO									
03	28/05/1960 F	99	520870	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
IVANILDES ROSA LEAL									
04	17/11/1970 F	99	520870	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
AGLAY THELMA ALVES DE CARVALHO									
05	24/05/1976 F	99	522140	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ELIANA LUIZA DE LIMA BERNARDES									
06	07/10/1988 F	99	317020	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
DANIELE GOIAS DA SILVA									
07	02/04/1989 F	99	520880	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
LUCIANE DE ALMEIDA SANTANA									
08	11/06/2013 F	99	520870	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
RN DE KENIA PIRES BERNARDO									
09	23/11/2001 F	99	522010	17/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
WYTORIA FERREIRA SILVA									
10	07/01/1984 F	99	522130	18/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARCIA RODRIGUES DA SILVA									
11	10/07/1971 F	99	522028	18/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
JARDILINA SANTIAGO									
12	22/03/1967 F	99	522050	18/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
MADALENA LUIZA DE LIMA									
13	30/11/1987 F	99	520140	18/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
LETICIA DOS SANTOS SOUZA CAVAL									
14	09/03/1995 F	99	520870	11/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
SUSAN ROBERTA ALVES DOS SANTOS									
15	20/12/1954 F	99	520870	11/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
ELINEA TEIXEIRA DE BRITO									
16	09/04/1972 F	99	520650	11/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
NELINA MATIAS RAMOS									
17	20/02/2010 F	99	520180	11/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00	Sem Erros
EZEQUIEL CANDIDO SILVA									
18	22/12/2006 F	99	520870	11/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
GABRIEL SAMPAIO SOUZA									
19	11/05/2002 F	99	522045	11/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
KELLY CRISTINA BENTO SILVA									
20	12/01/1969 F	99	520870	11/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARIA DE FATIMA SILVA BRITO									

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 011

01	12/01/1969 F	99	520870	11/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
MARIA DE FATIMA SILVA BRITO									
02	09/06/1967 F	99	520870	11/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00	Sem Erros
ILMA PEREIRA RAMOS									
03	26/02/1993 F	99	520870	12/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00	Sem Erros
NATALIA CAMARGO ESPIRITO SANTO									

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



04	14/03/1957 F	99	520580	12/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
WALDETE RODRIGUES DA SILVA								
05	09/07/1983 F	99	522170	12/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SILVANA ROSA JESUS								
06	08/08/2011 F	99	521880	13/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ANDRYELLE RODRIGUES DE AZEVEDO								
07	24/05/1986 F	99	520870	13/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
IRIS DE FATIMA RODRIGUES BOAVE								
08	09/05/2009 F	99	520870	13/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
LUIS PHILLIPE TEIXEIRA LIMA								
09	30/07/2007 F	99	520840	13/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
SARA GABRIELLY JULIA DA SILVA								
10	22/09/1984 F	99	520870	13/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
IVONE OLIVEIRA SANTOS								
11	18/07/1975 F	99	520870	21/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARLENE SILVA DOS SANTOS								
12	02/11/1980 F	99	520870	13/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
IRANEIDE MONTEIRO								
13	07/12/1992 F	99	520870	14/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
LORRAYNE CRISTINA SOUZA								
14	05/09/1964 F	99	520870	14/06/2013	02.03.02.003-0	4	02	96,00 Sem Erros
AMALIA LEONARDA DA COSTA								
15	23/03/2013 F	99	520870	25/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
ENZO ANIEL STIVAL SILVA CONSTA								
16	25/09/2010 F	99	521550	25/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
DANIEL COSTA DA SILVA								
	23/11/2004 F	99	521710	25/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ERICA BATISTA SANZ								
18	01/06/1996 F	99	520870	26/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ELIETHE PIRES DE LIMA								
19	11/12/2000 F	99	520380	21/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
GUSTAVO PAIVA JORGE								
20	13/04/1963 F	99	520870	21/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
SINOEDE MARIA GUIMARAES CAMELO								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 012

01	25/09/1995 F	99	520140	21/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
HELEN CRISTINA GOUVEIA SILVA								
02	14/04/1985 F	99	520140	21/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
VALDIRENE BARBOSA DA SILVA								
03	10/01/1966 F	99	520025	24/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
ZITA SOARES DE SOUZA								
04	05/02/2002 F	99	520140	24/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
GABRIEL HENRIQUE NASCIMENTO								
05	29/12/1994 F	99	520870	24/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
KELLY DA SILVA COSTA								
06	11/06/2002 F	99	522045	24/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
RONALDY SILVA MOURA								
07	21/09/2005 F	99	520870	24/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
ARTHUR QUEIROZ DA SILVA								
08	03/01/1981 F	99	520870	24/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
ISAMAIRA PEREIRA DE SOUZA								
09	10/03/1979 F	99	520920	24/06/2013	02.03.02.003-0	2	02	48,00 Sem Erros
ZILDA DE FATIMA ROSA								
10	07/03/1985 F	99	520860	24/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
QUEILA CHAVES VELOSO								
11	09/04/1987 F	99	520870	24/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
ALCIONE MARIA MACHADO								
12	06/04/1993 F	99	520915	24/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
GABRIELA MARIA DO NASCIMENTO								
13	01/01/1997 F	99	520870	25/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
RUTH DE SOUZA								
14	28/05/1958 F	99	520870	25/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
VANI MESQUITA NUNES								
15	27/07/1962 F	99	520140	25/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARIA DE FATIMA FERREIRA								
16	14/05/1972 F	99	520870	18/06/2013	02.03.02.003-0	3	02	72,00 Sem Erros
MARIA HELENA PAULA DIAS DE MAT								
17	05/10/1968 F	99	521000	18/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
NAIA NUNES PEREIRA								
18	20/03/1936 F	99	520870	18/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros
MARIA JOSE FIGUEIRAL								
19	29/05/2002 F	99	520870	19/06/2013	02.03.02.003-0	1	02	24,00 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -

RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :

Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica

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

PABLO DOURADO RIBEIRO  
 20 31/03/2002 F 99 522060 19/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 LOHANNE MARTINS LEITAO BARBARA

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 013

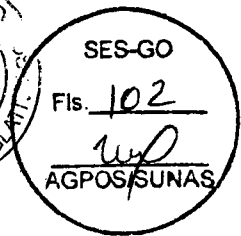
01 17/11/2010 F 99 520870 19/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 BRUNA BISGA  
 02 01/01/2000 F 99 520870 19/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 MILENA COSTA COELHO  
 03 09/08/1970 F 99 520870 19/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 ODICEIA DOS SANTOS DIAS  
 04 21/04/1982 F 99 521680 19/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 JULIANA RAFAELA DA SILVA  
 05 01/01/2000 F 99 520870 19/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 MILENA COSTA COELHO  
 06 04/06/2000 F 99 521523 20/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 ANTONIA DIAS DA SILVA  
 07 16/01/1976 F 99 520870 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 MARCIA MENDES  
 08 01/05/2004 F 99 520140 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 ITALO BUENO ESSIM  
 09 06/02/2000 F 99 521370 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 LAURA ELIZANDRA MOREIRA COELHO  
 10 23/10/1972 F 99 520140 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 OLERINDA GONCALVES DA SILVA  
 11 29/03/2013 F 99 520870 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 ISAQUE PEREIRA MIRANDA  
 12 04/05/1999 F 99 520870 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 WALIQUISON SILVA MAIA  
 13 26/03/2000 F 99 520005 20/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 IGOR LOPES DA SILVA  
 14 22/06/1993 F 99 520870 20/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 BRENDA BARBOSA DE SOUZA

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 014

01 20/09/2003 F 99 520870 26/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 HIGOR KAIQUE OLIVEIRA MACHADO  
 02 23/10/2003 F 99 520140 26/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 VITORIA CAROLINE DE SOUZA SANT  
 03 07/11/1997 F 99 520870 26/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 NATHALYENE LEANDRA CAMPOS  
 04 25/02/1967 F 99 520870 26/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 SILVANA MARIA LIMA  
 05 14/09/1972 F 99 520870 27/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 NILZA MARIA DE JESUS CUNHA  
 06 11/11/1974 F 99 520870 27/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 RUTH ALVES LAGO  
 07 26/06/2013 F 99 520750 27/06/2013 02.03.02.003-0 3 02 72,00 Sem Erros  
 RN DE MARISLAYNE DE SOUZA LIMA  
 08 26/01/2009 M 99 520870 27/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 GABRIEL RICARDO PEREIRA  
 09 12/02/2005 F 99 520880 27/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 LARISSA DA SILVA  
 10 15/02/1974 F 99 520870 27/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 MARIA RITA DE SOUSA  
 11 10/08/2009 F 99 521860 27/06/2013 02.03.02.003-0 2 02 48,00 Sem Erros  
 EMANUELE RAMOS ALVES  
 12 28/02/1968 F 99 520870 28/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 AUREA BEZERRA DE MELO  
 13 11/08/2009 F 99 520870 28/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 ANA CLARA LEO SANTANA  
 14 20/01/1966 F 99 520870 28/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 MARIA SINASIA PORTELA MATOS  
 15 21/01/2001 M 99 520870 28/06/2013 02.03.02.003-0 1 02 24,00 Sem Erros  
 GABRIEL ALVES DOS SANTOS

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



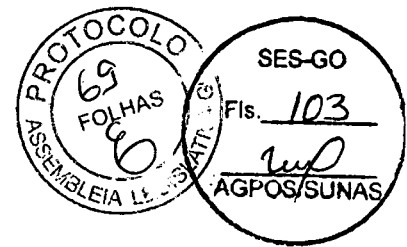


CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 108725413600009 CBO : 225250

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS	PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA SITUACAO
01		FRANCIELE TEREZINHA SOUZA DARU	08/04/1994	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
02		ESTEFANIA ALVES DE SOUZA	28/07/1984	F	99	520170	04/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20 Sem Erros
03		CAMILA DA ROCHA	18/09/1986	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
04		LIDIANE SPIGOLON CORSI	17/07/1988	F	99	520140	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
05		ALINE FRANCIELE PAZCHENCO	25/11/1988	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
06		SIMONE FERREIRA MARQUES	25/12/1984	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.004-6	1	02		37,95 Sem Erros



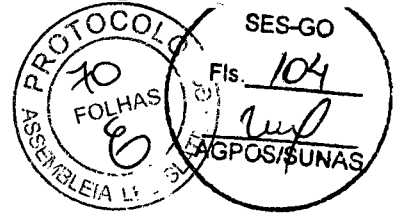
CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 209578492860008 CBO : 225250

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA SITUACAO
01	SANDRA FERREIRA	10/09/1986	F	99	520355	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
02	WENIA DE OLIVEIRA PEREIRA	16/03/1988	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
03	JULIANA DE ANDRADE FOTOURA	01/08/1995	F	99	520170	14/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20 Sem Erros
04	LUCIANA NASCIMENTO MARQUES	23/08/1997	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
05	FABIANA CORDEIRO ARAUJO	19/01/1995	F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
06	THAIS SCARLETT DOS ANJOS	21/01/1995	F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
07	KATIANA SILVA BARBOSA	24/02/1992	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
08	YORRANA DE OLIVEIRA	01/04/1990	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
09	TAIANA SOARES ALMEIDA	04/07/1990	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
10	MARCELA VITORIA DIAS	30/06/1998	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20 Sem Erros
11	MARIA EDUARDA MARQUES	17/05/2002	F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.004-6	1	02		37,95 Sem Erros
12	ANA PAULA MOREIRA	22/02/1998	F	99	522140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
13	FERNANDA LETICYA JOAQUIM	23/08/1993	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
14	DIULLY MEIRA SANTOS	20/10/1991	F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
15	MARIA VANESSA P DOS SANTOS	28/07/1996	F	99	521880	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
16	GRACILENE LAURINDO DA SILVA	27/07/1984	F	99	520880	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
17	ELIANA GOMES MELO	11/03/1983	F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
18	CRISLORRAINE OLIVEIRA TEIXEIRA	29/11/1989	F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 209721148790004 CBO : 225320

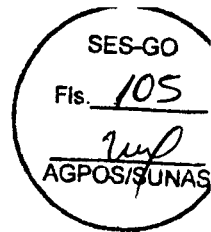
COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS	PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA SITUACAO
01		GLAUCIA APARECIDA DE JESUS	18/09/1980	F	99	520870	22/06/2013	02.05.02.004-6	1	02		37,95 Sem Erros
02		ALAI DA BEATRIZ VIEIRA DA SILVA	07/12/1985	F	99	522140	02/06/2013	02.05.02.004-6	1	02		37,95 Sem Erros
03		MAEDNA FARIAS DOS SANTOS	21/05/1989	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
04		SELMA CARLOS DA SILVA PEREIRA	07/10/1970	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	2	02		48,40 Sem Erros
05		RAQUEL FERNANDES DA ROCHA	22/08/1982	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	2	02		48,40 Sem Erros
06		NATALIA CRISTINA FERREIRA MART	25/12/1994	F	99	522140	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
07		LUDMILA LILIANE RODRIGUES	07/03/1989	F	99	522140	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
08		MARIA DO CARMO PEREIRA DE SOUZ	16/04/1969	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
09		KATY KESLIA RIBEIRO LIMA	29/11/1982	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
10		CARMINA PEREIRA DE OLIVEIRA	26/06/1983	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
11		AMANDA OLIVEIAR LEMES	13/12/1994	F	99	521310	02/06/2013	02.05.02.014-3	2	02		48,40 Sem Erros
12		ALCIDILENE FERREIRA SILVA	09/06/1990	F	99	521308	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
13		FERNANDA FONSECA CHIALASTRI	16/08/1975	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
14		SANDRA MARIA DA CRUZ BERNARDES	08/10/1982	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
15		LUCIVANIA DOS SANTOS INACIA SI	07/04/1989	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
16		LIVONEIDE PEREIRA DA SILVA OLI	13/02/1988	F	99	520870	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
17		TATIANA CARVALHO BRANDAO	27/09/1981	F	99	522140	02/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 011

01		LUZIA RODRIGUES DE OLIVEIRA	01/04/1957	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20 Sem Erros
02		MARIA ADRIANA DA SILVA	28/05/1995	F	99	522205	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
03		THAYNARA BORGES	11/09/1993	F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
04		JACIARA MARIA DOS SANTOS	27/06/1995	F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
05		CLEMILDA R FERREIRA DOS SANTOS	22/09/1981	F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
06		VANESSA VALERIA DE SOUZA	24/11/1982	F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
07		CACILENE DE ALMEIDA MELO	17/09/1973	F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
08		ANA PAULA DA SILVA	24/08/1995	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	1	02		24,20 Sem Erros
09		NAYARA DA SILVA DIAS DE PAIVA	21/12/1989	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 210176455920006 CBO : 225250

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

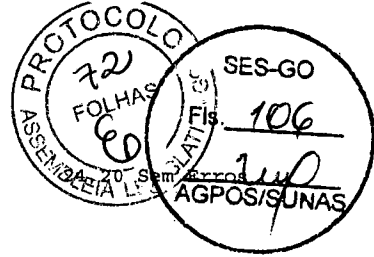
SQ	CNS	PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA	SITUACAO
01		MARIA APARECIDA SILVA	01/09/1955	F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros
02		SABRINA CAMILA S MARINHO	23/01/1991	F	99	520910	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
03		ROSANGELA MARINHO DOS SANTOS	12/08/1983	F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
04		HENDYLENY FERREIRA DA SILVA	29/07/1991	F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
05		THAIS GUIMARAES COSTA	20/03/1993	F	99	521710	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
06		MARILIA GOMES DA SILVA	14/09/1992	F	99	520860	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
07		LORRANE MARTINS RIBEIRO	09/10/1993	F	99	521910	06/06/2013	02.05.02.004-6	1		02	37,95	Sem Erros
08		GRACILENE L DA SILVA	27/07/1994	F	99	520880	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
09		JOSCILENE CARNEIRO DE SOUSA	27/11/1985	F	99	520880	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
10		LISANGELA JACINTO DE SOUZA	14/05/1987	F	99	520140	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
11		JULIETH DE OLIVEIRA QUEIROZ	01/09/1992	F	99	522140	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
12		VANESSA REGINA DERI	28/01/1986	F	99	520170	06/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
13		JEANE DE SOUZA MESQUITA	28/05/1989	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
14		EDIVANIA GERVASO RAMOS	27/01/1999	F	99	520995	12/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
15		STELA CARVALHO MENEZES	26/11/1985	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	2		02	48,40	Sem Erros
16		ALINE ANNE RODRIGUES DA COSTA	09/04/1998	F	99	522140	12/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
17		STEFFANE PAMELLA DE SOUZA	26/12/1987	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
18		WALQUIRIA LIMA RIBEIRO	26/01/1988	F	99	520545	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
19		JESSICA DA SILVA CALDAS	16/07/1991	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
20		SUELLEN PEREIRA STABILE	05/09/1983	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 002

01		KEZIA AUGUSTA DA SILVA	08/06/1978	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
02		DANIELLA CRISTINA DE SOUZA	02/06/1992	F	99	521040	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
03		TAIANA SOARES ALMEIDA	04/07/1990	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
04		LARISSA DE JESUS RODRIGUES	05/04/1993	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
05		NEURACI RAIMUNDA DO NASCIMENTO	28/04/1977	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
06		JOAO PEDRO ROCHA MILHOMEM	05/02/2008	M	99	520870	10/06/2013	02.05.02.004-6	1		02	37,95	Sem Erros
07		ADRIENE PEREIRA DOS SANTOS	10/09/1990	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
08		LUANA BORGES MOREIRA LOPES	05/06/1993	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
09		JOASIANNE MIGUEL DIAS	16/04/1997	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
10		HANADERU KARAJA	11/02/1992	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
11		JESSICA DA SILVA CALDAS	16/07/1991	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1		02	24,20	Sem Erros
12			24/01/2002	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.004-6	1		02	37,95	Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





NATHALIA PIRES BRITO  
13 14/02/1979 F 99 520870 10/06/2013 02.05.02.014-3 1 02  
SIMAIA ALVES DE OLIVEIRA

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 210176494230007 CBO : 225230

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA SITUACAO
01	MILLENA DA SILVA COELHO	15/06/1996	F	99	520929	06/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
02	CLAUDIA FERREIRA CARDOSO	21/05/1977	F	99	520140	02/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
03	GLEICY LARA FERREIRA SATIRO	06/06/2013	F	99	520870	06/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
04	FLAVIO PEIXOTO CARDOSO FILHO	23/08/2010	M	99	171610	06/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
05	YASMIN CORDEIRO DE BRITO	21/11/2003	F	99	520880	06/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
06	GABRIELA VICTORIA BRANDAO COST	02/05/2012	F	99	520870	06/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
07	FERNANDO HENRIQUE DAMASCENO DE	01/07/2012	F	99	521450	06/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
08	GLAUCIA APARECIDA DE JESUS	18/09/1980	F	99	520870	01/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
09	RN DE FABIANA AMORIM PEREIRA B	26/05/2013	F	99	172090	27/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
11	JESSICA LARISSA CHIMANGO DIAS	01/10/2001	F	99	520140	13/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
12	MARIA GABRIELA MACIEL MARTINS	28/07/2009	F	99	520870	28/07/2009	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
13	MARIA BIANCA MERGEN DE OLIVEIR	12/11/2005	F	99	520510	07/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
14	THAILINNY LIMA LITA	14/04/2011	F	99	520025	07/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
15	MARCOS RODRIGO DAMASCENO PEIXO	03/02/2006	F	99	520870	13/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
16	ANA CAROLINY SAMPAIO MOURA	28/07/2012	F	99	520870	28/07/2012	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
17	ANA LUIZA OLIVEIRA PAES	21/04/2010	F	99	520870	13/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
18	NATA MORAES RODRIGUES DE SOUZA	23/05/2006	F	99	522185	07/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
19	NOELI OSTERKAMP	01/10/1980	F	99	520870	02/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
20	GUSTAVO AMARAL GARCIA GHIRALDI	28/12/2010	M	99	520870	14/03/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
	RAFAELA CARVALHO BENTO	10/03/2010	F	99	520870	25/04/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros

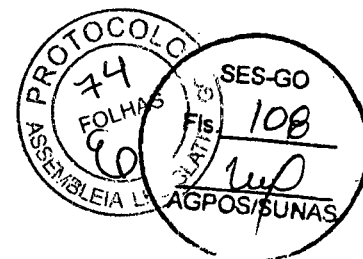


COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 002

01	MARIA TEREZA GUIMARAES DOS SAN	18/01/2007	F	99	520590	07/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
02	ALEXANDRE KAYNAN CEROZINO PAUL	08/04/2001	F	99	520870	14/03/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
03	RHUAN RAMOS SOUZA	02/02/2012	M	99	520870	27/06/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
04	THOMAZ ARTUR SILVA DE OLIVEIRA	25/01/2004	F	99	520870	16/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
05	ARTHUR GABRIEL NUNES DE OLIVEI	08/10/2008	M	99	520870	24/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
06	RENAN GUSTAVO ALVES SOUZA	29/08/2009	F	99	520870	13/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
07	MURILO CHAVES VILARINHO	11/08/1982	F	99	520870	16/05/2013	04.01.01.004-0	1	L309	02	11,84 Sem Erros
08	ELIANE MELO DE SOUZA	14/10/1977	F	99	521000	16/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros
09	LARA KELROLY AGUINAM DOS REIS	12/11/2001	F	99	520870	15/05/2013	04.01.01.004-0	1	L989	02	11,84 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 210176633530004 CBO : 225320

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA SITUACAO
01	RN DE KARYNE GABRIELLE E SILVA	02/06/2013	F	99	522010	06/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
02	ANNA ELISA SILVA MACHADO	01/04/2013	F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
03	RN DE KAMILA F Q BATISTA	24/05/2013	F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
04	JANAINA SILVA DE SOUSA	14/06/2001	F	99	520140	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
05	TALLES DAVID PEREIRA	30/12/1999	M	99	520860	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
06	ANA KAROLINE RODRIGUES	28/09/2000	F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
07	KAYK ALVES VIANA	19/04/2013	M	99	520870	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
08	MARCOS VINICIUS C SILVA	26/06/2008	M	99	522045	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
09	PEDRO HENRIQUE L DOS SANTOS	18/08/2000	M	99	522140	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
10	DIVINO ETERNO RODRIGUES	10/07/2008	M	99	521040	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
11	ALLYCE VICTORIA DORNELAS	20/04/2012	F	99	521740	06/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
12	MARIA GABRIELLY MORAIS DA SILV	06/07/2006	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
13	SOPHIA VITORIA A NEVES	26/02/2011	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
14	RN DE MARIA LUCIA B GOMES	01/06/2013	F	99	520140	10/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
15	RN DE MIRIAN CARLOS FERREIRA	08/05/2013	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
16	RN DE RAMAYARA L SA RIBEIRO	17/05/2013	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
17	BARBARA RAFAELA SANTOS VIANA	04/04/2006	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
18	RAFAELA BATISTA DE SOUZA	16/10/2012	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
19	ANDRESSA VITORIA FIQUEIREDO	06/02/2013	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
20	CYNTHIA DOS SANTOS ARAUJO	27/06/1985	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	02	24,20 Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 002

01	RN DE MICHELLY GOIAS PAGOTTO	30/04/2013	F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
02	KALEB AUGUSTO SILVA RODRIGUES	18/03/2004	M	99	520870	04/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
03	ERNADES CARVALHO MORAIS	05/08/2006	M	99	520870	04/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
04	ESTHER GONCALVES DA SILVA	16/07/2005	F	99	520870	17/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
05	JOAO GABRIEL LIMA MENDES	27/04/2013	M	99	520215	14/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
06	MARCOS SILVA FARIA	10/11/2000	M	99	520870	14/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
07	JOICE VITORIA DA SILVA DUTRA	07/04/2003	F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
08	JOAO LUCAS LIMA MENDES	27/04/2013	M	99	520215	14/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
09	HENRY EMNAUEL SANDOVAL BERNARD	11/04/2003	M	99	520870	12/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
10	VITORIA GABRIELLY ARAUJO SILVA	14/03/2013	F	99	520140	12/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros
11	ISABELA VITORIA ROSA DE PAULA	16/03/2013	F	99	520995	12/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	02	24,20 Sem Erros
12		16/03/2013	F	99	520995	12/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	02	37,95 Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

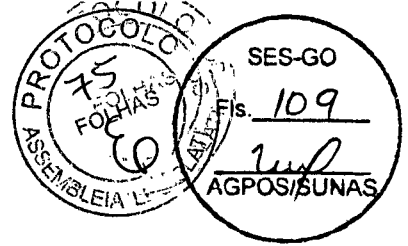
\*\*\*\*\*

ISABELA VITORIA ROSA DE PAULA										
13	19/08/1983	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
LUCIANA GONCALVES DOS SANTOS										
14	05/09/2012	M	99	520870	12/06/2013	02.05.02.005-4	1	02	24,20	Sem Erros
LUIZ FELIPE FERREIRA SILVA										
15	07/11/2006	M	99	522140	12/06/2013	02.05.02.007-0	1	02	24,20	Sem Erros
RAUL HENRIQUE CAMARGO ARAUJO										
16	02/10/2012	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	24,20	Sem Erros
SOPHIA RAMOS DE ALMEIDA										
17	19/05/2002	M	99	520870	12/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	37,95	Sem Erros
PABLO DOURADO RIBEIRO										
18	20/09/2001	M	99	520890	12/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	24,20	Sem Erros
LUCAS BOTELHO CORREIA										
19	01/06/2013	F	99	520140	19/06/2013	02.05.02.017-8	1	02	24,20	Sem Erros
RN DE MARIA LUCIA B GOMES										
20	08/11/2010	F	99	520140	19/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	37,95	Sem Erros
ELOANI M OLIVEIRA										

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 003

01 27/07/2000 M 99 520870 12/06/2013 02.05.02.007-0 1 02 24,20 Sem Erros									
JAVIER FAUSTINO GONDIM LEO									
02 08/05/2013 F 99 521380 04/06/2013 02.05.02.017-8 1 02 24,20 Sem Erros									
RN DE DANIELA SEVERINA DOS SAN									
03 28/05/2013 M 99 520920 04/06/2013 02.05.02.017-8 1 02 24,20 Sem Erros									
ARTHUR SILVA LACERDA									

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



CNES : 2339196

CNS PROFISSIONAL 210177007470008 CBO : 225320

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 001

SQ	CNS PACIENTE/NOME	DT.NASC	SEXO	RACA	MUNIC.	DT.ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	PREVIA	SITUACAO
01	HELLEN CRISTINA MARTINS RODRIG	03/08/1989	F	99	520870	11/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
02	AUCIONE CRISTINA RODRIGUES	07/03/1973	F	99	520870	11/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
03	DAIANY BARBOSA DA SILVA	05/06/1989	F	99	520870	11/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
04	ROSELI MERCEDES	18/10/1971	F	99	520140	11/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
05	MARIA GERALDA GOMES	05/11/1959	F	99	520870	11/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
09	MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA PU	08/05/1965	F	99	520870	05/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
10	MARIA DIVINA SILVA PINHEIRO	23/01/1970	F	99	520870	05/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
11	MARIA DE FATIMA SOUZA PEREIRA	20/09/1964	F	99	520140	05/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
12	KELITA CRISTIAM BARBOSA SILVA	31/01/1978	F	99	520870	05/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
13	ELIANE CARDOSO DOS SANTOS NUNE	26/12/1976	F	99	521500	05/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
14	ELEUZA TEIXEIRA DE ALMEIDA MOR	16/10/1965	F	99	520840	05/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
16	ELIENE MARTINS DA SILVA	31/01/1995	F	99	520870	03/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
17	MARLEIDE INABREU GUARAPE	06/03/1984	F	99	520870	03/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
18	JAQUELINE LOPES DOS SANTOS OLI	15/05/1982	F	99	520140	13/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
19	IVANY DOS SANTOS	28/04/1968	F	99	520870	03/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
20	ELAINY RAMOS DA SILVA	10/07/1986	F	99	520870	03/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 002

05	SUEDE DA PAIXAO	04/11/1960	F	99	520870	13/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
15	NATALIA LOPES DO NASCIMENTO	25/12/1969	F	99	520870	17/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
16	MARIA DE FATIMA DIAS MACHADO S	01/03/1968	F	99	520870	17/06/2013	02.05.02.009-7	1	02		24,20	Sem Erros
17	LORRANE MARTINS RIBEIRO	09/10/1993	F	99	521910	08/06/2013	02.05.02.005-4	1	02		24,20	Sem Erros
18	AMANDA COUTINHO GOMES	23/04/1991	F	99	521150	08/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20	Sem Erros
19	FABIANA RODRIGUES DA SILVA	13/03/1992	F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20	Sem Erros
20	WHATILA PRISCILA DA SILVA	20/08/1988	F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.016-0	1	02		24,20	Sem Erros

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 003

01	SIMONE GONCALVES DE PAIVA	20/01/1993	F	99	521410	08/06/2013	02.05.02.004-6	1	02		37,95	Sem Erros
02	ADENILDES ANTONIA DE OLIVEIRA	13/09/1960	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros
03	ELAINE DE OLIVEIRA LOPES	11/02/1966	F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros
04	SIRLEUZA LIMA DE SOUZA	05/05/1963	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros
05	PRISCILA GARCIA DE O VILELA	16/12/1987	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros
06	SEBASTIANA FRANCISCO DE LIMA	17/06/1966	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros
07	RENATA FATIMA DOS SANTOS	15/11/1976	F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.009-7	1	N63	02	24,20	Sem Erros

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_





08	07/08/1967 F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	
MARIA NELY PEREIRA								
09	03/05/1980 F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	
VANESSA SILVA SANTOS								
10	22/08/1979 F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	37,95 Sem Erros
LUCIA MOREIRA DA SILVA								
11	20/05/1956 F	99	520880	04/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
MARIA JOSE DA SILVA GALDINO								
12	13/08/1975 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
ROSANGELA RAMALHO CORDEIRO								
13	07/01/1964 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
MARIA APARECIDA FERREIRA CARVA								
14	03/12/1966 F	99	520630	04/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
MICAL SEVERINO DE CARVALHO								
15	09/03/1970 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
MARIA FERNANDES SILVA ALVES								
16	06/10/1993 F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
KELLY LORAYNE BUENO DA COSTA								
17	21/05/1983 F	99	522045	06/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
KEILA RODRIGUES MARIANO								
18	08/09/1967 F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
ROSA AMELIA VIEIRA GARCIA								
19	20/02/1966 F	99	521120	06/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
CLEUSA HELENA DA SILVA								
20	08/08/1992 F	99	520970	06/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
ANGELICA GOMES SILVA BATISTA								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 004

01	18/07/1975 F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
MARLENE SILVA DOS SANTOS								
02	15/12/1977 F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
CLEIA CRISTINA NETO								
03	08/03/1995 F	99	520880	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
INGRID MAXINE SOARES								
04	04/03/1983 F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
PRISCILA SANTOS SILVA MARQUES								
05	12/12/1986 F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
EUDINEIA DE JESUS BEZERRA								
06	04/09/1977 F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
CLEUSA ONICE DE JESUS DA SILVA								
07	03/01/1979 F	99	520870	09/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
HELEN RODRIGUES SOARES								
08	05/02/1979 F	99	520140	09/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
SIMONE GERALDO DOS SANTOS								
09	03/11/1990 F	99	520005	09/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
KARLA CRISTINA DE O LEITE								
10	03/02/1979 F	99	520140	09/06/2013	02.05.02.016-0	1	02	24,20 Sem Erros
ALESSANDRA ROSA VEIGA								
11	25/07/2000 F	99	520870	09/06/2013	02.05.02.016-0	1	02	24,20 Sem Erros
MARIA LINDA DAS FLORES ALENCAR								
12	12/03/1998 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.012-7	1	02	24,20 Sem Erros
ANA LAURA PACHECO LOPES								
13	18/04/1970 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.009-7	1 N63	02	24,20 Sem Erros
ELIETE ALVES NOGUEIRA								
14	09/07/1983 F	99	522170	10/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	37,95 Sem Erros
SILVANA ROSA JESUS								
15	30/03/1991 F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
JESSICA FREIRE PEREIRA								
16	21/12/1993 F	99	522140	10/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
DANYARA VAZ GOMES								
17	13/07/1991 F	99	520870	10/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
PRISCILA GRACIELE RIBEIRO								
18	14/11/1987 F	99	520140	10/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
PATRICIA PEREIRA DA SILVA								
19	27/05/1987 F	99	521000	11/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
JOANA NUNES MAGALHAES								
20	12/06/1972 F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
CRISTIANE JORGE ALARCON								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 005

01	01/01/1997 F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20 Sem Erros
GABRIELA RIBEIRO LOBO								

FORMALIZACAO ----- Valores sujeitos a criticas/alteração pelo gestor -  
 RESP.UNIDADE : RESP.GESTOR MUNICIPAL : RESP.GESTOR ESTADUAL :  
 Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica Carimbo Rubrica  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*\*\*\*\*

02	27/09/1993 F	99	520870	16/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	ANDRESSA A PAULA DA S SOUSA								
03	22/06/1993 F	99	520870	17/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	BRENDA BARBOSA DE SOUZA								
04	15/09/1994 F	99	520870	17/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	ANDREZA FERNANDES DA SILVA								
05	21/05/1979 F	99	522140	06/06/2013	02.05.02.005-4	1	02	24,20	Sem Erros
	MILENA FERREIRA PEREIRA								
06	23/12/2012 M	99	520870	04/06/2013	02.05.02.004-6	1	02	37,95	Sem Erros
	FILHO DE DIVINA CASSIA								
07	31/01/1986 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	FRANCIELLE FERREIRA FRANCA								
08	03/01/1965 F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.012-7	1	02	24,20	Sem Erros
	EVANDRA ROSA DAS NEVES								
09	15/12/1969 F	99	521308	06/06/2013	02.05.02.012-7	1	02	24,20	Sem Erros
	LINDINALVA A DE MORAIS COELHO								

COMPETENCIA : 06/2013 FOLHA : 011

01	02/12/1980 F	99	521405	08/06/2013	02.05.02.016-0	1	02	24,20	Sem Erros
	ANDREIA CARDOSO DOS S SILVA								
02	05/01/1996 F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	JOELMA LIMA PEREIRA								
03	20/10/1987 F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	FERNANDA CAVALCANTE DA SILVA								
04	10/07/1992 F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.005-4	1	02	24,20	Sem Erros
	THAIS FERNANDES DE ALMEIDA								
05	17/12/1997 F	99	522045	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	DAIANE RODRIGUES ALVES								
06	17/05/1988 F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	LUSIANE DE AQUINO FERREIRA								
07	23/11/1979 F	99	521380	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	NEUMESIA APARECIDA REZENDE								
08	29/03/1994 F	99	520870	08/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	JESSIKA DUTRA FERREIRA								
09	13/08/1996 F	99	520870	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	GEANE SARAIVA CARNEIRO								
10	04/07/1990 F	99	520140	14/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	MARIA EDUARDA M DE MOURA								
11	18/11/1993 F	99	520140	12/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	JOZY ADRIANA PEREIRA RIBEIRO								
12	29/04/1986 F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	TALISSA CARLA DE FARIA								
13	18/09/1965 F	99	520870	12/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	MARLETE SIVLA DA ROCHA								
14	12/03/1988 F	99	520870	04/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	SEBASTIANA P DO NASCIMENTO								
15	09/04/1987 F	99	520870	06/06/2013	02.05.02.014-3	1	02	24,20	Sem Erros
	ALCIONE MARIA MACHADO								

TOTAL DO CNES : 14.784,51



## **REGULAMENTO DE RECURSOS HUMANOS HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI GESTÃO DO INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH**

### **I – OBJETIVO.**

O presente Regulamento de Recursos Humanos tem por objetivo cumprir com as exigências do Contrato de Gestão N° 131/2012-SES-GO, item 3.1.43.

### **II - DISPOSIÇÕES GERAIS.**

1 - O Quadro de Pessoal necessário ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMI será composto de um modelo misto de trabalhadores, em que uma parcela será de servidores públicos estaduais, concursados, integrantes, ou não, da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde, e a outra de empregados contratados pelo INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH.

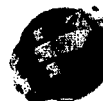
1.1 - O quantitativo geral de pessoal, observado as disposições do item 1 deste regulamento, será composto, no mínimo, por 50% de servidores públicos estaduais, concursados, cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde ou em que esta seja interveniente pela cessão.

2 – Os regimes jurídicos de vinculação dos trabalhadores ao HMI e ao IGH, observará, para os servidores públicos estaduais, o Estatuto do Servidor, conforme Lei 10.460 de 22 de fevereiro de 1988 e para os empregados contratados pelo IGH, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

3 - O IGH assegurará que a avaliação especial de desempenho dos servidores públicos estaduais, lhes cedidos, e que ainda estejam em estágio probatório, cumprirá com as disposições do Decreto N° 5.668/2002, assim como que a avaliação do Prêmio de Incentivo observará o disposto na Lei N° 14.600/2003 e Portaria N° 294/2011.

4- Serão mantidos em suas integralidades os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional do servidor, conforme determina o item 7.8 do contrato de gestão.

4.1 - As rotinas e fluxos administrativos que, eventualmente, sejam identificadas como passíveis de melhorias para adequação ao gerenciamento do contrato de gestão, deverão ser



objeto  
de

negociação prévia com a Gerência de Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças.

5 - O IGH, em nenhuma hipótese, poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados, bem como os servidores efetivos que estiverem à sua disposição, nos termos da Lei Estadual nº 15.503/05 e suas alterações.

### III - REMOÇÃO DE SERVIDOR.

6- O processo de remoção de servidores públicos do HMI para seus órgãos de origem de lotação observará os procedimentos definidos na Portaria SES-GO Nº 252 de agosto de 2012.

7 - Na hipótese de pedido espontâneo de servidor para sua remoção, o HMI só poderá atender ao pleito se liberado por sua chefia imediata e mediata, assim como pelo Diretor Geral e pelo IGH, a quem caberão à aprovação final da remoção.

7.1 - É dever das chefias envolvidas no processo de aprovação de remoção de servidor, antes da emissão de seu parecer, levar em consideração os serviços de assistência, que por missão legal são prestados pelo HMI à população, não permitindo que interesses pessoais se sobreponham aos interesses públicos de saúde.

8 - A remoção de servidor público também pode ser promovida pela direção do HMI - IGH, conforme item 7.22 do contrato de gestão, sempre considerando a Portaria SES-GO 252 de agosto de 2012, para atender ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato de gestão, expresso no item 7.3, o qual impõe limite financeiro às despesas com remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes, empregados e servidores públicos cedidos à Unidade.

### IV - CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

9 - O eventual preenchimento de vagas do quadro de pessoal necessário às ações de prestação de serviços de saúde do HMI, se dará mediante solicitação à SES-GO de servidor público de seu quadro permanente, ou ainda, mediante contratação direta de profissional pelo IGH.

9.1 - Quando servidor público, a remoção do órgão de origem para o HMI, ocorrerá desde que o mesmo tenha participado, e se classificado, em Processo Público de Seleção de Pessoal. Nessa hipótese o IGH formalizará solicitação à SES-GO a cessão do servidor, cabendo a esta a aprovação, ou não, da liberação do mesmo. Serão garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em

9.2 - É vedada a contratação de servidor público em atividade, salvo em que houver previsão legal de acumulação de cargos e compatibilidade de horário de trabalho, conforme estabelece o item 7.7 do contrato de gestão.



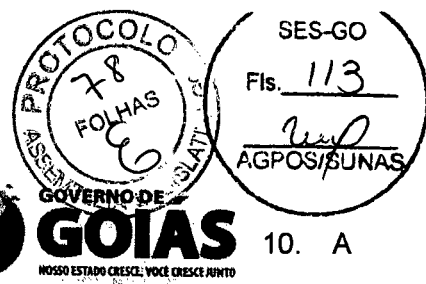
Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS  
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



contratação de empregado, pelo IGH, para trabalhar no Hospital Materno Infantil, deverá observar as disposições do item 3.1.45 e item 10 - letra h, do contrato de gestão, que estabelece obrigatoriedade de publicação na imprensa oficial do processo seletivo.

- 10.1 - Cada processo de seleção será realizado mediante Edital específico a ser divulgado no site no IGH, - [www.igh.org.br](http://www.igh.org.br) - em que constará, detalhadamente, todas as informações, tais como, metodologia a ser adotada, critérios de ponderação e avaliação, horários e locais do processo, assim como todo e qualquer aviso ou comunicado a ele inerentes.
- 10.2 - Para atender as peculiaridades e necessidades do Hospital Materno Infantil, o IGH poderá promover, excepcionalmente, contratações de pessoal era caráter emergencial por prazo não superior a 120 (cento e vinte) dias.
- 10.3- Na hipótese das necessidades das operações indicarem a prorrogação do prazo indicado voltem anterior este poderá renovado por no máximo 30 dias.

#### VI - REMUNERAÇÃO.

11 - O IGH não poderá efetuar o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor cedido com recursos provenientes do Contrato de Gestão, conforme estabelece o item 7.6.

11.1 - Os servidores que exerçam funções temporárias de direção, chefia, coordenação de processos ou assessoramento técnico, poderão receber do IGH gratificação pelo exercício desses cargos, ainda conforme item 7.6 do contrato de gestão, a ser pago em folha de pagamento específica, em valores que levem em consideração a hierarquia, a importância estratégica e a posição relativa entre eles.

11.2 - O pagamento de gratificação referida no item anterior deste regulamento, assim como o desempenho destes não geram nenhum vínculo legal de relação de emprego de qualquer natureza, conforme assegura os itens 7.2 e 7.18 do contrato de gestão.

12 - O IGH poderá celebrar acordos ou convenções coletivas de trabalho para estabelecer os níveis de remuneração a serem adotados, conforme estabelecem os itens 3.1.47 e 7.4 do mencionado contrato de gestão, e desde que estejam, necessariamente, vinculados ao cumprimento de metas estipuladas, à redução dos custos ou ao aumento da produtividade, sempre compatíveis com as tendências praticadas pelo mercado de trabalho.

#### VII - DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS.

13 - Este Regulamento de Recursos Humanos, em sua primeira versão, poderá, a qualquer tempo, sofrer alterações, sejam elas para se adaptar ao Contrato de Gestão firmado pela SES-GO e pelo IGH, assim como para atualizá-lo frente às legislações que regem o servidor público e a consolidação das leis do trabalho.



Hospital Materno Infantil

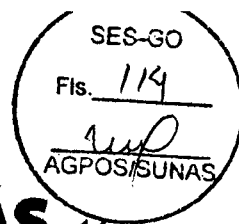
**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE AUMENTO

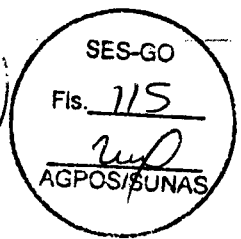


14 -  
Os  
casos  
não

previstos neste regulamento, assim como aqueles que por sua natureza exijam ação mais específica, serão administrados pelas direções constituídas do Hospital Materno Infantil e do Instituto de Gestão e Humanização, ouvida a Secretaria de Estado de Saúde através de sua estrutura de fiscalização e apoio e em consonância com as determinações do Contrato de Gestão N° 131/2012-SES-GO.

15 - Este regulamento entrará em vigor após sua aprovação pelas instâncias da Secretaria de Estado de Saúde e ainda após sua publicação.

Goiânia, outubro de 2012



**REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS, COMPRAS E ALIENAÇÕES DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA/GO.**

**CAPÍTULO I**

**SEÇÃO I**

**DISPOSIÇÕES GERAIS:**

Art. 1º. O presente regulamento versará sobre adoção de procedimentos e condutas adotadas pelo Hospital Materno Infantil de Goiânia/GO, obedecendo ao quanto disposto em Constituição Federal Brasileira, no que tange, sobretudo aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, princípios gerais da licitação, bem como aos ditames do contrato administrativo firmado entre o Estado de Goiás e o Instituto de Gestão e Humanização – IGH tombado sob o nº 131/2012-SES-GO.

Art. 2º A contratação de obras, serviços, compras e alienações realizadas pelo Hospital Materno Infantil de Goiânia/GO obedecerão ao presente regulamento.

Art. 3º: Ressalvadas as disposições abaixo consignadas, toda aquisição de bens e materiais, contratação de obras e serviços será efetuada mediante utilização de plataforma de gerenciamento eletrônico BIONEXO ou similar.

Parágrafo Primeiro: Poderá haver dispensa de utilização de plataforma eletrônica, quando comprovada estado de urgência e/ou emergência.

Parágrafo Segundo: Em hipótese de inexistência de plataforma eletrônica para contratação de obras e serviços, será publicado, ressalvando-se estado de urgência e/ou emergência, edital de processo seletivo para contratação em *website* oficial do Instituto de Gestão e Humanização – IGH (<http://www.igh.org.br>), diário oficial e jornal de grande circulação, onde será eleita a proposta mais vantajosa, observando-se os critérios insculpidos em art. 9º.

Parágrafo Terceiro: Qualquer compra, obra e serviço que possua valor bruto de até R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) poderão ser contratados mediante procedimento de tomada de preços, devendo o Instituto de Gestão e Humanização – IGH buscar, quando houver número suficiente de fornecedores, colacionar aos autos de contratação três orçamentos, e, posteriormente, eleger aquele considerado mais vantajoso, observando critérios insculpidos em art. 9º deste regulamento.

Parágrafo Quarto: Será inexigível a publicação de edital de processo seletivo e procedimento de tomada de preços a contratação de profissionais para realização de serviços técnicos de natureza singular, observados a notória especialização e capacidade de modo à promover eficiência ao serviço público.

Rafael Freire  
OAB/BA 27.266

## CAPÍTULO II

### SEÇÃO I

#### DO PROCEDIMENTO DE COMPRA:

Art. 4º Para fins deste regulamento entende-se por compra como sendo toda aquisição de bens e materiais, duráveis ou não duráveis, realizadas pela unidade.

Art. 5º. Inicia-se o procedimento de compra por solicitação escrita ou por intermédio de recurso eletrônico que deverá ser feita pelo setor/unidade requisitante à Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro: A solicitação deverá conter a descrição completa do objeto, suas especificações, quantitativos.

Art. 6º. Cabe à Diretoria Executiva avallar a solicitação, que autorizará ou não a realização do procedimento de compra.

Art. 7º. Caso a compra não seja autorizada pela Diretoria Executiva, dá-se por encerrado o procedimento.

Art. 8º. Caso haja autorização da Diretoria Executiva, o processo encaminhado ao setor de compras, para que dê continuidade ao procedimento, conforme art. 3º.

Art. 9º. Será selecionada a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração os critérios do menor preço, qualidade e prazo de entrega.

Parágrafo Único: Caso haja divergência entre as especificações constantes no pedido de cotação e na proposta de preço, valerá a do primeiro, devendo o fornecedor executar o objeto em conformidade com o pedido de cotação.

Art. 10º. Após a conclusão do procedimento o setor de compras publicará o resultado, concedendo-se prazo de 02 (dois) dias úteis para interposição de recurso escrito e protocolado na Diretoria Executiva, contendo qualificação das partes e razões recursais, sendo este julgado pela Diretoria Executiva num prazo de até 05 (cinco) dias úteis, estando a decisão disponível em setor jurídico da Unidade.

Art. 11. Não havendo interposição de recurso, o processo será encaminhado à diretoria executiva para apreciação e homologação.

### SEÇÃO II

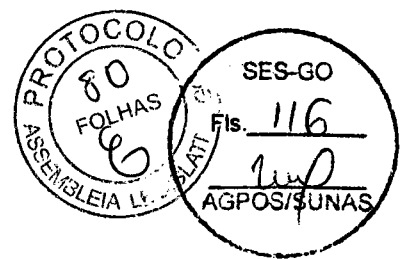
#### DO PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO DE OBRAS E/OU SERVIÇOS:

Art. 12 A unidade hospitalar poderá realizar obras e contratar serviços, desde que obedeça às regras aqui estipuladas.

Rafael Freire  
OAB/RN 27.266







Parágrafo primeiro: A solicitação deverá conter a descrição completa do objeto, suas especificações, quantitativos.

Art. 13. Cabe à Diretoria Executiva avaliar a solicitação, para autorizar ou não a realização da contratação procedimento de obras / realização de serviços.

Art. 14. Caso o procedimento da contratação de obras/serviços não sejam autorizadas pela Diretoria Executiva, dá-se por encerrado o procedimento.

Art. 15. Caso haja autorização da Diretoria Executiva, o processo encaminhado ao setor responsável, para que dê continuidade ao procedimento, conforme prescrito em art. 3º.

Art. 16. Será selecionada a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração os critérios do menor preço, qualidade e capacidade de execução da obra e/ou prestação do serviço.

Art. 17. Após a conclusão do procedimento o setor de compras publicará o resultado, concedendo-se prazo de 02 (dois) dias úteis para interposição de recurso escrito e protocolado na Diretoria Executiva, contendo qualificação das partes e razões recursais, sendo este julgado pela Diretoria Executiva num prazo de até 05 (cinco) dias úteis, estando a decisão disponível em setor jurídico da Unidade.

Art. 18. Não havendo interposição de recurso, o processo será encaminhado à diretoria executiva para apreciação e homologação.

Parágrafo Único: Homologado o processo, o fornecedor que oferecer a proposta mais vantajosa, de acordo com os critérios estabelecidos pela unidade, será convocado para assinatura do respectivo contrato de prestação de serviço.

Art. 19. É indispensável apresentação por todo fornecedor e prestador de serviços de documentos que comprovem a constituição da empresa e sua regularidade fiscal, através da apresentação dos seguintes documentos:

1. Contrato Social registrado;
2. Carta de CNPJ (comprovante de inscrição e situação cadastral);
3. Certidões negativas, conforme art. 34.

Parágrafo Único: Se necessários à completa avaliação do fornecedor, a critério a Diretoria Executiva, outros documentos poderão ser exigidos.

Rafael Freire  
OAB/BA 27.266

### SEÇÃO III

#### DA ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS:

Art. 20. É obrigatória a confecção de contrato para realização de obras e prestação de serviços contínuos.

Parágrafo Primeiro: Entende-se por serviços contínuos como aqueles que, devido a sua natureza e essencialidade, não podem sofrer solução de continuidade.

Art. 21. As aquisições para entrega imediata e a contratação de serviços não contínuos dispensam a confecção de contrato e a execução do objeto obedecerá as disposições contidas nas especificações constantes no pedido de cotação e na proposta de preços.

Parágrafo Primeiro: Entende-se por entrega imediata como sendo aquelas cujo quantitativo de itens adquiridos seja entregue em uma única parcela em prazo não superior a 15 (quinze) dias.

Parágrafo Segundo: Entende-se por serviços não contínuos como sendo aqueles que são contratados para atender demandas eventuais e que, após a sua execução, deem-se por finalizados, sem necessidade de continuidade.

Art. 22. Nos contratos devem constar, obrigatoriamente:

I - A qualificação das partes contratantes;

II - O objeto;

III - Os serviços contratados com todas as suas especificações e detalhamentos;

IV - Os preços;

V - Os quantitativos;

VI - Os prazos;

VII - A forma e as condições de pagamento;

VIII - A programação de entrega dos bens ou de execução dos serviços;

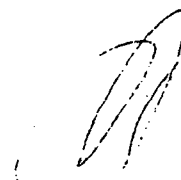
IX - Prazo de garantia;

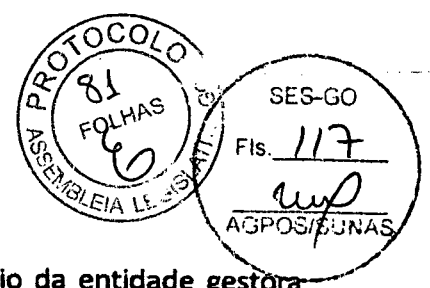
X - O foro eleito para dirimir eventuais contendas;

XI - A assinatura dos representantes legais das partes contratantes;

XII - A assinatura de, no mínimo, duas testemunhas.

Rafael Freire  
OAB/BA 27.266





Art. 23. Após a assinatura do contrato, será publicado em sítio da entidade gestora e/ou mural da unidade hospitalar o resumo do mesmo, no qual deverão constar as suas informações principais.

#### SEÇÃO IV

##### DA DISPENSA DE PROCEDIMENTO POR URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Art. 24. O Procedimento de Compras previsto na Seção I do Capítulo II, bem como procedimento de contratação de obras e/ou serviços previsto em Seção I, Capítulo III, poderão ser dispensados em hipótese de situações emergenciais:

I - Em situações emergenciais, assim entendidas como aquelas em que a demora na conclusão do procedimento possa causar prejuízos à unidade ou a terceiros ou que exponham risco a vida, a saúde ou a integridade física de uma ou mais pessoas, obedecendo ao quanto disposto em art. 3º, deste regimento.

#### SEÇÃO V

##### DOS PAGAMENTOS:

Art. 25. Os pagamentos devem ser feitos mediante cheque ou crédito em conta bancária a ser indicada pelo(a) contratado(a);

Parágrafo Primeiro: Cabe ao(a) contratado(a) o fornecimento dos dados bancários de corretos, haja vista que a unidade não se responsabilizará por dados fornecidos incorretamente.

Art. 26. O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega da respectiva nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo).

Parágrafo Único: Sob nenhuma hipótese o pagamento será realizado antes da entrega dos bens ou da execução dos serviços contratados, devendo o setor responsável atestar se os bens foram entregues e/ou se os serviços foram executados, sob pena de responsabilidade.

#### CAPÍTULO III

#### SEÇÃO VI

##### DA ALIENAÇÃO DE BENS:

Art. 27. Em regra os bens públicos móveis são inalienáveis.

Art. 28. Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo Estado de

Rafael Freire  
2018/27.266

Golás, e que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração dos novos bens ao patrimônio público.

Art. 29. Haverá necessidade de anuência do poder público para alienação de bens e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do contrato de gestão.

#### CAPÍTULO IV

##### SEÇÃO I

##### DOS RECURSOS E IMPUGNAÇÕES:

Art. 30. Ao tornar pública a data para apresentação das propostas a unidade concederá prazo de 02 (dois) dias úteis para apresentação de eventuais Impugnações, devendo a Diretoria Executiva pronunciar-se sobre a matéria em até 05 (cinco) dias úteis.

Art. 31. Ao publicar o resultado, a unidade concederá prazo de 02 (dois) dias úteis para a Interposição de recurso, que deverá ser apresentado de forma escrita, em petição endereçada à diretoria executiva da Unidade, mediante protocolo.

Art. 32 O Recurso interposto/impugnação será criteriosamente avaliada pelo Diretor Executiva da unidade, que decidirá sobre o caso num prazo de 05 (cinco) dias úteis, sendo disponibilizada cópia da decisão em setor jurídico da unidade.

#### CAPÍTULO V

##### SEÇÃO I

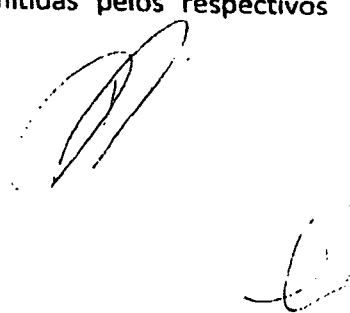
##### DOS FORNECEDORES:

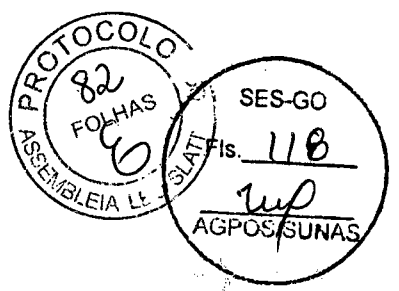
Art. 33. Entende-se por fornecedor toda pessoa jurídica ou física que se habilite a fornecer bens e/ou serviços à unidade.

Art. 34. Somente serão contratados fornecedores idôneos, que estejam em situação regular perante as fazendas federal, estadual e municipal, e perante o INSS e o FGTS.

Parágrafo Único: A comprovação de regularidade perante os órgãos previstos neste artigo será feita mediante apresentação de certidões emitidas pelos respectivos órgãos.

Rafael Freire  
OAB/BA 27.286





## CAPÍTULO VI

### SEÇÃO I

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 35. Durante o período de 90 (noventa) dias necessários à implantação da plataforma de gerenciamento eletrônico de compras e contratação de serviços, estes poderão ser realizados mediante recebimento de cotações e análise de proposta mais vantajosa.

Art. 36. Serão obedecidas as prerrogativas concedidas pela lei complementar 123/2006 às microempresas e empresas de pequeno porte.

Art. 37. Fica vedado a aquisição e alienação de bens, contratação de obras e execução de serviços com pessoa física ou jurídica que se vinculem, por grau de parentesco, com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos de acordo com os Princípios Gerais de Licitação e de Direito Constitucional e Administrativo.

Art. 39. Revogam-se as disposições em contrário

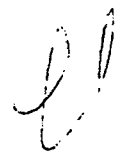
Art. 40. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia/GO, 20 de novembro de 2012.

  
Instituto de Gestão e Humanização – IGH

Paulo Brito Bittencourt  
Superintendente.

  
Rafael Freire  
OAB/BA 27.266





Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



SES-GO  
Fis. 119  
GOVERNO DE  
GOIÁS  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

# Exemplar de manuais;

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

# MANUAL DE CONDUTA EM MÍDIAS SOCIAIS



Hospital Materno Infantil

# Manual de Conduta em **MÍDIAS SOCIAIS**



## Práticas de comportamento dos colaboradores do HMI nas mídias sociais

**Goiânia, agosto de 2013**



**Hospital Materno Infantil**

Endereço: Rua R-7 esq c/ Av. Perimetral, Setor Oeste – Goiânia – Goiás - CEP: 74.125-120

**Fone: (62) 3956.29.00**

E-mail: [hmidirgeral@gmail.com](mailto:hmidirgeral@gmail.com)



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**RONAN LIMA**  
DIRETOR GERAL

**DR. IVAN ISAAC**  
DIRETOR TÉCNICO

**LEILAH PASTORELLO**  
GERENTE ADMINISTRATIVA

\*\*\*\*\*

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO

**PAULO BRITO BITTENCOURT**  
SUPERINTENDENTE GERAL

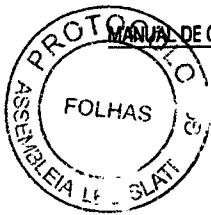
**JOSÉ RODRIGUES**  
GESTOR EXECUTIVO

\*\*\*\*\*

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO:**

Jornalista DORIS COSTA - Reg. Nº JP 0886-GO

Jornalista TAYSA LARA - Reg. Nº JP 2764-GO



## 1. Introdução:

Os colaboradores do HMI e do IGH são profissionais de alta excelência técnica. Trabalham em um hospital, que é referência para o atendimento de crianças, adolescentes e mulheres, cujo perfil é direcionado para casos de média e alta complexidade.

Com o uso adequado das mídias sociais, o HMI/IGH acredita que seus profissionais, além de serem referência nos serviços prestados, podem estreitar relacionamento com diferentes públicos, promover positivamente as conquistas e projetos do HMI, compartilhar e receber conteúdos úteis ao trabalho das mais variadas fontes. O HMI/IGH apoia o uso responsável dessas ferramentas de comunicação online, pois reconhece os potenciais benefícios profissionais, institucionais e sociais da atuação de seus colaboradores nessas mídias.

Este manual é composto por orientações que os colaboradores do HMI/IGH devem seguir sempre que mencionarem, comentarem, publicarem ou compartilharem conteúdos envolvendo o HMI/IGH em mídias sociais. Expõe condutas, comportamentos e atitudes que o HMI/IGH espera de seus colaboradores e prestadores de serviços, no ambiente digital.

## 2. As mídias sociais e você:

Com relação a mídias sociais, podemos dividir grupos de pessoas, de acordo com o grau de utilização e relacionamento com essa ferramenta de comunicação.

O primeiro grupo é formado por quem não utiliza as mídias sociais, não tem conta em sites de rede social e acredita que não vale a pena participar nesses canais, seja por falta de tempo, por desinteresse, por precaução (não quer se expor na rede) ou por não ter familiaridade com as novas tecnologias.

O segundo grupo é o de pessoas que têm contas em um ou mais sites de rede social, mas acessam esporadicamente, não costumam inserir muito conteúdo e geralmente não consideram as mídias sociais algo essencial ou consideravelmente útil.

O terceiro grupo é aquele das pessoas que costumam acessar mais de uma rede social várias vezes por dia. Elas navegam pela internet e sentem vontade de compartilhar uma notícia, tiram fotos com seus smartphones ao ver coisas inusitadas na rua para colocar nas mídias sociais e comentam as fotos dos amigos. Essas pessoas ligam o computador pela manhã, abrem o navegador de internet e geralmente acessam logo sua conta de e-mail, dão uma olhada em sua rede social para ver se algum amigo comentou sua foto, para ver quantas pessoas curtiram seu último comentário ou apenas para dar uma vasculhada e descobrir o que seus amigos estão fazendo.

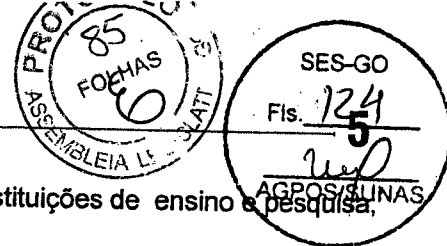
Você certamente se enxerga em um desses grupos ou se sente entre um e outro.

## 3. Motivos para você usar as mídias sociais:

É recomendável que colaboradores de instituições, especialmente as de natureza pública, utilizem com responsabilidade as mídias sociais, para:

- a) apresentar soluções técnicas ou serviços inovadores para públicos de interesse;



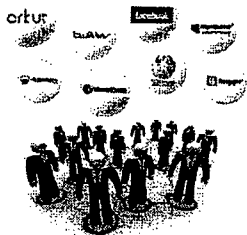


- b) estabelecer e manter contatos com profissionais de instituições de ensino e pesquisa;
- c) trabalhar em rede com profissionais de outras instituições dentro do País;
- d) obter opiniões para melhoria de ações e serviços do HMI;
- e) identificar demandas da sociedade por serviços que podem ser gerados pelo HMI;
- f) fortalecer e manter a imagem do HMI como hospital de referência no atendimento de crianças, adolescentes e mulheres e mais próxima do cidadão;
- g) fortalecer a imagem de comprometimento, excelência técnica e ética dos profissionais do HMI;
- h) apoiar ações desenvolvidas pelo HMI/IGH nos perfis oficiais do HMI na internet;
- i) interagir e promover o diálogo com a sociedade e usuários das mídias sociais;
- j) manter contatos profissionais e articulações com outros colaboradores do HMI;
- k) aprimorar conhecimentos técnico-profissionais e estudar mais sobre sua área de interesse, o mercado onde atua, serviços e parceiros.

#### 4. Princípios gerais de conduta:

Responsabilidade, respeito a direitos autorais e à privacidade devem guiar o comportamento dos colaboradores do HMI/IGH nas mídias sociais. Princípios gerais de conduta de agentes públicos também devem ser seguidos. São eles:

1. boa-fé;
2. honestidade;
3. cortesia;
4. transparência;
5. moralidade;
6. legalidade.



*Responsabilidade, respeito a direitos autorais e à privacidade devem guiar o comportamento dos colaboradores do HMI/IGH nas mídias sociais*

#### 5. Etiqueta na web:

Para ter uma participação adequada e proveitosa nas mídias sociais, listamos algumas recomendações de comportamento em ambientes online, feita por especialistas no assunto. Confira abaixo:

1. Regras básicas de boa convivência, de educação, adotadas dentro do HMI/IGH, são válidas para ambientes online também. Vale a máxima: respeite para ser respeitado e trate o outro como você gostaria de ser tratado.
2. É falsa a impressão de que nas mídias sociais é permitido falar de tudo, de qualquer maneira, sobre qualquer pessoa ou empresa, sem haver consequências ou penalidades. Participar das redes sociais é um ato de caráter público. Você será responsável por tudo o que publicar, assim como é pelo que faz no dia a dia, com uma importante diferença: geralmente não há provas do que você fala em uma mesa de bar, mas na internet tudo fica registrado.



3. Antes de responder ou fazer um comentário, verifique o que outras pessoas já comentaram para evitar repetições desnecessárias e mal-entendidos. Seja prudente, seu comportamento na web diz muito sobre você.
4. Nunca tente calar usuários que se comportam de maneira inconveniente. Deixe a moderação por conta dos moderadores.
5. Nunca responda de forma grosseira, mesmo que usem de grosseria contra você. Pessoas inteligentes privilegiam os argumentos contra a falta destes. Quando a pessoa não merecer sua atenção por falta de modos, simplesmente a ignore.
6. O ambiente online é um meio rápido de troca de mensagens, onde a agilidade e objetividade são fundamentais. Não deixe as pessoas sem respostas. Se ainda precisa apurar a questão, indique que está fazendo isso. E dê retorno o mais breve possível.
7. Peça permissão ao autor antes de retransmitir uma mensagem enviada pessoalmente a você.
8. Não responda de "cabeça quente". Quando receber uma mensagem que o perturbou, espere um pouco e consulte amigos antes de responder.
9. Não torne públicas mensagens de caráter pessoal. Para isso, utilize o e-mail.
10. Aceite críticas educadamente. Veja o que pode ser levado como aprendizado. Mesmo que não concorde inicialmente, agradeça e siga em frente.
11. Respeite o tempo das pessoas e o da empresa. Conversas longas de interesse privado devem ser feitas fora do horário de trabalho.

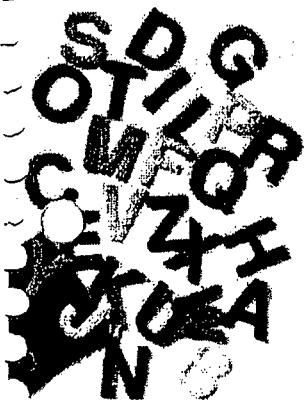
## 6. Conteúdo e "tom de voz":

O que dizemos e a maneira como dizemos deixam impressões positivas ou negativas sobre nós. Pessoas e instituições devem se preocupar com a sua reputação digital, avaliando o impacto daquilo que publicam, compartilham ou comentam na internet.

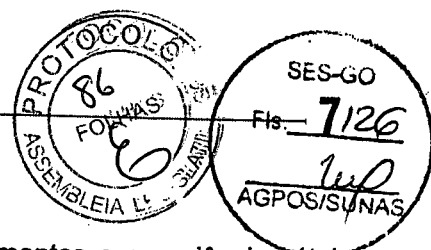
As interações via internet, são, por definição, frias e distantes porque interagimos por intermédio de uma tela (de computador, do tablet, do celular ou da tv). E como a maioria das interações são feitas com texto e fotos, não estamos vendo a pessoa, seus gestos, sua entonação de voz e etc. Dessa forma, todas as percepções que temos são feitas por meio de texto e isso, infelizmente, dá espaço a interpretações que, por vezes, são equivocadas.

Por isso, cuidado com o "tom de voz" utilizado nas interações sociais no mundo virtual. Esse tom geralmente é fornecido por meio do emprego de caixa baixa (letras minúsculas). As letras maiúsculas seriam como gritos ou como exclamações. Transmita da melhor forma possível o seu jeito, seu astral, minimizando, assim, as possibilidades de interpretações equivocadas. Se o seu perfil for profissional, é recomendável ter um cuidado com o tipo de conteúdo que você compartilha e com as palavras que você usa.

Misturar assuntos pessoais e profissionais em um perfil pode não agradar muito a quem o segue nas mídias sociais. Pense no público que participa da sua rede social, antes de enviar informações do seu dia a dia ou técnicas pelo mesmo perfil. Por excesso de informação sem interesse, as pessoas podem deixar de seguir você.



O "tom de voz" utilizado nas interações sociais são fornecido por meio do emprego de caixa baixa (letras minúsculas). As letras maiúsculas seriam como gritos ou exclamações.



### **Tipos de tons de voz e conteúdo:**

- **Experiente e confiável** - para pessoas com conhecimentos e experiências úteis para compartilhar. Demonstra com o conteúdo a autoridade do autor em determinado assunto. Dicas, sugestões, referências bibliográficas, orientações com passo a passo são conteúdos que ajudam a projetar esse tipo de imagem.
- **Objetivo, ágil, frequente e informativo** - quem tem os objetivos definidos sobre o uso de mídias sociais, geralmente adota esse tipo de tom de voz. Geralmente reproduz informações de outros usuários, comentários breves, porém fundamentados.
- **Imparcial, jornalístico e informativo** - perfis oficiais (autoridades e presidentes de empresas) onde tudo é escrito com tom equilibrado, com informações precisas, e relatos por meio de dados para embasar o argumento exposto.
- **Simpático, humano, amigável** - mais usado em comunicações interpessoais quando a intenção é se aproximar ou manter conversas personalizadas, porém públicas. Ser visto como alguém atencioso, divertido na medida certa, atrai bons relacionamentos no âmbito profissional e pessoal também.
- **Atualizado e dinâmico** – específico de pessoas comprometidas em informar as novidades de um ramo, de um tema, de uma área em seu perfil. Este tom revela especialistas ou gente interessada em compartilhar algo de novo com quem se relaciona com ela.
- **Didático** – típico de quem é capaz e se esforça para explicar algo complexo de forma mais simples para qualquer pessoa entender. Este tipo de pessoa é valorizado nas mídias sociais.
- **Oficial** – o tom de voz e conteúdo de perfis oficiais (de empresas) administrados por pessoas autorizadas devem ser factuais, denotar credibilidade, utilidade, adotar linguagem coloquial e leve, respeitando as regras gramaticais do idioma. Dicas, curiosidades e notícias relacionadas a área de atuação, produtos, serviços, posições oficiais sobre determinado assunto, cobertura de eventos, campanhas de utilidade pública e enquetes são exemplos de conteúdos que podem ser expostos em multimídias pelos canais oficiais da empresa.

## **7. Canais em mídias sociais:**

Cada mídia social disponibiliza um tipo de serviço. Avalie se os recursos oferecidos atendem às suas necessidades. Pondere os esforços necessários para aproveitar as vantagens e lidar com situações inconvenientes. Abaixo, estão listados os principais canais de alta e baixa demandas, as principais características e recomendações de conduta específicas aos colaboradores do HMI/IGH mais adotados atualmente no Brasil ou considerados de utilidade para o hospital e seus profissionais:

### **CANAIS DE ALTA DEMANDA:**



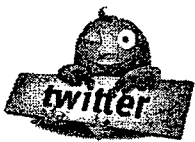
**FACEBOOK** – é uma plataforma de mídia social que permite a interação entre usuários via mensagens e compartilhamento de imagens, vídeos e links, além de aplicativos diversos. Possibilita a criação de grupos de discussão, que podem ser privados ou públicos. Permite conversas em tempo real via chat. É mais usado em âmbito pessoal do que profissional. Porém, um número crescente de empresas está aderindo a essa mídia social, lançando campa-



nhas, produtos e fazendo promoções. Muitas organizações já possuem páginas pessoais no Facebook (as chamadas "Fan Pages" ou Páginas de Fãs).

**Recomendações para o uso:**

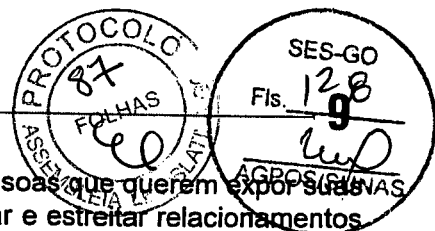
- a. É permitido mencionar em seu perfil que você trabalha ou faz estágio no HMI/IGH. Já a administração da conta não deve ser feita usando e-mail institucional;
- b. Você pode usar fotos em seu perfil pessoal com alguma identificação do HMI/IGH, como camisetas e jalecos, por exemplo. Se a imagem não prejudica a reputação ou a identidade visual do hospital, pode ser divulgada;
- c. Materiais disponíveis no site oficial do HMI/IGH como imagens, matérias jornalísticas, publicações, podem ser divulgados ou mencionados em conversas no Facebook. Mas atenção: dê os créditos aos autores das obras e sempre que possível, insira o link de onde você retirou a informação;
- d. Grupos de discussão envolvendo o HMI/IGH devem expressar claramente em seu perfil que não são oficiais. Os criadores/administradores devem ser facilmente identificados e comunicar à área de Comunicação da unidade sobre o grupo;
- e. A troca de informações mesmo em grupos de discussão restritos deve ser feita com cautela. Dados sigilosos divulgados podem vazar, gerando problemas para a instituição e para quem os compartilhou;
- f. Lembre-se que nem todo mundo usa o Facebook para falar de trabalho. Comunicações administrativas devem ser feitas pelos meios tradicionais o hospital, como e-mail profissional. Respeite quem usa esse ambiente online como espaço pessoal;
- g. Tenha cuidado para não se expor publicamente e expor colegas de trabalho, parceiros, clientes, em situações vexatórias. A vida pessoal e a profissional podem se misturar, gerando transtornos para você, para as pessoas envolvidas e ainda se refletir negativamente na imagem do hospital;
- h. Seu perfil é pessoal, mas a informação está pública. Cuidado com as interpretações que seu comportamento pode ter para a sua imagem profissional e sobre a reputação do hospital;
- i. Evite entrar em brigas. Debates são valiosos quando feitos com respeito. Reconheça diferentes opiniões;
- j. Não publique ou comente dados de pacientes no facebook, mesmo que tenham nomes curiosos ou diferentes ou que estejam vivendo situações de saúde inusitadas. Proteja o sigilo dos pacientes;
- k. Leia bem as suas mensagens antes de publicá-las. Elas permanecem na rede por longo tempo e podem ser reproduzidas por outros usuários.



**TWITTER** – é um microblog no qual é possível publicar pequenos textos com até 140 caracteres (incluindo espaço e pontuação). As mensagens podem ser públicas ou restritas a uma pessoa ou a um grupo que você determinar. Os textos aparecem em forma de lista e podem ser facilmente compartilhados pelo botão retuíte (identificado no site como "RT" ou "retweet").

O Twitter é vantajoso, profissionalmente, como fonte de conteúdo





dos oferecidos por especialistas. É bom também para pessoas que querem expor suas ideias, dicas, informações úteis de terceiros, além de criar e estreitar relacionamentos profissionais e pessoais.

#### **Recomendações para o uso:**

- a. Você pode se identificar como colaborador da HMI/IGH, mas isso exige ainda mais cuidado com a forma como você se comporta e com os conteúdos que publica nessa mídia social;
- b. Compartilhe informações úteis, pensando no interesse de quem segue você no Twitter;
- c. Se fizer referência a um trabalho do HMI, indique o link específico oficial para mais informações ou cite o nome do autor;
- d. Não retuíte boatos, rumores sobre o HMI/IGH. Não participe de quaisquer crises relacionadas ao hospital;
- e. Expresse suas opiniões com respeito e fundamento;
- f. Você pode usar o nome do HMI/IGH em uma etiqueta do Twitter (conhecida como hashtag) para mobilizar outras pessoas a falarem sobre um determinado assunto. A adoção de hashtag deve ser voluntária. Sugira, mas não force as pessoas a repassar a sua etiqueta. Ao criar uma hashtag, pesquise para ver se já não existe uma sobre o mesmo assunto. Se já existir e combinar com o que você tem a divulgar, use; Isso é positivo para dar visibilidade a alguma ação social, médica ou humanitária como por exemplo a doação de sangue, de leite, a importância do pré-natal, etc
- g. Evite fazer comentários difamatórios, caluniosos e preconceituosos porque com- põem provas de crimes em um processo judicial;
- h. Comentários ofensivos a colegas de trabalho, clientes e parceiros do HMI podem ser considerados infração disciplinar;
- i. Administradores de contas oficiais do HMI/IGH devem estar bastante atentos para não publicarem opiniões pessoais no espaço da unidade;
- j. É recomendável incluir na mensagem o "endereço do Twitter" do autor que você citar (ex. @fulano). Assim ele fica sabendo o que foi falado dele e pode iniciar um contato com você. Referenciar corretamente demonstra boa-fé e atrai bons relacionamentos.
- k. Você não deixa de ser um agente público quando utiliza as mídias sociais com propósitos pessoais. Não publique material ofensivo e conteúdo pornográfico. Você se expõe e expõe o HMI/IGH também, se o caso ganhar as manchetes de jornais. Nesse caso, os jornais não publicarão: "Fulano de Tal tem fotos íntimas publicadas no Facebook; mas sim: Médico (ou enfermeiro, ou administrador) do Hospital Materno Infantil de Goiânia tem fotos íntimas publicadas no Facebook".



**BLOGS** – É um site que permite a atualização rápida de artigos, tendo como foco uma temática proposta pelo autor. Em geral, oferecem espaço para comentários dos internautas. Hoje é muito fácil abrir um blog. Mantê-lo atualizado com informações úteis já não é tão simples assim. É preciso ter perfil específico para ser um blogueiro.

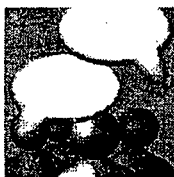
Quem alimenta um blog precisa ter o hábito e o compromisso de



escrever bem e com periodicidade. O blog pode ser escrito por mais de uma pessoa, mas elas precisam estar comprometidas de verdade com o projeto para que ele não caia em descrédito.

**Recomendações para o uso:**

- a. O uso do blog exige planejamento prévio e pessoas com capacidade para alimentá-lo, acompanhar e responder os comentários. Lembre-se disso antes de propor um;
- b. Em blogs pessoais relacionados aos temas ou áreas de atuação do HMI/IGH, deixe explícito que o conteúdo corresponde à opinião do blogueiro e não à oficial da unidade;
- c. Quando fizer comentários ou participar de outros blogs falando sobre a HMI/IGH, esclareça que aquelas são opiniões pessoais;
- d. Não antecipe resultados de projetos, a não ser em casos em que a divulgação esteja acordada com a área de Comunicação da unidade;
- e. Avalie se uma informação divulgada no seu blog pessoal pode levar o HMI/IGH ao descrédito. Consulte a área de Comunicação do hospital em caso de dúvidas;
- f. Exerça sua liberdade de expressão com responsabilidade. Evite tratar de temas sensíveis envolvendo o HMI/IGH, que possam causar dúvidas sobre a integridade do hospital e de seus colaboradores.



**FÓRUNS DE DISCUSSÃO** – São ferramentas utilizadas para promover debates online, também conhecidas como comunidades. Os fóruns são abertos com base em um tema central e as discussões organizadas e acessadas por assuntos. Cada comentário é publicado, em geral, com o nome e a foto do autor. Há fóruns que disponibilizam espaços para abrigar arquivos de interesse dos seus integrantes. Atualmente, fóruns bastante utilizados fazem parte de redes sociais como Orkut, Yahoo e LinkedIn. Algumas pessoas preferem também promover debates por grupos do Facebook ou por meio de comentários em blogs.

- a. Ao participar de fóruns envolvendo temas de trabalho do HMI, contribua para aumentar o nível técnico das discussões. Aproveite para identificar e estabelecer parcerias;
- b. Cada colaborador é responsável por seus comentários e atos nos fóruns, sejam oficiais ou não;
- c. Se você se identificar como colaborador da HMI/IGH, deixe claro em discussões que o seu comentário é pessoal;
- d. Fóruns oficiais serão conduzidos por profissionais capacitados e autorizados pela área de Comunicação da unidade. Deverão ter acompanhamento e moderação dos posts;
- e. É recomendável não apagar críticas. Quando elas surgirem e você achar necessário se manifestar, insira seu ponto de vista de forma objetiva e respeitosa;
- f. Textos que não contribuam com a discussão, compostos por palavras de baixo calão, agressões, preconceitos de raça, cor, sexo, opção sexual, religiosa, política, condições de saúde ou que impliquem calúnia, difamação e injúria devem ser apagados.







Instagram

**INSTAGRAM** – Comprado recentemente pelo Facebook, é um aplicativo/rede social gratuito onde os usuários podem tirar fotos e aplicar diversos tipos de filtro nas imagens antes de publicá-las em locais como Facebook, Twitter, Tumblr e Foursquare.

**Recomendações para o uso:**

- a. Coloque sempre o crédito (fotógrafo, veículo ou fonte) das fotos;
- b. Solicite autorização para compartilhar fotos que não sejam da sua autoria;
- c. Proíbe a utilização de fotos de automutilação; Cuidado para não publicar fotos agressivas de pessoas doentes;
- d. Possibilita o compartilhamento instantâneo de suas fotos com Facebook, Twitter, Tumblr, Foursquare e, mais recentemente, com o Flickr, serviço de armazenamento de fotos do Yahoo;
- e. Links do Instagram no Twitter são muito bem exibidos com o visualizador de fotos do site. As fotos compartilhadas ficam salvas no arquivo de mídia do seu Twitter;
- f. No Foursquare, o mapa de fotos fica ainda melhor, com informações dos lugares e fotos de onde você passou.
- g. Se você não quiser compartilhar as imagens com outras redes sociais, pode facilmente cancelar essa opção nas configurações de compartilhamento.



**ORKUT** – é uma rede social com funcionalidades parecidas com as do Facebook. Os conteúdos predominantes são pessoais e não profissionais. A maior parte dos usuários tem menos de 25 anos. Existem comunidades no Orkut sobre variados temas com usuários bastante ativos. A ferramenta permite que o usuário opte por manter suas informações públicas ou privadas.

**Recomendações para o uso:**

- a. Evite participar de comunidades que usem o nome do HMI/IGH e que não sejam oficiais;
- b. Não crie comunidades ou perfis utilizando o nome do HMI/IGH;
- c. As comunidades das quais você faz parte podem ser vistas por seus amigos e conhecidos. Evite participar de comunidades tais quais “Eu odeio meu chefe”, “Minha empresa é muito chata” ou “Não gosto de acordar cedo”. Mesmo que seja verdade, isso pode gerar desgastes para você;
- d. Existem correntes no Orkut solicitando que você reencaminhe a mensagem para seus amigos. Como essas mensagens não são bem-vistas pela comunidade online, não é de bom tom participar desse tipo de corrente.

**CANAIS DE BAIXA DEMANDA:**



**LINKEDIN** – é uma rede social profissional importante para identificação de parcerias internas e externas. O perfil do usuário é usado como um currículo online. Possui grupos de discussões sobre va-



riados assuntos. É uma ferramenta de fácil utilização para quem já está familiarizado com outras redes sociais, como Orkut e Facebook. O grande diferencial do LinkedIn é o foco em conteúdos profissionais. As pessoas podem recomendar um profissional, confirmando a reputação técnica positiva dele. Utilizando o LinkedIn, o HMI/IGH e os seus colaboradores têm a oportunidade de:

- »» criar e participar de grupos de discussão de temas-chave para o hospital;
- »» criar e fortalecer parcerias institucionais e profissionais;
- »» obter informações para melhoria de produtos e processos do HMI/IGH.

**Recomendações para o uso:**

- a. Crie apenas grupos que você possa gerenciar. Mantenha o grupo dinâmico, ativo, com conteúdo relevante e acompanhe as atividades. O moderador deve estimular discussões, com frequência, e conduzir os debates para manter o foco técnico;
- b. Seja criterioso ao enviar convites para participação em grupos. Para que os debates sejam produtivos, é interessante reunir pessoas com real interesse, conhecimento e experiência no tema;
- c. Cuidados nas recomendações de profissionais. Para você ter credibilidade nessa rede só indique quem você realmente confia;
- d. Ao fazer recomendações profissionais seja objetivo e use exemplos concretos, dados pontuais, no lugar de adjetivos. Assim, quem lê a recomendação tem condições de avaliar se há evidências da capacidade técnica do recomendado;
- e. Recomendações têm muito valor no LinkedIn. Por isso, recomende profissionais com base em informação técnica, de forma criteriosa, não apenas por amizade;
- f. Mantenha o foco profissional. Pense duas vezes antes de integrar o LinkedIn com redes pessoais para não misturar conteúdos do cotidiano, de interesse privado, com informações de caráter técnico;
- g. As fotos que você adiciona em uma rede profissional são diferentes daquelas compartilhadas com a família e amigos;
- h. Compartilhe somente informações públicas. Respeite as normas de propriedade intelectual;
- i. Faça referências às fontes. É útil para quem quer saber mais sobre o assunto e para os autores significa o reconhecimento de um trabalho;
- j. Nos posts, diferencie e destaque o que é sua opinião e o que é a posição do HMI/IGH;



**SLIDESHARE** – É utilizado para compartilhar apresentações na internet, gratuitamente. Oferece a oportunidade de ampliar a divulgação de trabalhos. Não é preciso ter conta no SlideShare para visualizar o arquivo. Para fazer comentários, as pessoas precisam ter conta nessa plataforma ou no Facebook. O autor sabe quem está fazendo considerações sobre a sua apresentação. O dono do trabalho também pode limitar a exibição a apenas às pessoas que desejar. O SlideShare permite também adicionar as apresentações em blogs e sites, facilitando ainda mais a ampla divulgação dos slides. Também possui botões de compartilhamento fácil do conteúdo com o Twitter, Facebook e LinkedIn.



**Recomendações para o uso:**

- Em palestras representando o HMI/IGH, utilize o padrão de identidade visual de slides do hospital. Em caso de dúvidas, entre em contato com a área de Comunicação da unidade;
- Escreva corretamente em português e se domina, bem, em outros idiomas também;
- Compartilhe somente informações públicas. Respeite as normas de propriedade intelectual;
- Inclua as referências, creditando os autores;
- Solicite autorização para replicar material de terceiros que não estão disponíveis em bases públicas.



**FLICKR E OUTRAS REDES DE COMPARTILHAMENTO DE IMAGENS** – é uma ferramenta online de compartilhamento gratuito de imagem. As fotos são categorizadas por tags (palavras-chave). Isso ajuda na hora de buscar imagens em todo o site. Por ele é possível definir tipos de licença, ou seja, se a foto pode ser reproduzida e como. Outro recurso interessante é a possibilidade de registrar as coordenadas geográficas de cada foto. Isso possibilita visualizar suas fotos em um mapa no próprio Flickr. Os usuários da rede podem comentar e compartilhar suas fotos.

**Recomendações para o uso:**

- Cadastre palavras-chave, as tags, em suas fotos para facilitar a localização por qualquer usuário conectado à rede;
- Não coloque em áreas públicas fotos que você não deseja que sejam vistas por qualquer pessoa;
- Se você é reconhecido na comunidade online como um colaborador do HMI/IGH, não é recomendável publicar fotos que podem relacioná-lo com coisas ilícitas, polêmicas, discriminatórias ou inadequadas;
- Você pode utilizar o Flickr como um armazenador e um gerenciador das fotos do seu site;
- Coloque sempre o crédito (fotógrafo, veículo ou fonte) das fotos e solicite autorização para compartilhar fotos que não sejam da sua autoria;
- Alguns usuários têm usado o Flickr de forma mais técnica ou profissional. Isso pode gerar um relacionamento interessante entre profissionais que trabalham na mesma áreas.



**YOUTUBE E OUTRAS REDES DE COMPARTILHAMENTO DE VÍDEOS** – é um site de exibição e compartilhamento gratuito de vídeos, assim como o brasileiro Videolog. Os vídeos podem receber comentário e é possível saber quantas pessoas já os visualizaram. Disponibiliza botões de compartilhamento fácil com outras mídias sociais, além do sinal para o usuário apontar se gostou ou não do conteúdo. Pessoas e empresas podem ter canais no YouTube. Alguns vídeos postados podem ser vistos por milhões de pessoas em pouco tempo, em qualquer parte do mundo.



**Recomendações para o uso:**

- a. Se for produzir um vídeo para o YouTube que fale do HMI/IGH, consulte antes a área de Comunicação do hospital;
- b. Tenha preocupação com a qualidade do vídeo e com créditos do HMI/IGH sempre que produzir um material com tema técnico feito a serviço do HMI/IGH;
- c. Em vídeos produzidos envolvendo trabalhos ou serviços do hospital, inclua sempre a tag HMI/IGH. Isso facilita o rastreamento de conteúdos do hospital e dá visibilidade para a marca;
- d. Em todo vídeo que envolva o HMI/IGH (por exemplo, em festas, reuniões, eventos, dependências do hospital) deve-se tomar cuidado para não expor indevidamente os colegas, pacientes e a imagem do HMI/IGH;
- e. Esteja atento também aos vídeos de cunho pessoal que você publica no seu perfil no YouTube. Pessoas de má-fé podem utilizá-los indevidamente e gerar consequências indesejáveis, como mostrar a sua imagem em programas de humor na TV;
- f. Saiba que deletar um vídeo não significa que ele foi apagado da internet. O vídeo pode ter sido copiado por outro usuário e estar em diferentes links na rede.



**WIKIPÉDIA** – É uma enciclopédia multimídia online livre construída de forma colaborativa por pessoas do mundo todo, em diferentes idiomas. Os conteúdos não passam por um moderador antes de serem publicados. É a própria comunidade online que faz ajustes e atualiza o que for necessário nos verbetes. Não há limitação de assuntos, mas os conteúdos devem ter foco no esclarecimento de conceitos e não na promoção de pessoas e instituições.

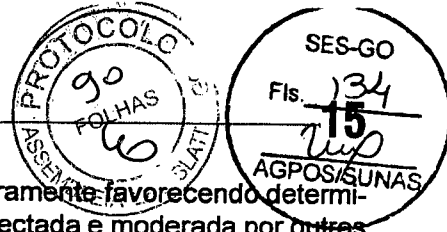
O fato de qualquer pessoa, especialista ou não, poder editar conteúdos tem gerado críticas sobre a precisão das informações divulgadas na Wikipédia. Porém, não se pode ignorar a crescente quantidade e a diversidade de públicos que consultam essa enciclopédia.

Como os verbetes dessa ferramenta, em geral, estão entre os primeiros resultados de busca do Google, vale considerar ainda que incluir conteúdos na Wikipédia é uma oportunidade de dar visibilidade a temas que podem ser úteis a muitos indivíduos, desde estudantes a curiosos.

**Recomendações para o uso:**

- a. Tenha em mente que o público que acessa a Wikipédia está procurando informações precisas, sobre assuntos diversificados. Escreva pensando na variedade de público dessa mídia: estudantes, profissionais, curiosos, etc;
- b. Qualquer pessoa pode editar ou modificar conteúdos da Wikipédia. Quando for inserir ou editar conteúdos, certifique-se que a sua informação está atualizada e cheque as fontes oficiais para verificar se o dado está correto;
- c. Busque seguir as normas gramaticais corretas;
- d. Leia e siga as regras da Wikipédia e não entre em conflitos negativos;
- e. Não utilize a Wikipédia para se promover e/ou promover a instituição. A Wikipédia é acima de tudo uma enciclopédia;
- f. A comunidade da Wikipédia é muito ativa e rigorosa. Não es-





creva textos promocionais, cheios de adjetivos ou claramente favorecendo determinada posição. Essa abordagem será rapidamente detectada e moderada por outros usuários.



**FOURSSQUARE** – é um serviço gratuito de geolocalização que permite às pessoas e às instituições indicarem onde estão (fazer check-in). Facilita encontros entre amigos, a localização de especialistas em palestras, a divulgação de locais de eventos. Também possibilita que as organizações divulguem informações sobre seus produtos e serviços disponíveis em um determinado ponto no mundo. Por essa mídia é possível fazer comentários sobre lugares e colher dicas e críticas sobre pontos turísticos, restaurantes, serviços públicos.

Essa ferramenta é mais usada para fins pessoais. Porém, se o colaborador do HMI/IGH se identificar ou for reconhecido como profissional do hospital nessa mídia social, vale seguir as recomendações previstas neste Manual.

**Recomendações para o uso:**

- a. É permitido aos colaboradores incluir localidade do HMI no FourSquare, desde que as informações sejam precisas e sigam as regras referentes ao uso da marca do hospital;
- b. Antes de incluir a localidade do HMI/IGH, verifique se ela já foi inserida;
- c. As fotos incluídas para ilustrar as instalações do HMI devem ser de boa qualidade e respeitar direitos autorais. Não insira imagens de terceiros sem autorização. Busque fotos oficiais e insira os créditos sempre;
- d. Acrescente sobre o HMI/IGH apenas comentários úteis para a sociedade. Seja objetivo e mostre com fatos, sempre que possível, o que o hospital tem a oferecer;
- e. Caso dê sua opinião pessoal sobre um tema, deixe claro que é a sua posição pessoal e não necessariamente a posição do HMI/IGH;
- f. Faça check in na localidade do HMI quando estiver por lá, sempre que quiser.



**FORMSPRING** – Nessa mídia social o usuário cadastrado tem uma página na qual responde a perguntas de qualquer pessoa na internet. As respostas do Formspring podem ser compartilhadas, facilmente, no Facebook ou Twitter, ampliando a divulgação desses conteúdos. Essa ferramenta tem sido utilizada por especialistas para compartilhar respostas que interessam muitas pessoas. Empresas e governos estão adotando o Formspring como uma espécie de SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente, um 0800 online. Essa mídia também pode ser usada como um espaço para tirar dúvidas sobre um assunto específico. Pode ainda ser usada para identificar demandas da sociedade e obter retorno sobre serviços das instituições e empresas, a partir das perguntas dos internautas. Se utilizado para oferecer informações relevantes, atualizadas, de temas de grande interesse da sociedade, o Formspring contribui para fortalecer a imagem de excelência do hospital e de seus colaboradores, além de aproximar a unidade de seus usuários.

**Recomendações para o uso:**

- a. Procure conhecer a opinião oficial do HMI/IGH sobre temas perguntados. Só responda a algo que for da sua área de competência.
- b. Se abrir uma conta no Formspring e precisar comentar algo que



envolva o HMI/IGH, deixe claro que aquela é sua opinião pessoal, não necessariamente a posição do HMI/IGH;

- c. Cuidado para não publicar informações contraditórias ou que deem margem a interpretações incorretas sobre o trabalho do HMI/IGH;
- d. Se você é reconhecido no ambiente online como colaborador do hospital, se isso está claro no seu perfil pessoal ou profissional em redes sociais, evite interagir em assuntos socialmente inadequados;
- e. Evite cadastrar seu e-mail institucional no seu perfil no Formspring;

## delicious

**DELICIOUS E OUTRAS REDES DE COMPARTILHAMENTO DE LINKS** – assim como o Diigo, são mídias sociais de armazenamento e compartilhamento online de links favoritos. É de grande utilidade profissional porque possibilita que referências bibliográficas e endereços de sites especializados possam ser organizados e acessados por qualquer computador conectado à internet. A possibilidade de categorizar os links por temas (por tags, palavras-chave) permite uma busca mais rápida e prática de uma lista de verbetes. Quem tem conta no Delicious pode compartilhar seus links favoritos com outros profissionais ou manter privados alguns pelo tempo que desejar.

### *Recomendações para o uso:*

- a. Inclua tags de fácil recuperação por você e por quem for consultar seu perfil no Delicious. Crie um padrão, por exemplo, escreva a tag em letra minúscula e no singular. Exemplo: no lugar de Cases, adote sempre case;
- b. Em caso de palavras compostas, separá-las por underline facilita a leitura. Exemplo: rede\_social;
- c. Mantenha o título do link original. Escreva mais informações no campo de resumo para facilitar a recuperação dos dados. Exemplos: este link será útil para o trabalho tal; excelente dica do Fulano sobre tal coisa.

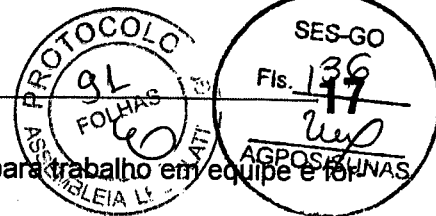


**COMPUTAÇÃO NAS NUVENS (CLOUD COMPUTING)** – Embora não seja uma mídia social, a computação nas nuvens é utilizada para possibilitar trabalhos em rede usando a internet. Muitos serviços em nuvem, gratuitos inclusive, funcionam como editores de texto, de planilha, de apresentação de slides e edição de imagens. O que foi produzido pelos usuários fica disponível em uma máquina servidora na internet, “na nuvem”, e pode ser compartilhado com outros usuários. Pela computação nas nuvens, as pessoas podem usar programas e gerar arquivos sem a necessidade de instalar ou armazenar dados em um computador particular. Um mesmo documento pode ser editado remotamente por diversos usuários ao mesmo tempo. Uma vantagem da utilização desse serviço é que ele permite sincronizar edições de arquivos, ou seja, os usuários trabalharão sempre sobre a versão mais atualizada. A ferramenta Google Docs é um exemplo de computação nas nuvens.

### *Recomendações para o uso:*

- a. Evite salvar dados confidenciais de trabalho em servidores de fora do HMI/IGH, a não ser em casos em que a confidencialidade seja garantida;
- b. Alguns serviços de computação nas nuvens são gratuitos, mas não garantem que seus dados serão guardados em sigilo. Leia atentamente os termos de uso e privacidade;





- c. Aproveite as vantagens da computação nas nuvens para trabalho em equipe e formação de redes;
- d. Cuidado para não apagar arquivos que estão em uso por outras pessoas.

## 8. Monitoramento:

Serão monitorados conteúdos e comentários envolvendo o HMI/IGH em mídias sociais, feitos por colaboradores ou outros cidadãos. Acompanhar o que dizem, como dizem, quem diz algo sobre o HMI/IGH, com qual frequência e onde é estratégico para o HMI/IGH. Afinal, o resultado do monitoramento permitirá ao HMI/IGH identificar dúvidas e mal-entendidos para esclarecê-los, verificar possíveis melhorias ao trabalho e observar focos de oportunidades e riscos.

## 9. Penalidades e consequências do uso incorreto das mídias sociais:

O HMI/IGH respeita a liberdade de expressão de seus colaboradores e espera que eles usem as mídias sociais com responsabilidade, conscientes das oportunidades e também das consequências que seus atos podem gerar.

Comportamentos conflitantes com esta norma poderão ser denunciados e encaminhados à diretoria Geral do HMI e do IGH. Casos de violação comprovada de direitos e regras podem gerar consequências como advertência, suspensão e até demissão por justa causa, conforme normas internas e externas, que estabelecem tais penalidades. Em todas as situações será respeitado o direito de ampla defesa dos envolvidos.

Todo colaborador do HMI/IGH será responsabilizado por seus atos. Por isso, funcionários, estagiários, residentes e prestadores de serviços, devem utilizar corretamente as ferramentas da internet.

As menções ao HMI/IGH na internet são monitoradas, inclusive pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Goiás - SES-GO. Fique atento, pois comentários ou outros conteúdos que você inserir sobre o hospital nas mídias sociais serão considerados documentos escritos e públicos, que geram prova jurídica. Confira abaixo as orientações que podem ajudá-lo (a) a evitar problemas ao usar as mídias sociais.

## O que NÃO se PODE fazer em mídias sociais:

- a. Criar perfis institucionais relacionados ao hospital sem autorização prévia e documentada pela diretoria e área de Comunicação do HMI/IGH;
- b. Criar perfis com nomes que façam menção ao HMI/IGH sem autorização pela diretoria e pela área de Comunicação do HMI/IGH;
- c. Usar a logomarca do HMI/IGH em perfis de grupos, pessoais ou profissionais;
- d. Falar em nome do HMI/IGH, a não ser que seja autorizado oficialmente ou representar o HMI/IGH sem a autorização da chefia;



- e. Criticar e ofender o HMI/IGH, colaboradores, parceiros, fornecedores e clientes ou citar parceiros, fornecedores ou clientes sem a devida autorização;
- f. Antecipar resultados de trabalhos ou serviços que ainda não foram validados;
- g. Divulgar informações confidenciais (só divulgue algo que já foi publicado em fontes oficiais).

#### RECOMENDAÇÕES:

- a. Guarde sigilo acerca de informações relevantes que ainda não tenham sido divulgadas publicamente. Zele para que subordinados e terceiros de sua confiança também façam isso;
- b. Comunique ao seu chefe imediato, à área de Comunicação ou à Diretoria Geral e Técnica sobre a divulgação indevida de informações sigilosas relevantes para o HMI/IGH;
- c. Você não deve discutir em lugares públicos informações que possam comprometer o HMI/IGH, o sigilo de trabalhos ou prejudicar estratégias de comunicação. Na dúvida, consulte a área de Comunicação ou a Diretoria Geral;
- d. Se você tem críticas à estrutura ou a processos do HMI/IGH, discuta e resolva essa questão internamente. Procure seu chefe imediato e converse com ele;
- e. Pense bem antes de falar sobre o HMI/IGH em mídias sociais. Lembre-se que todo usuário é influenciado (segue outros usuários/ tem lista de amigos) e influencia usuários (seus seguidores/ amigos que o adicionam em suas listas) e seus comentários podem ser compartilhados por uma quantidade imensurável de usuários;
- f. Fique atento para que a sua conduta nas mídias sociais não demonstre conflitos de interesses que possam resultar em favores ou vantagens indevidas para você ou para outros indivíduos ou grupos. Como um agente público, você precisa ter esses cuidados.

#### LEGISLAÇÃO E PENALIDADES:

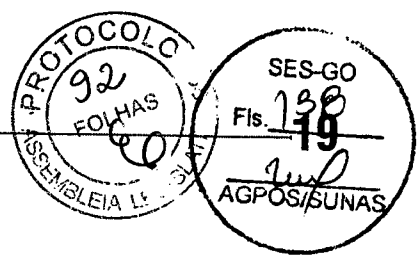
Os colaboradores do HMI/IGH devem respeitar e cumprir todas as disposições deste manual. O descumprimento desta e de outras normas poderá implicar penalidades e sanções administrativas previstas na regulamentação aplicável. Caberá à Diretoria Geral o detalhamento do processo de apuração de denúncias e seus desdobramentos.

O fato de as mídias sociais permitirem que qualquer pessoa fale o que pensa na internet não dá a ela o direito de ofender, maltratar, ameaçar, violar direitos autorais, revelar segredos científicos, praticar concorrência desleal, prejudicar pessoas e instituições sem punição. Confira a seguir exemplos de ordenamentos jurídicos que podem ser aplicados em caso de uso indevido de mídias sociais:

- »» Discriminação ou preconceito na internet: crime previsto no Art. 20, §2º, da Lei 7.716/89;
- »» Calúnia, injúria e difamação por meio que facilite o ilícito: crimes previstos nos Arts. 138, 139, 140, respectivamente, combinados com o Art. 141, Inc. III, todos do Código Penal;







- »» Ameaça: crime previsto no Art. 147 do Código Penal;
- »» Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio: crime previsto no Art.122 do Código Penal;
- »» Falsa identidade: crime previsto no Art. 307 do Código Penal;
- »» Copiar ou plagiar obras de terceiros: previsto no Art. 184 do Código Penal;
- »» Violação de segredo profissional: crime previsto no Art. 154 do Código Penal;
- »» Revelação de segredos de terceiros na internet: previsto no Art. 153 do Código Penal;
- »» Concorrência desleal: crime previsto no Art. 195 da Lei de Propriedade Industrial (Lei n.º 9.279/96);
- »» Responsabilidade civil dos provedores de serviço de internet que não adotam qualquer medida para remover o conteúdo indevido inserido por terceiros caso sejam previamente cientificados: Art. 186 do Código Civil;
- »» Responsabilidade civil dos pais pelos seus filhos menores de idade por atos ilícitos: Art. 932, Inc. I, do Código Civil;
- »» Responsabilidade do empregador sobre seus empregados no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele, por atos ilícitos: Art. 932, Inc. III, do Código Civil;
- »» Acesso a sites de pedofilia e pornografia infantil: previsto na Constituição Federal de 1988, Art. 5º, XLII; Leis 7.716/1989; 9.459/1997 e 8.081/1990;
- »» Justa causa para rescisão do contrato de trabalho por incontinência de conduta ou mau procedimento, violação de segredo da empresa, ato lesivo da honra ou boa fama contra qualquer pessoa e/ou superiores hierárquicos: Art. 482 da CLT, alíneas "b", "g", "j" e "h".

## 10. Considerações finais:

**O**HMI/IGH acredita que seus colaboradores podem contribuir e se beneficiar com os diálogos, debates e conteúdos compartilhados nas mídias sociais.

Com este Manual, de uso restrito do HMI/IGH, a unidade espera oferecer orientações para que seus colaboradores, estagiários, residentes e prestadores de serviços possam se referir ao HMI/IGH e atuar nesses espaços com tranquilidade e segurança.

Afinal, reconhece as oportunidades proporcionadas pela internet e sabe ainda que ninguém está a salvo de cometer deslizes se utiliza com frequência essas ferramentas de comunicação.

Encare o seu perfil nas mídias sociais como uma vitrine da sua vida. Você tem muitas qualidades e trabalhos que podem ser úteis para outras pessoas. Também tem particularidades reservadas a relacionamentos e locais privados. Respeite o seu espaço pessoal e a privacidade dos outros. E aproveite o que de bom as mídias sociais podem oferecer a você.

Em caso de dúvida, fale com a área de Comunicação ou com a Diretoria Geral.





Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fls. 139  
GOVERNO DE  
**GOIAS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO



Ofício nº 102/2013-DA/HMI/IGH

Goiânia, 07 de agosto de 2013.

À Senhora

**Edna Maria Covem.**

**Chefe da Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais - AGPOS/SES**

C/C:

**Maria Cecília Martins Brito**

**Superintendente de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde - SUNAS/SES**

Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz

Goiânia-GO- CEP 74.860-270

**Assunto: Resposta ao Ofício Circular nº 018/2013 - AGPOS/SUNAS/SES**

Prezadas Senhoras,

Em resposta ao **Ofício Circular nº 018/2013 – AGPOS/SUNAS/SES**, encaminhamos (anexo) à esta Assessoria, a relação da situação do quadro de pessoal contratado CLT, contendo:

- Quantitativo de profissionais contratados por cargo;
- Valor de salário pago por categoria profissional;

Estamos à disposição para prestar eventuais esclarecimentos que sejam porventura necessários.

Atenciosamente,

Ronan Pereira Lima

Diretor Geral-HMI/IGH

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

**RECEBEMOS**  
Em 07/08/13  
*Carine*

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás  
Superintendência de Gerenciamento das Unidades  
Assistenciais de Saúde - Assessoria Técnica  
ASTEC/SUNAS-SES/GO

A AGPOS

Goiânia, 08 de agosto de 13

Fernanda Daniels

Carimbo/Assinatura  
ASTEC



Hospital Materno Infantil

**Igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**

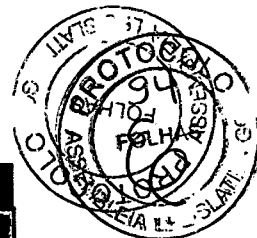
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**

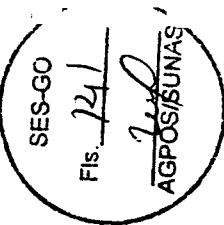


GOV. DE *Sup*  
**GOÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fls. 140



CARGO	QUANTIDADE	SALÁRIO
ANALISTA DE QUALIDADE	1	R\$ 4.000,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	5	R\$ 750,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	R\$ 1.700,00
AUXILIAR DE FARMÁCIA	5	R\$ 800,00
AUXILIAR DE LAVANDERIA	14	R\$ 720,00
CHEFE DA DIVISÃO DE COMPRAS	1	R\$ 1.400,00
ENFERMEIRO	43	1.888,87
ENFERMEIRO DO TRABALHO	1	3.000,00
ENGENHEIRO DO TRABALHO	1	R\$ 4.068,00
FARMACÊUTICO	5	R\$ 1.936,00
FONOAUDIÓLOGA	1	R\$ 3.000,00
GERENTE DE RH	1	R\$ 5.000,00
GERENTE ADMINISTRATIVO	1	R\$ 6.000,00
MAQUEIRO	4	R\$ 700,00
MÉDICO	26	R\$ 7.299,40
MÉDICO DO TRABALHO	1	R\$ 7.299,40
MOTORISTA ADMINISTRATIVO	1	R\$ 1.100,00
MOTORISTA DE AMBULÂNCIA	10	R\$ 1.200,00
NUTRICIONISTA	1	R\$ 2.709,00
ODONTÓLOGO	2	R\$ 3.200,00
RECEPCIONISTA	4	R\$ 750,00
SUPERVISOR DE LAVANDERIA	1	R\$ 2.200,00
TÉC. SEGURANÇA DO TRABALHO	2	R\$ 1.500,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	65	R\$ 850,00
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	2	R\$ 1.200,00
TELEFONISTA	2	R\$ 700,00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE GOIÁS Fazendo o melhor pra você.

SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

DEMONSTRATIVO DE EVOLUÇÃO DE DISPOSIÇÃO DE SERVIDORES POR UNIDADE ATE 02/08/2013

Table with 6 columns: UNIDADE, Quantidade, Resolvidos, Pendentes, and Não Disponibilizados. Rows include HUGO, HGG, HDT, HMI, HUAPA, and Total geral.

\* Resolvidos: Removidos, Exoneração, Abandono, Devolvidos ao órgão de origem, Rescisão de Contrato

\*\* Pendentes: Servidores que não compareceram, afastamentos, aguardando devolução para SEGPLAN e encaminhados com requerimento para lotação, ainda não retornaram



Hospital Materno Infantil

**lgh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fis. 142  
**GOV. DE GOIÁS**  
GOSSO ESTADO CRESCER, NOSSO CRESCER JUNTO



# Relatório semestral das capacitações;

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE AGROSSUNAS  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fis. 143  
*ref*

## Relação de Cursos/Treinamentos

### Cursos:

“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”-IHAC – Promoção e Manejo do Aleitamento Materno.

“Assistência de Enfermagem em Gestação de Alto Risco”.

“Assistência de Enfermagem em Pediatria”.

Semana da Residência Médica.

Semana de Metodologia Científica.

Semana Científica de Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Acolhimento e Introdutório dos novos funcionários do IGH.

#### Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

#### Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



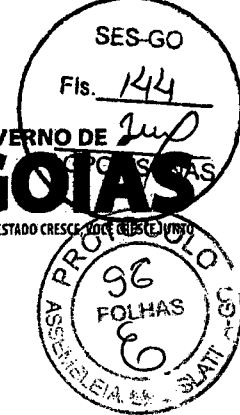
SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE COMEÇANDO EM VÓS



# Quadro com resumo de prestação de contas;

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.





Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fls. 145  
[Signature]

À SES – GO no âmbito da Comissão de Monitoramento do Contrato do Contrato de Gestão.

Ref.: Quadro com resumo de prestação de contas.

Prezado Sr(a);

Por intermédio desta, prestamos esclarecimentos sobre o processo de prestação de contas Janeiro a Junho 2013.

Após a conclusão do processo de prestação de contas 2012, o Instituto de Gestão e Humanização juntamente com a empresa fornecedora do sistema de prestação de contas eletrônica SIPEF, conforme orientação da AGR para aperfeiçoar/otimizar o processo de verificações das contas com regularidade, informamos que sob a supervisão da agencia de regulação, esta sendo realizada a parametrização dos sistemas financeiros, contábil e patrimonial para exportação deste.

Pois bem.

Em relação as informações acima estão sendo fornecidos em paralelo quando solicitado, documentos fiscais e informativos para fiscalização.

**Lucas Silva Carvalho**  
Departamento Contábil.º

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS  
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



SES-GO  
Fls. 146  
GOVERNO DE  
GOIÁS  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE COM NÓS



Ofício nº 196/2013 – DA/HMI/IGH

Goiânia, 12 de novembro de 2013.

Ao Senhor

Deusdedith Vaz.

Superintendente de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde-SUNAS/SES

Rua SC-1 nº299, Parque Santa Cruz

Goiânia-GO- CEP 74.860-270

Assunto: **Resposta ao Ofício nº 369/2013 – SUNAS/SES GO.**

Senhor Superintendente,

Em atenção ao **Ofício nº 369/2013 – SUNAS/SES GO**, encaminhamos em anexo, a planilha com os valores correspondentes às despesas realizadas no período de **1º/01/2013 a 30/06/2013**, para a conclusão do Relatório de Monitoramento do 1º semestre de 2013.

Estamos à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos que porventura sejam necessários.

Atenciosamente,

Ronan Lima.  
Diretor Geral – HMI/IGH

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

Recebido  
12/11/13  
Daltro

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás  
Superintendência de Gerenciamento das Unidades  
Assistenciais de Saúde- Assessoria Técnica  
ASTEC/SUNAS-SES/GO

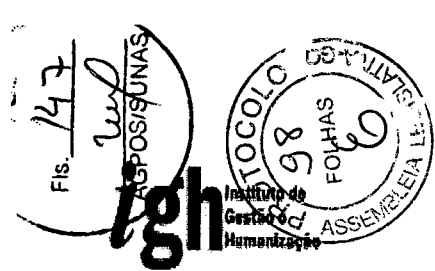
A AGPDS

para conhecimento e  
previdências decorrentes.

Goiânia, 13 de novembro de 13

*Sermonda Daniels*

Carimbo/Assinatura  
ASTEC/SUNAS



12/11/2013

Demonstrativo de Resultado - Unidade HMI 2013

MÊS/DESCRIÇÃO	Valores em mil reais									
	Jan-13	Fev-13	Mar-13	Abr-13	Mai-13	Jun-13	Jul-13	Ago-13	Set-13	Acumulado Set-13
	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	
<b>FATURAMENTO</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>4.264.000</b>	<b>38.376.000</b>
<b>DESPESAS VARIÁVEIS</b>	<b>(605.544)</b>	<b>(603.772)</b>	<b>(575.700)</b>	<b>(576.518)</b>	<b>(676.675)</b>	<b>(730.964)</b>	<b>(719.195)</b>	<b>(749.250)</b>	<b>(700.690)</b>	<b>(5.938.308)</b>
Honorário Médico	(228.118)	(288.680)	(303.542)	(290.134)	(205.500)	(290.196)	(370.170)	(349.091)	(365.946)	(2.691.375)
Repasso Médicos - PJ	(228.118)	(288.680)	(303.542)	(290.134)	(205.500)	(290.196)	(370.170)	(349.091)	(365.946)	(2.691.375)
<b>Materiais e Medicamentos</b>	<b>(377.426)</b>	<b>(315.092)</b>	<b>(272.158)</b>	<b>(286.385)</b>	<b>(471.175)</b>	<b>(440.768)</b>	<b>(349.025)</b>	<b>(400.159)</b>	<b>(331.745)</b>	<b>(3.246.933)</b>
Medicamentos	(148.705)	(132.855)	(94.471)	(76.669)	(270.200)	(194.582)	(100.158)	(162.472)	(168.993)	(1.349.104)
Materiais Médicos	(202.775)	(151.798)	(167.130)	(174.649)	(184.978)	(194.657)	(213.371)	(212.153)	(138.206)	(1.639.718)
Gases Hospitalares	(25.947)	(30.439)	(10.557)	(35.067)	(15.996)	(51.530)	(35.496)	(25.534)	(27.546)	(258.112)
<b>DESPESAS FIXAS</b>	<b>(3.038.301)</b>	<b>(4.514.271)</b>	<b>(4.606.081)</b>	<b>(4.774.257)</b>	<b>(4.568.991)</b>	<b>(4.819.780)</b>	<b>(5.140.362)</b>	<b>(4.561.421)</b>	<b>(4.477.930)</b>	<b>(40.501.394)</b>
Pessoal	(98.503)	(357.077)	(658.624)	(841.622)	(918.971)	(1.005.656)	(1.004.220)	(1.079.985)	(1.120.182)	(7.084.841)
Material de Uso e Consumo	(53.249)	(18.593)	(22.186)	(55.084)	(51.083)	(74.406)	(50.892)	(40.200)	(38.368)	(404.061)
Serviço de Manutenção	(56.173)	(67.281)	(71.670)	(66.878)	(67.035)	(82.177)	(83.308)	(96.245)	(67.901)	(658.667)
Serviço de Proc de Dados	(15.000)	(19.916)	(18.620)	(26.350)	(19.110)	(21.020)	(18.620)	(18.848)	(25.048)	(182.532)
Serviço de Laboratório	(203.254)	(208.178)	(208.172)	(211.333)	(215.364)	(194.582)	(207.016)	(204.517)	(213.519)	(1.865.935)
Serviço de Segurança	-	-	-	-	-	-	(98.903)	(96.472)	(63.270)	(258.645)
Serviço Alimentícios	(39.026)	(274.551)	(294.202)	(254.445)	(252.955)	(252.776)	(272.815)	(288.146)	(299.811)	(2.228.726)
Serviço de Lavanderia	(12.541)	(12.541)	(12.541)	(12.541)	(12.541)	(12,541)	(12,541)	(12,541)	(12,541)	(112,869)
Serviços de Limpeza/Higienização	-	-	-	-	-	-	(199.517)	(199.517)	(199.517)	(598.551)
Serv Profissionais Contratados	(102.827)	(198.731)	(142.039)	(137.178)	(156.881)	(92.841)	(115.725)	(211.617)	(107.470)	(1.265.308)
Despesas de Aluguéis	(14.030)	(16.442)	(15.850)	(18.631)	(12.754)	(14.380)	(15.628)	(6.153)	(8.165)	(122.033)
Impostos Taxas e Contrib	(183)	(378)	(163)	-	(168)	-	-	(658)	-	(1.550)
Despesas de Viagens	(31.042)	(24.330)	(14.563)	(25.204)	(22.267)	(7.338)	(11.291)	-	(808)	(136.843)
Despesas de Comunicação	(6.773)	(8.255)	(8.125)	(6.757)	(7.580)	(7.536)	(7.524)	(11.000)	(7.298)	(70.848)
Despesas com Veículos	(3.408)	(3.442)	(3.542)	(3.348)	(3.225)	(3.274)	(2.751)	(2.974)	(3.046)	(29.010)
Utilidades	(50.681)	(56.111)	(48.159)	(50.323)	(56.652)	(64.009)	(52.377)	(49.628)	(62.205)	(490.145)
* Investimentos	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(426.400)	(3.837.600)
(-) Custos Glosados - SES	(1.925.212)	(2.822.044)	(2.661.226)	(2.638.164)	(2.346.004)	(2.560.845)	(2.560.835)	(1.816.519)	(1.822.383)	(21.153.232)
<b>SUPERAVIT/DEFICIT OPERACIONAL</b>	<b>620.155</b>	<b>(854.042)</b>	<b>(917.781)</b>	<b>(1.086.775)</b>	<b>(981.666)</b>	<b>(1.286.744)</b>	<b>(1.595.557)</b>	<b>(1.046.671)</b>	<b>(5.14.620)</b>	<b>(8.063.701)</b>



Hospital Materno Infantil

**lgh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



Fis. 148  
AGPOSI/SUNAS  
GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

# Comissões existentes: Ato de instituição e comprovantes de reuniões;

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



## PORTARIA INTERNA Nº 19/2013

O Diretor Geral do Hospital Materno Infantil, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando o estabelecido no contrato de gestão nº 131/2012, objeto do processo administrativo nº 2011000010015037;

### Resolve:

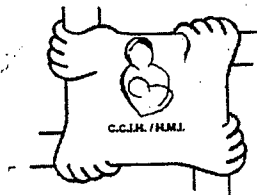
**Art 1º** – Atualizar a Portaria nº 01/2013 com a inclusão e exclusão de profissionais na equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), conforme discriminação abaixo:

- A. Excluir o Diretor Administrativo Dr. Tadeu Menezes, como membro consultor da CCIH;
- B. Excluir a Biomédica Dra. Lucianna Alencastro de Carvalho Paes Landin, como membro consultora da CCIH;
- C. Excluir a Enfermeira Dra. Lucilene Santana Fernandes de Paula, como membro consultora da CCIH;
- D. Incluir a Enfermeira Dra. Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro, como membro consultora da CCIH;
- E. Incluir a Gerente Financeira Leilian Cristina Santos Pastorello Marques de Paiva, como membro consultora da CCIH;
- F. Incluir a Biomédica Albany Nogueira dos Santos, como membro consultora da CCIH;
- I. Com a inclusão e exclusão constantes nesta Portaria, a CCIH e SCIH passam a ser constituídos pelos seguintes membros:



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DO ESTADO DE  
**GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GO  
Fls. 150  
11/03/2013

**Parágrafo 1º.** Os membros executores da CCIH constituem o SCIH do Hospital Materno Infantil e será composta pelos seguintes membros:

Seq.	Nomes	Cargo	Conselho/Lotação.
1	Dra. Jaciane Soares de Sá Lopes	Enfermeira	COREN-GO 83827
2	Dra. Tatiany Cristina Pereira Silva	Enfermeira	COREN-GO 127947
3	Dra. Allessandra do S. Santana	Enfermeira	COREN-GO 94487
4	Lilian de Fátima Camelo Borges	Auxiliar de Enfermagem	

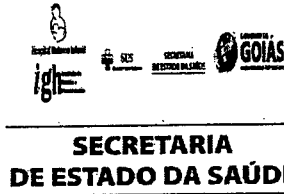
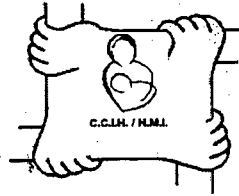
**Parágrafo 2º.** A comissão referida no artigo anterior será composta pelos seguintes profissionais de forma multidisciplinar como membros consultores:

Seq.	Nomes	Cargo	Conselho/Lotação.
1	Dr. Leilian Cristina Santos Pastorello Marques de Paiva	Gerente Financeira	
2	Dr. Romélio Lustosa Victor	Médico Pediatra	CRM-GO 6419
3	Dr. Edgar Berquó Peleja	Médico Infectologista	CRM-GO 3882
4	Dra. Luzia Helena Porfirio Berigo	Enfermeira Coordenadora de Enfermagem	COREN-GO 51133
5	Dra. Abadia Rosa Canguçu Sousa	Enfermeira da UTI Infantil	COREN-GO 163707
6	Dra. Aparecida Marinho de Lima Alves	Enfermeira da UTI Materna	COREN-GO 40569
7	Dra. Dra. Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro	Enfermeira do NVEH	COREN-GO 85737
8	Dra. Luciene Siqueira Tavares	Enfermeira da CME	COREN-GO 197281
9	Dr. Augusto Cortizo Vidal	Médico Ginecologista / Obstetra	CRM-GO 5838-2
10	Dra. Rozelma de Oliveira Mendes Corrêa	Nutricionista	CRN-GO 1370
11	Dra. Dra. Albany Nogueira dos Santos	Farmacêutica / Bioquímica	CRF-GO 9997
12	Dra. Vanessa Ribeiro Lopes	Farmacêutica	CRF-GO 7754
13	Dra. Alexandra Nunes de Assis	Fisioterapeuta	CREFITO-GO 15192-F
14	Dra. Maria das Graças Bezerra G. e Rocha	Enfermeira	COREN-GO 2852
15	Dra. Flávia Aline Silva	Odontóloga	CRO-GO 4334
16	Eliana Souza de Carvalho	Téc. em Segurança do Trabalho	MTE 000785.4



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



Art. 2º A referida comissão será coordenada pelo presidente indicado pela Direção Geral.

Art 3º – Esta portaria terá vigência a partir da presente data, mediante ciência expressa de todos os profissionais, revogando as disposições em contrário.

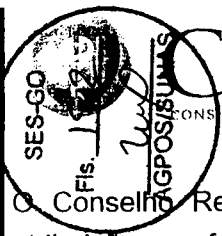
Dê-se ciência e cumpra-se:

Diretoria Geral do Hospital Materno Infantil ao 1º dia do mês de julho de 2013.

Dr. Ronan Pereira Lima  
-Diretor Geral do HMI-

**Ronan Lima**  
Diretor Geral  
HMI/IGH





# CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/1957 e no que dispõe o Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.657/2002 que estabelece as normas de funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, dá posse à Comissão de Ética Médica do(a) Hospital Materno Infantil, cujo mandato vigorará por um (1) ano, iniciando em 19 de dezembro de 2012 com término em 18 de dezembro de 2015.

## COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

### HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Dra. Cristina Gonçalves dos Santos Nascimento

Dra. Doliana Martins Brasil

Dr. Leomar Martins Mendonça

Dra. Lorena de Castro Diniz

Dra. Marise Helena Cardoso Tofoli

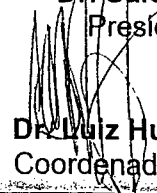
Dr. Paulo Antônio de Aquino

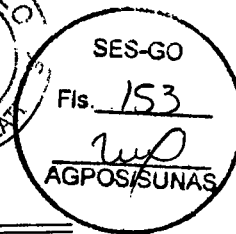
Dr. Ricardo Mendonça Lucas

Dr. Weuler Alves Ferreira

  
Dr. Salomão Rodrigues Filho

Presidente do CREMEGO

  
Dr. Luiz Humberto Garcia de Souza  
Coordenador da COCEM/CREMEGO



# CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905 de 12/07/1973

## PORTARIA Nº 1.006 DE 18 DE MARÇO DE 2013.

*Dispõe sobre a instituição da Comissão de Ética de Enfermagem Institucional do Hospital Materno Infantil e da outras providências.*

A Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás no uso de suas atribuições legais e regimentais e;

**CONSIDERANDO** a necessidade do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás organizar na área de sua jurisdição atividades de fiscalização do desempenho ético por meio de Comissões de Ética de Enfermagem Institucionais;

**CONSIDERANDO** a Decisão Coren-GO nº 02 de 07 de fevereiro de 2002 e a competência da Comissão Institucional em atuar de forma permanente junto a diretoria e corpo de enfermagem da instituição, orientando e colaborando com a prevenção das ocorrências de faltas éticas;

### RESOLVE:

Art. 1º Instituir no âmbito do Hospital Materno Infantil na cidade de Goiânia a Comissão de Ética de Enfermagem Institucional como órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás.

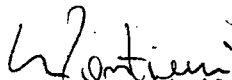
Art. 2ª Designar como membros Efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem Institucional as profissionais, Enfermeira Karla Gomes Rodrigues Batista com inscrição definitiva secundária neste conselho sob o nº 131.255-IS, Enfermeira Amanda Santos Fernandes Coelho com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 245.947; Enfermeira Ana Cláudia Andrade Cordeiro com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 263.980, Técnica de Enfermagem Leidiane Rodrigues da Silva Castro com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 197.014 e a Técnica de Enfermagem Maria dos Anjos Silva Castro com inscrição definitiva secundária neste conselho sob o nº 225.056, para o mandato referente ao Biênio 2013/2015.

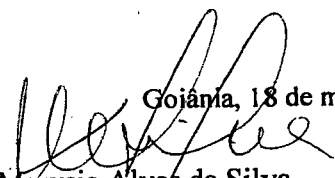
Art. 3º Designar como membros Suplentes da Comissão de Ética de Enfermagem Institucional as profissionais, Enfermeira Maria das Graças Bezerra G. e Rocha com inscrição definitiva remida neste conselho sob o nº 2.852, Enfermeira Tatiany Cristina Pereira Silva com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 127.947, Enfermeira Jaciane Soares de Sá Lopes com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 88.827, Técnica de Enfermagem Ilda Aparecida Eugênio com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 44.154 e Auxiliar de Enfermagem Irany Gomes Resplandes com inscrição definitiva neste conselho sob o nº 104.921, para o mandato referente ao Biênio 2013/2015.

Art 4º Compete a Comissão de Ética de Enfermagem Institucional garantir a conduta ética e zelar pelo exercício da profissão de enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal, educando, discutindo e divulgando o código de ética e processo ético dos profissionais de enfermagem e as demais atribuições previstas na Decisão Coren-Go nº 002 de 07 de fevereiro de 2002.

Art.5º Esta portaria entra em vigor na data, de sua assinatura, revogando as disposições contrárias.

Art 6º Dê ciência e cumpra-se.

  
Maria Salete Silva Pontieri Nascimento  
Presidente - Coren-Go 40.600

Goiania, 18 de março de 2013.  
  
Marysia Alves da Silva  
Secretária - Coren-Go 145



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fls. 154  
GOVERNO DE  
GOIÁS  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE JUNTO

### PORTARIA INTERNA Nº 20/2013

O Diretor Geral do Hospital Materno Infantil, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o cargo resolve:

**Atualizar** a Portaria da Comissão de Residência Médica - COREME nº 02/2011-DG/HMI, de 08 de fevereiro de 2011, com os profissionais abaixo relacionados:

**I – A composição da COREME – HMI será composta pelos seguintes servidores**  
Coordenador – Marco Aurélio Albernaz – médico - Gineco/Obstetra – CRM 5394-Go  
Sub-Coordenador – Augusto Cortizo Vidal – médico - Gineco/Obstetra – CRM 5838-Go  
Representante da Diretoria – Sandra Valéria Nogueira – Psicóloga - CRP 09/771.

#### **II – Representantes dos Programas:**

Ginecologia/Obstetrícia: Marília Oliveira Ribeiro – CRM 7300-Go.  
Suplente: Luiza Emylce Pelá Rosado Schmaltz – Gineco/Obstetra – CRM 4516-Go.  
Pediatria: Rosseny da Costa Marinho Junior – Pediatra – CRM 6769 Go  
Suplente: Marise Helena Cardoso Tofoli – Pediatra – CRM 10623  
Medicina Intensiva Pediátrica: Maria Bárbara Franco Gomes – Pediatra – CRM 6823-Go.  
Suplente: Sonia Christinna Damasceno de Castro – Pediatria - CRM 9997  
Neonatologia: Maria Bárbara Franco Gomes – Pediatra – CRM 6823-Go.  
Suplente: Dantúzia Muniz Camelo – Pediatra – CRM 4510  
Endoscopia Ginecológica: Corival Lisboa Alves de Castro – Gineco/obstetra – CRM 4786-Go.  
Suplente: Pabline Barbosa Lima Almeida – Gineco/Obstetra – CRM 7606-Go.  
Mastologia: Rogério Bizinoto Ferreira – Gineco/Obstetra – CRM 7604  
Suplente: Erika Pereira de Sousa – Gineco/Obstetra – CRM 8233-Go.  
Ultra-Sonografia: Glauceire Marquez Franco – Gineco/Obstetra – CRM 5927-Go.  
Suplente: Walter Pereira Borges – Gineco-Obstetra – CRM 308

#### **III – Representantes dos Residentes:**

Ginecologia/Obstetrícia: Polyana Mattedi Carvalho – CRM 16571-Go.  
Suplente: Caroline Ferreira dos Anjos – CRM 14871 - Go  
Pediatria: Debora Martins Rocha – CRM 16777 - Go  
Suplente: Marília Carolinna Milhomen Bastos – CRM - 16433-Go.

Dê ciência e **cumpra-se**.

Hospital Materno Infantil, em Goiânia, ao 1º dia do mês de julho de 2013.

**Dr. Ronan Lima**

**Diretor Geral do IGH/HMI**

Rua R 7, esquina com Av. Perimetral S/nº, Setor Oeste, Goiânia – Goiás, Cep: 74.530-020

Fone: 3956-2969

e-mail: amerehm@gmail.com

## Relação dos participantes das Comissões instituídas e a serem criadas

### 1- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia:

NOMES :	CARGO:
• Andreia Pereira	Técnica em Enfermagem
• Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro	Enfermeiro
• Maria das Graças de Souza Vaz	Técnico em Enfermagem
• Maria de Lourdes Albuquerque	Assistente de Gestão Administrativa
• Wanda Carvalho Lopes	Enfermeira

### 2- Controle de Infecção Hospitalar: Portaria Interna N° 019/2013 ( anexo)

### 3- Ética Médica: Posse do Conselho de Medicina do Estado de Goiás

Em vigor de 19/12/12 à 19/06/2013

• Doliana Martins Brasil	Médico
• Leomar Martins Mendonça	Médico
• Lorena de Castro Diniz	Médico
• Marise Helena Cardoso Tofoli	Médico
• Paulo Antônio de Aquino	Médico
• Ricardo Mendonça Lucas	Médico
• Weuler Alves Ferreira	Médico

### 4- Ética em Enfermagem: Anexo Portaria N° 1006 de 18/03/2013

### 5- Ética em Pesquisa Humana: Anexo Portaria Interna N° 008/2010, à ser atualizada em setembro de 2013

• Ellia Christine de Lima França	Fonoaudiólogo
----------------------------------	---------------

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



- Gisner Alves de Souza Pereira Bioquímica
- Iara Vieira Caixeta Nutricionista
- Karla Gomes Rodrigues Batista Enfermeiro
- Kênia Cristina Lopes Abrão Representante dos Usuários-AMMA
- Marcela Souza Berquó Fisioterapeuta
- Marco Aurélio Albernaz Médico Ginecologista
- Margareth Rocha Peixoto Giglio Médica Ginecologista
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica Pediatra
- Neusa Ferreira Melo Santos Assistente Social
- Raquel Linhares Melo Enfermeira
- Regina Lúcia de Lima Sellos Odontólogo
- Rôsaní Arantes de Faria Enfermeiro
- Sueli Pereira de Faria Psicóloga
- Suzana da Silva Bezerra Assistente Social
- Wellerson Moreira Ribeiro Representante dos usuários

#### 6- Multidisciplinar de Bioética

- Dr. Weuler Alves Ferreira Médico Ginecologista
- Neusa Ferreira Melo Santos Assistente Social
- Ronaldo Celestino da Silva Júnior Psicólogo
- Tatiany Cristina Pereira da Silva Enfermeiro
- Sheila Alves Pereira Fisioterapeuta
- Augusto Cortizo Vidal Médico Obstetra
- Maria Barbara Franco Gomes Médica Pediatra

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



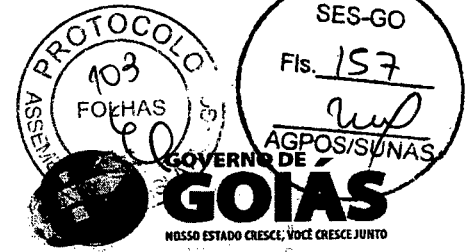
Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



## 7- Análise e Revisão de Prontuários:

- |   |                                   |                          |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| • | Sheila Soares Ferro Lustosa Vitor | Médico Intensivista      |
| • | Marciano de Sousa Nóbrega         | Médico – UTI Materna     |
| • | Sandra Márcia Pimentel Afiune     | Médico – UCIN            |
| • | Ana Paula Vecchi                  | Médico - Pediatria       |
| • | Corival Lisboa Alves de Castro    | Médico – Ginecologista   |
| • | Giuliana Caetano Rosa Borges      | Fonoaudiólogo            |
| • | Alexandra Nunes de Assis          | Fisioterapeuta           |
| • | Ronaldo Celestino da Silva Júnior | Psicólogo                |
| • | Andréa Araújo                     | Enfermeira – UTI Materna |

## 8- Verificação de Óbitos:

### Membros Executores:

- |   |                             |            |
|---|-----------------------------|------------|
| • | Maria de Fátima Sousa Nunes | Odontóloga |
|---|-----------------------------|------------|

### Membros Consultores:

- |   |                                 |            |
|---|---------------------------------|------------|
| • | Amapholla Karoanne Melo Pafume  | Enfermeira |
| • | Jaciane Soares de Sá Lopes      | Enfermeira |
| • | Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro   | Enfermeira |
| • | Luzia Helena Porfirio Berigo    | Enfermeira |
| • | Margareth Rocha Peixoto Giglio  | Médica     |
| • | Maria Bárbara Franco Gomes      | Médica     |
| • | Maristela B. dos Santos Massuda | Enfermeira |
| • | Abadia Rosa C. Sousa            | Enfermeira |
| • | Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro   | Enfermeira |

### Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

### Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



## 9- Intra-Hospitalar de Hemoterapia

- Everaldo Ruiz Júnior Médico – Hemoterapia
- Amanda Santos Fernandes Coelho Enfermeira
- Marcia Aparecida de Moraes e Silva Enfermeira
- Tatiany Cristina Pereira Silva Enfermeira
- Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro Enfermeira
- Edgar Berquó Peleja Médico Infectologista
- Marília Oliveira Ribeiro Médica
- Ana Maria do Nascimento Assistente Administrativo

## 10- Nutrição Enteral e Parenteral

- Romélio Pereira Lustosa Victor Médico – UTI Pediatra
- Aline Sousa Santos Mendonça Nutricionista
- Ana Cláudia Andrade Cordeiro Enfermeira
- Abadia Rosa Canguçu Sousa Enfermeira
- Vera Lúcia de Lima Malta Fonoaudióloga
- Alline Cruvinel Diones Enfermeira
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica

## 11- Uso e Reuso de Materiais de Uso Único

- Luciene Siqueira Tavares Enfermeira - CME
- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeiro – CCIH
- Elizabeth de Souza Campos Farmacêutico

## 12- Padronização de Materiais, Equipamentos e Medicamentos

Missão: Luciene Siqueira Tavares

Enfermeira - CME

Visão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

- Vanessa Ribeiro Lopes Farmacêutica
- Elizabeth de Souza Campos Farmacêutico
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica
- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeira
- Ricardo Alcoforado Maranhão Engenheiro Clínico /SES
- José Fernando de Souza Engenheiro Clínico/SES
- Wander Gonçalves Nunes Ferreira Supervisor Técnico-IGH

### 13- Residência Médica: Anexo Portaria Interna Nº 20/2013

#### 14- Residência Multiprofissional:

- Keyti C. Alves Damas Rezende Enfermeiro
- Luzia Helena Porfírio Berigo Enfermeiro
- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeiro
- Suely Pereira de Faria Psicóloga
- Alexandra Nunes de Assis Fisioterapia
- Arleide Maria dos Santos Assistente Social
- Giuliana Caetano Rosa Borges Fonoaudiologia
- Vanessa Ribeiro Lopes Farmacêutica

#### 15- Educação Permanente:

- Fábria Cristina Mendonça Tavares Analista de Gestão Adm.
- Marce Divina de Paula Costa Médico
- Amapholla Karoanne Melo Pafume Enfermeira
- Suely Pereira de Farias Psicóloga
- Atuação: Alexandra Nunes de Assis Fisioterapeuta





- Giuliana Caetano Rosa Borges Fonoaudiologia
- Eliane Marie de Amorim Melo Fonseca Médica
- Danuza Muniz Camelo Médica Intensivista
- Sirlene dos Santos Bastos Assistente Social
- Regina Célia Alves de Castro Fernandes Psicóloga
- **Conselheiros:**
- Luzia Helena Porfírio Berigo Enfermeiro
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica
- Marce Divina de Paula Costa Médica
- Irene Ângela Melo Melgaço Médica

**16- Gerenciamento de Riscos, Relacionados aos Produtos para Saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos:**

- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeira
- Wander Gonçalves Nunes Ferreira Supervisor Técnico-IGH
- Aldemário Alves de Souza Enfermeiro
- Júnior César Santos Guimarães Téc. seg. do trabalho
- Aline Sousa Santos Mendonça Nutricionista
- Vanessa Ribeiro Lopes Farmacêutica

**17 – Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde**

- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeiro
- Dr. Edgar Berquó Peleja Médico Infectologista
- Alline Cruvinel Diones Enfermeiro
- Amapholla Karoanne Melo Pafume Enfermeira

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



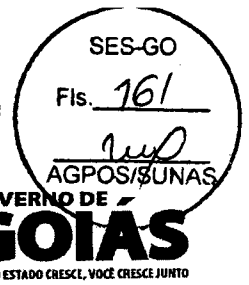
Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



- Abadia Rosa Canguçu Sousa Enfermeiro
- Aparecida Marinho de L. Alves Enfermeiro
- Ana Cláudia Andrade Cordeiro Enfermeiro
- Vânia Rodrigues L. Ribeiro Enfermeiro
- Vanessa Ribeiro Vasconcelos Farmacêutico
- Maria das Graças Bezerra Gerais e Rocha Enfermeiro
- Aline Sousa Santos Nutricionista
- Aldemário Alves de Souza Enfermeiro
- Júnior César Santos Guimarães Téc. seg. do trabalho

**18 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA Em andamento**

**19 – Ouvidoria e Serviço de Proteção ao Usuário - SEPRU**

**20 – Comunicação Social e Relacionamento com o Usuário:**

- Susana da Silva Bezerra Assistente Social
- Taysa Lara Assessoria de Imprensa-IGT
- Doris Costa Assessoria de Imprensa-IGT
- Yasmine de Paiva Bastidores Assessoria de Comunicação

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



## Relação dos participantes das Comissões instituídas e a serem criadas

### 1- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia:

#### NOMES :

#### CARGO:

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| • Andreia Pereira               | Técnica em Enfermagem               |
| • Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro | Enfermeiro                          |
| • Maria das Graças de Souza Vaz | Técnico em Enfermagem               |
| • Maria de Lourdes Albuquerque  | Assistente de Gestão Administrativa |
| • Wanda Carvalho Lopes          | Enfermeira                          |

### 2- Controle de Infecção Hospitalar: Portaria Interna N° 019/2013 ( anexo)

### 3- Ética Médica: Posse do Conselho de Medicina do Estado de Goiás

Em vigor de 19/12/12 à 19/06/2013

- |                                |        |
|--------------------------------|--------|
| • Doliana Martins Brasil       | Médico |
| • Leomar Martins Mendonça      | Médico |
| • Lorena de Castro Diniz       | Médico |
| • Marise Helena Cardoso Tofoli | Médico |
| • Paulo Antônio de Aquino      | Médico |
| • Ricardo Mendonça Lucas       | Médico |
| • Weuler Alves Ferreira        | Médico |

### 4- Ética em Enfermagem: Anexo Portaria N° 1006 de 18/03/2013

### 5- Ética em Pesquisa Humana: Anexo Portaria Interna N° 008/2010, à ser atualizada em setembro de 2013

#### Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

#### Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



**GOVERNO DE  
GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

- Marco Aurélio Albernaz Médico Ginecologista
- Margareth Rocha Peixoto Giglio Médica Ginecologista
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica Pediatra
- Neusa Ferreira Melo Santos Assistente Social
- Regina Lúcia de Lima Sellos Odontólogo
- Sueli Pereira de Faria Psicóloga
- Suzana da Silva Bezerra Assistente Social
- Wellerson Moreira Ribeiro Representante dos usuários

#### 6- Multidisciplinar de Bioética

- Dr. Weuler Alves Ferreira Médico Ginecologista
- Neusa Ferreira Melo Santos Assistente Social
- Ronaldo Celestino da Silva Júnior Psicólogo
- Tatiany Cristina Pereira da Silva Enfermeiro
- Sheila Alves Pereira Fisioterapeuta
- Augusto Cortizo Vidal Médico Obstetra
- Maria Barbara Franco Gomes Médica Pediatra

#### 7- Análise e Revisão de Prontuários:

- Marciano de Sousa Nóbrega Médico – UTI Materna
- Sandra Márcia Pimentel Afiune Médico – UCIN
- Ana Paula Vecchi Médico - Pediatria
- Corival Lisboa Alves de Castro Médico – Ginecologista
- Giuliana Caetano Rosa Borges Fonoaudiólogo

#### Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

#### Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral



- Alexandra Nunes de Assis Fisioterapeuta
- Ronaldo Celestino da Silva Júnior Psicólogo
- Andréa Araújo Enfermeira – UTI Materna

### 8- Verificação de Óbitos:

#### Membros Executores:

- Maria de Fátima Sousa Nunes Odontóloga
- Wagner de Bastos Queiroz Médico

#### Membros Consultores:

- Amapholla Karoanne Melo Pafume Enfermeira
- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeira
- Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro Enfermeira
- Luzia Helena Porfírio Berigo Enfermeira
- Margareth Rocha Peixoto Giglio Médica
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica
- Maristela B. dos Santos Massuda Enfermeira
- Abadia Rosa C. Sousa Enfermeira

### 9- Intra-Hospitalar de Hemoterapia

- Everaldo Ruiz Júnior Médico – Hemoterapia
- Amanda Santos Fernandes Coelho Enfermeira
- Marcia Aparecida de Moraes e Silva Enfermeira
- Tatiany Cristina Pereira Silva Enfermeira
- Vânia Rodrigues Lopes Ribeiro Enfermeira
- Edgar Berquó Peleja Médico Infectologista

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

- Marília Oliveira Ribeiro Médica
- Ana Maria do Nascimento Assistente Administrativo

#### 10- Nutrição Enteral e Parenteral

- Romélio Pereira Lustosa Victor Médico – UTI Pediatra
- Aline Sousa Santos Mendonça Nutricionista
- Ana Cláudia Andrade Cordeiro Enfermeira
- Abadia Rosa Canguçu Sousa Enfermeira
- Vera Lúcia de Lima Malta Fonoaudióloga
- Alline Cruvinel Diones Enfermeira
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica

#### 11- Uso e Reuso de Materiais de Uso Único

- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeiro – CCIH
- Elizabeth de Souza Campos Farmacêutico

#### 12- Padronização de Materiais, Equipamentos e Medicamentos

- Vanessa Ribeiro Lopes Farmacêutica
- Elizabeth de Souza Campos Farmacêutico
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica
- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeira
- Ricardo Alcoforado Maranhão Engenheiro Clínico /SES
- José Fernando de Souza Engenheiro Clínico/SES
- Wander Gonçalves Nunes Ferreira Supervisor Técnico-IGH

#### 13- Residência Médica: Anexo Portaria Interna Nº 20/2013

#### 14- Residência Multiprofissional:

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



- Keyti C. Alves Damas Rezende Enfermeiro
- Luzia Helena Porfírio Berigo Enfermeiro
- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeiro
- Suely Pereira de Faria Psicóloga
- Alexandra Nunes de Assis Fisioterapia
- Arleide Maria dos Santos Assistente Social
- Giuliana Caetano Rosa Borges Fonoaudiologia
- Vanessa Ribeiro Lopes Farmacêutica

**15- Educação Permanente:**

- Fábía Cristina Mendonça Tavares Analista de Gestão Adm.
- Marce Divina de Paula Costa Médico
- Amapholla Karoanne Melo Pafume Enfermeira
- Suely Pereira de Farias Psicóloga
- Alexandra Nunes de Assis Fisioterapeuta
- Giuliana Caetano Rosa Borges Fonoaudiologia
- Eliane Marie de Amorim Melo Fonseca Médica
- Danuza Muniz Camelo Médica Intensivista
- Sirlene dos Santos Bastos Assistente Social
- Regina Célia Alves de Castro Fernandes Psicóloga
- **Conselheiros:**
- Luzia Helena Porfírio Berigo Enfermeiro
- Maria Bárbara Franco Gomes Médica

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SUS  
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



- Marce Divina de Paula Costa Médica
- Irene Ângela Melo Melgaço Médica

#### 16- Gerenciamento de Riscos, Relacionados aos Produtos para Saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos:

- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeira
- Wander Gonçalves Nunes Ferreira Supervisor Técnico-IGH
- Aldemário Alves de Souza Enfermeiro
- Júnior César Santos Guimarães Téc. seg. do trabalho
- Aline Sousa Santos Mendonça Nutricionista
- Vanessa Ribeiro Lopes Farmacêutica

#### 17 – Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

- Jaciane Soares de Sá Lopes Enfermeiro
- Dr. Edgar Berquó Peleja Médico Infectologista
- Aline Cruvinel Diones Enfermeiro
- Amapholla Karoanne Melo Pafume Enfermeira
- Abadia Rosa Canguçu Sousa Enfermeiro
- Aparecida Marinho de L. Alves Enfermeiro
- Ana Cláudia Andrade Cordeiro Enfermeiro
- Vânia Rodrigues L. Ribeiro Enfermeiro
- Vanessa Ribeiro Vasconcelos Farmacêutico
- Maria das Graças Bezerra Gerais e Rocha Enfermeiro
- Aline Sousa Santos Nutricionista
- Aldemário Alves de Souza Enfermeiro

#### Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

#### Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.





- Júnior César Santos Guimarães

Téc. seg. do trabalho

**18 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA Em andamento**

**19 – Ouvidoria e Serviço de Proteção ao Usuário - SEPRU**

**20 – Comunicação Social e Relacionamento com o Usuário:**

- Susana da Silva Bezerra

Assistente Social

- Taysa Lara

Assessoria de Imprensa-IGT

- Doris Costa

Assessoria de Imprensa-IGT

- Yasmine de Paiva

Bastidores Assessoria de Comunicação

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



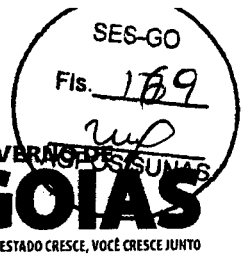
Hospital Materno Infantil

**lgh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



**GOVERNADORIA DE GOIÁS**  
GOIÁS  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

# Organograma com todas as comissões existentes e última ata de reunião de cada comissão;

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

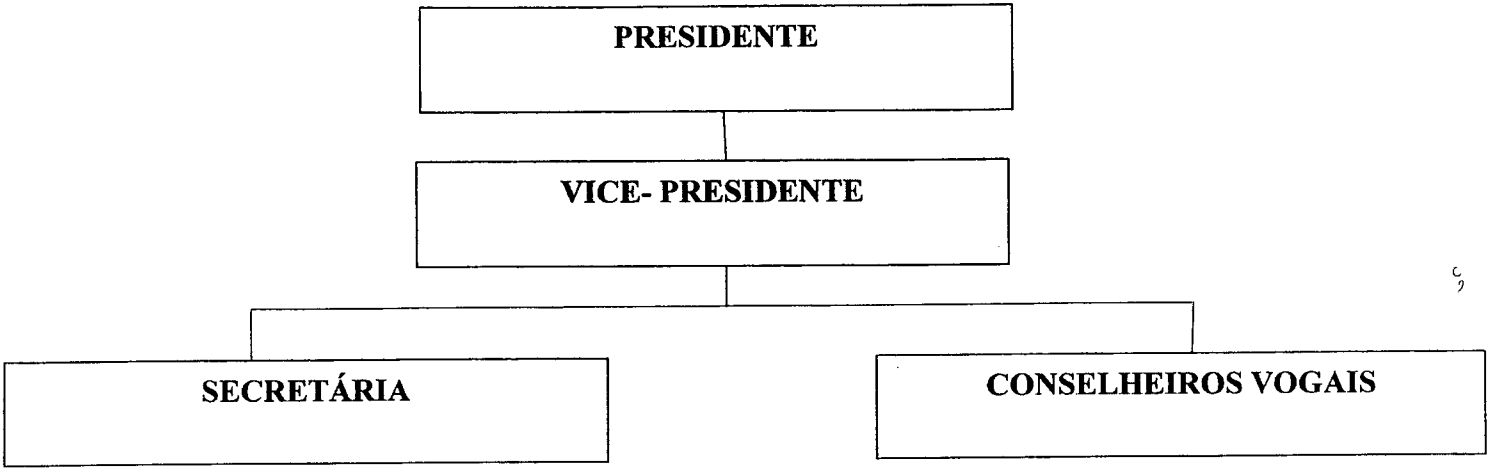
**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

Fis. 170

Usp  
AGPOS/SUNAS

# ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM



c  
2

12/05/2013

Goiânia, 19 de agosto de 2013.

**COMUNICAÇÃO INTERNA nº.223/13 – Div. Enf.**


De: Chefia de Enfermagem

Para: Gerência Administrativa

Encaminho as datas das reuniões realizadas pela Comissão de Ética em Enfermagem do Hospital Materno Infantil desde o início do ano de 2013:

- Dias 08/01/13 e 18/03/13 – biênio 2010/2012  
Comissão: Enf<sup>a</sup> Jaciane Soares de Sá Lopes  
Enf<sup>a</sup> Aparecida Marinho de Lima Alves  
Enf<sup>a</sup> Elisângela Aparecida da Silva  
Téc. Enf. Edna Tiago de Araújo  
Aux. Enf. Marilu Bitencourt
- Dias 23/05/13 e 15/07/13 – biênio 2013/2015  
Comissão: Enf<sup>a</sup> Karla Gomes Rodrigues Batista  
Enf<sup>a</sup> Amanda Santos Fernandes Coelho  
Enf<sup>a</sup> Ana Cláudia Andrade Cordeiro  
Téc Enf. Leidiane Rodrigues da Silva Castro  
Téc. Enf. Maria dos Anjos Silva Castro

Atenciosamente,

  
Luzia Helena Porfirio Berigo  
Chefe Div. Enfermagem H.M.I.  
COREN 51133



SUS  
Sistema Único de Saúde

SES  
SECRETARIA  
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS

Desenvolvimento com Responsabilidade

SES-GO  
Fls. 172  
PROPOBUNAS

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 1 de fevereiro de 2013  
LOCAL: Centro de Ensino e Pesquisa  
EVENTO: Reunião Ordinária Mensal do CEP/HMI.

### FREQUÊNCIA:

1. José S. Melo Santos
2. Sueby Pereira de Faria
3. Osmar Alves de Souza Pereira
4. Roguel Lombardi Melo
5. Regina Setti
6. Marcos Aureli Alcega
7. Ana Bárbara Oliveira Guimarães
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_



SUS  
Sistema Único de Saúde

SES  
SECRETARIA  
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS

Desenvolvimento com Responsabilidade

SES-GO  
Fls. 173

PROT. COLO. 173  
FOLHAS 6  
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA GOIÁS

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 08 de março de 2013

LOCAL: Sala do Centro de Ensino e Pesquisa

EVENTO: Reunião Ordinária Mensal do CEP/HMI.

### FREQUÊNCIA:

1. James Alves de Souza Pereira
2. Raquel Coimbra Melo
3. Marcos Aquiles Albuquerque
4. Jeusa Melo Santos
5. Karla Gomes Rodrigues
6. Ana Maria Oliveira Guimarães
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_



SUS

Sistema Único de Saúde

SES  
SECRETARIA  
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS  
Desenvolvimento com Responsabilidade

SES-GO

Fis. 174

2013

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 05 de abril de 2013

LOCAL: Centro de Ensino e Pesquisa

EVENTO: Reunião mensal do Comitê de Ética em Pesquisa

FREQUÊNCIA:

1. Marcela Souza Berguó

2. Osmer Alves de Souza Lima

3. Neusa Lemeira Melo Santos

4. Marcos Cecílio Alves

5. Jana Karine Oliveira Guimarães

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.



SUS  
Sistema Único de Saúde

SES  
SECRETARIA  
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 3 de maio de 2013  
LOCAL: Centro de Ensino e Pesquisa  
EVENTO: Reunião mensal do comitê de ética em Pesquisa

### FREQUÊNCIA:

1. Alisson Alves de Souza Guino
2. Regina L. L. Selto
3. Renata Garcia B. Duarte
4. Marcos Aurélio Albany
5. Ana Márcia Guimarães
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_





SUS  
Sistema Único de Saúde

SES  
SECRETARIA  
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS

Desenvolvimento com Responsabilidade

SES-GO  
Fls. 176  
Mud  
PROPOS/SUNAS

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 14/06/13

LOCAL: Centro de Ensino e Pesquisa

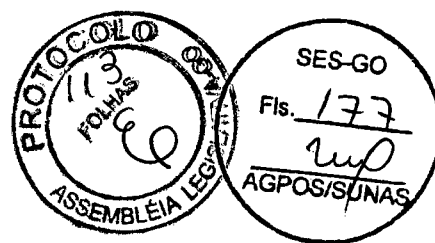
EVENTO: Reuniões do Comitê de Ética em Pesquisa

FREQUÊNCIA:

1. Neusa Lurino dos Reis Santos
2. Renata Garcia B. Duarte
3. Suehy Keliia de Faria
4. Marco Aurelio Alves
5. Joa Leiria L. Guimarães
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_

## Membros da Comissão de Ética Médica

- Dra. Cristina Gonçalves dos Santos Nascimento
- Dra. Doliana Martins Brasil
- Dr. Leomar Martins Mendonça
- Dra. Lorena de Castro Diniz
- Dra. Marise Helena Cardoso Tofoli
- Dr. Paulo Antônio de Aquino
- Dr. Ricardo Mendonça Lucas
- Dr. Weuler Alves Ferreira



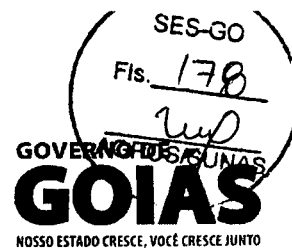


Hospital Materno Infantil

**lgh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



# Protocolo de Resíduos FIDI;

**Missão:**

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

**Visão:**

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

Goiânia 22 de Agosto de 2013



De FIDI:

PARA: DIRETORIA GERAL – HMI.

Venho através desta, informa-los que desde julho de 2012 o setor de RADIOLOGIA passou a ser digital, portanto não fazemos mais uso de químicos (Revelador ,fixador e filmes).

Grata,

  
Ana Paula L. da Silva Santos.  
Administrativo H.M.I.  
FIDI / GO



Hospital Materno Infantil

**IGH** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DE  
**GOIÁS**  
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SES-GC  
Fis. 180  
UF  
ACQUA SUNF

# Registro DRT (segurança do trabalho);

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DE  
**GOIAS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCE CRESCE JUNTO



SP RES 1749/2013 - 14/ago-2013-15/04-1307%11  
SP RES 1749/2013 - 14/ago-2013-15/04-1307%11

SES-GO

Fis. 181

OFÍCIO Nº 110/2013DG/HMI/IGH - 2013

Goiânia, 14 de agosto de 2013.

Ao Senhor  
**Arquivaldo Bites**  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego  
Ministério do Trabalho e Emprego – MTE  
Superintendência Regional do Trabalho e Emprego – SRTE  
Setor de Segurança e Saúde do Trabalhador

NUDPRO/DRT-GO
46208.009004/2013-51
/ /2013

**Assunto: Requerimento do Registro do SESMT/HMI/IGH.**

Senhor Superintendente,

Encaminhamos à esta Superintendência, toda a documentação necessária para que se realize o REGISTRO do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, do Hospital Materno Infantil – HMI, inscrito no CNPJ nº 02.529.964/0003-19, e Código Nacional de Atividade Econômica – CNAE nº 85.11-1, e que atualmente é gerido pela Organização Social, Instituto de Gestão e Humanização – IGH, inscrito no CNPJ nº 11.858.570/0002-14.

De acordo com o Quadro I Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, da NR-4 SESMT da Portaria nº 3.214 do MTE, com Grau de Risco 3, possuindo um total de 1.036 empregados lotados no HMI, sendo 829 (estatutários) e 207 (celetistas), que estão distribuídos nos turnos de serviço integral (manhã e tarde) e noturno. E sendo assim, o dimensionamento do SESMT. Consoante previsto no Quadro II da NR-4, se constitui da seguinte forma, conforme anexo:

John Kennedy S. Barro  
Auditor-Fiscal do Trabalho

Ac. J. J. Bites  
14/08/2013

PROCEBENHO  
EM



Hospital Materno Infantil

**igh** Instituto de  
Gestão e  
Humanização



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



SES-GO  
Fls. 182  
**GOVERNO DE GOIÁS**  
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

Atenciosamente,

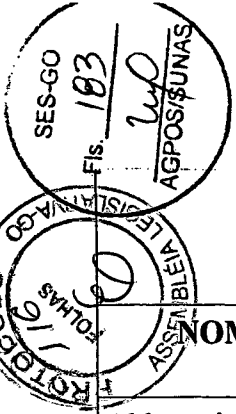
Leilah Pastorello  
Gerente Administrativa  
HMI/IGH

Missão:

Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações sócio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:

Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.



## INTEGRANTES DO SESMT/HMI-IGH



NOME COMPLETO:	CARGO/FUNÇÃO	Nº REGISTRO	HORÁRIO DE TRABALHO
Aldemario Alves de Souza	Enfermeiro do Trabalho	COREN-GO 151.589	Das 07h às 16h
Danila Pacheco de Queiroz	Engenheiro de Segurança do Trabalho	CREA-GO 17016	Das 07h às 13:15
Dhiene Leão Silva	Técnico de Segurança do Trabalho	MTE 0004614-GO	Das 08h às 17h
Eliana Souza de Carvalho	Técnico de Segurança do Trabalho	MTE 000785.4 -GO	Das 07h às 13h
Jason Freitas Damasceno	Médico do Trabalho	MTE 013871-GO	Das 07 às 11h
Júnior César Santos Guimarães	Técnico de Segurança do Trabalho	CRM-GO 0004528	Das 09 às 18h

NOME COMPLETO:	Nº CPF
Aldemario Alves de Souza	923812271-72
Danila Pacheco de Queiroz	993256321-87
Dhiene Leão Silva	020110431-82
Eliana Souza de Carvalho	565521811-91
Jason Freitas Damasceno	424187127-53
Júnior César Santos Guimarães	008428811-66



SES-GO  
Fis. 184  
AGPO/SUNA



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho

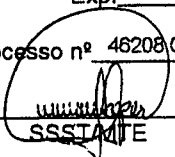
REGISTRO DE TÉCNICO DE SEGURANÇA NO TRABALHO

Nome: ELIANA SOUZA DE CARVALHO

R.G. nº 3419311 Exp. SSP/GO

Registro nº GO/000785.4 Processo nº 46208/006482/04-16

Data 12/11/2004

  
SSST/TE

**Conselho Regional de Medicina  
do Estado do Rio de Janeiro**

VISTOS E ANOTAÇÕES

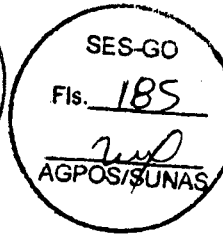
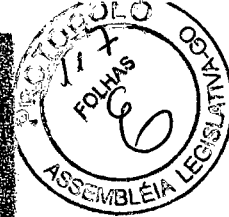
**MÉDICO DO TRABALHO**

Dr. (a) JASON FREITAS DAMASCENO,  
CRM 52.38903-6 é registrado (a) como  
MÉDICO (A) DO TRABALHO neste  
Conselho no livro 1, às folhas 48, linha  
29, aprovado em 02/07/2013, conforme  
Portaria do Ministério do Trabalho e  
Emprego nº 11, de 17 de setembro de  
1990.

Rio de Janeiro, 02/07/2013.



Cons.ª Marcia Rosa de Araujo  
Presidente



**Conselho Regional de Medicina  
do Estado de Goiás**

**INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA**

O portador desta carteira; inscreveu-se neste Conselho, sob o nº 13871, nos termos do § 2º do art. 19 da Lei Nº 3268 de 30/09/57, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19/07/58, conservando sua inscrição no CRM/Rio de Janeiro

Goiânia, 27/02/2009



Salomão Rodrigues Filho  
Presidente

SES-GO

Fls. 186



República Federativa do Brasil  
Conselho Federal de Engenharia e Agronomia  
Carteira de Identidade Profissional

Registro Nacional  
100826824-0



Nome: DANILA PACHECO DE QUEIROZ

Filiação: LUIZ JOSE PEREIRA DE QUEIROZ

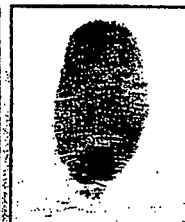
MALONI FERREIRA PACHECO DE QUEIROZ

C.P.F. 993.256.321-87 Documento de Identidade 4436800 DGPC-GO Tipo Sang.

Nascimento 17/08/1982 Naturalidade GOIANIA UF GO Nacionalidade BRASILEIRA

Crea de Registro CREA-GO 18/10/2012 Emissão 11/03/2010 Data de Registro

Ass. Presidente: *[Assinatura]* Registro no Crea 17016/D-GO



Título Profissional  
Engenheira de Produção  
Engenharia de Seguros do Trabalho

Ass. DO Profissional  
*[Assinatura]*

Este documento de identidade é tem F6 Pública (S2 do art. 56 da Lei nº 5104 de 24/12/68 e Lei nº 6208 de 07/05/75)

CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME  
JASON FREITAS DAMASCENO

CRM A/F  
013871/GO



FILIAÇÃO  
MANOEL DAMASCENO

CARMINDA FREITAS  
DAMASCENO

DE INSCRIÇÃO VIA  
02/2009 1



*Jason Freitas Damasceno*  
ASSINATURA DO PORTADOR

4.187.127-53 RG / ÓRGÃO EMISSOR  
10004727/PPF-RJ

JLO DE ELEITOR 037262390345 SECÃO 182 ZONA 024

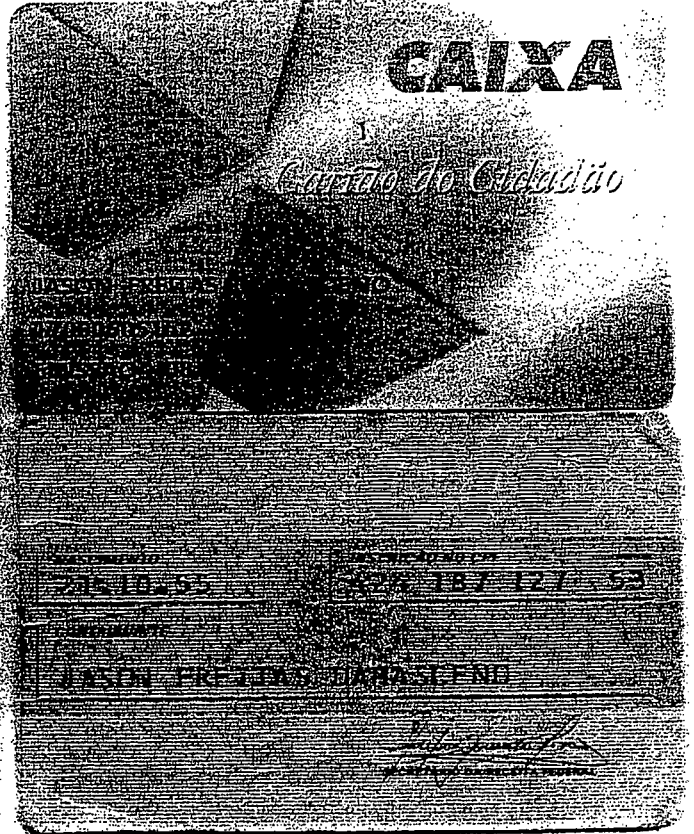
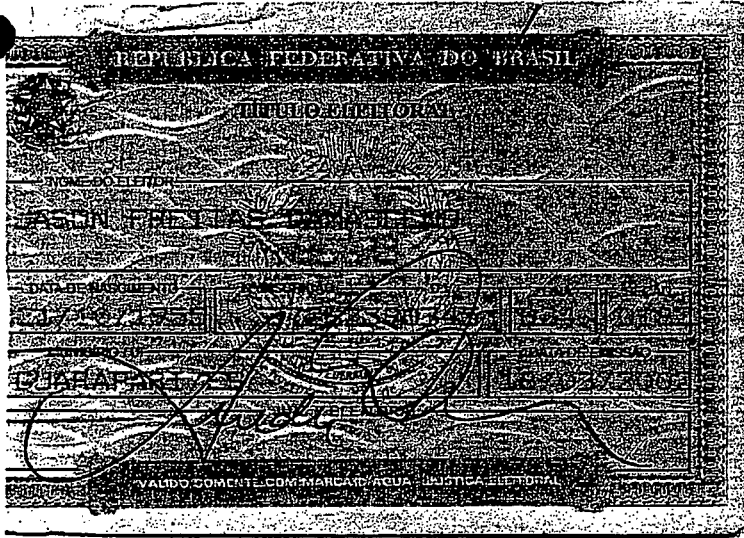
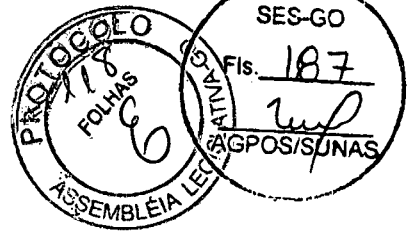
DATA DE NASCIMENTO 10/1955 NATURALIDADE NOVA FRIBURGO-RJ

VAL E DATA DE EXPEDIÇÃO  
JIANIA, 15/08/2012

43278

*Manoel Damasceno*  
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER  
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.208/78.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
Conselho Federal de Enfermagem

INSCRIÇÃO - COREN-GO 151.589

ENFERMEIRO Fis. 100

NOME  
ALDEMARIO ALVES DE SOUZA

AGPOS/SUNA

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE

GOIÂNIA  
GO  
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO DATA DE VALIDADE  
20/01/1981 16/09/2016



*Altemario*  
PRESIDENTE

RG  
3751307  
ÓRGÃO EXPEDIDOR  
DGP/CGO



DATA DE EMISSÃO  
16/09/2011

FILIAÇÃO  
ALDEIR-ALVES DE SOUZA  
MARIA DO SOCORRO DE SOUZA

CPF  
9721812-771-77



*Altemario*  
PROFISSIONAL

VALIDA EM TODO O  
TERITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
E TEM FE PUBLICA (ART. 15 INCISO VII - LEI 5.905  
DE 12.07.73 E LEI 6.206 DE 07/05/75)

PROIBIDO FOTOCÓPIAR

**DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR**

DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DONADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 878, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**CARTEIRAS ANTERIORES**

NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO

**REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS** 05

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO TRABALHO E EMPREGO/GO  
SEPTER/SEPROF/SRTE/GO

**DHIENE LEÃO SILVA**  
Portador(a) da presente CTPS foi registrado(a) neste setor como  
**TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**

Sob número 0004614GO em 18/05/2012  
Conforme processo na SRTE/GO número 47812.000418/2012-78  
Goiânia(GO), 21/5/2012

PROFISSÃO \_\_\_\_\_ AC. Adm. 495 455

FUNÇÃO \_\_\_\_\_

LEGISLAÇÃO \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

REGISTRADO EM \_\_\_\_\_ ESCOPO Nº \_\_\_\_\_ LIVRO Nº \_\_\_\_\_

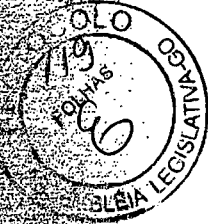
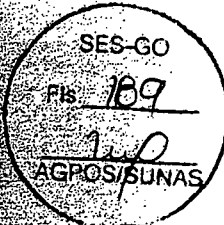
RE \_\_\_\_\_ PROC. Nº \_\_\_\_\_

PROFISSÃO \_\_\_\_\_

FUNÇÃO \_\_\_\_\_

LEGISLAÇÃO \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO TRABALHO E EMPREGO/  
SEPTER/SEPROF/SRTE/GO

JUNIOR CÉSAR SANTOS GUIMARÃES

Portador(a) da presente CTPS foi registrado(a) neste setor como

TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

obtido número 0004528GO em 05/04/2012

conforme processo na SRTE/GO número 47812.000310/2012-85

Golânia(GO), 5/4/2012

*[Signature]*  
Eldo de O. Bellato

Ass. Administrativa

EST. Nº 422.139

REGISTRO DE EMPREGO DO SERVIDOR

LIVRO Nº

FOLHA Nº

DATA DE EMISSÃO

DATA DE VENCIMENTO

DATA DE EXPIRAÇÃO

DATA DE CANCELAMENTO

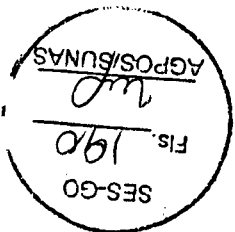
DATA DE REINSCRIÇÃO

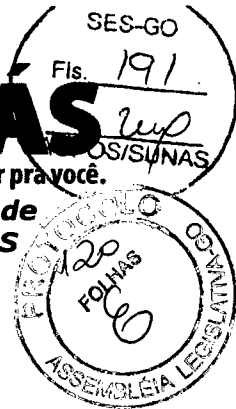
DATA DE REINSCRIÇÃO

DATA DE REINSCRIÇÃO

DATA DE REINSCRIÇÃO

DATA DE REINSCRIÇÃO





Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde  
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS

Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860

E-mail: [agpos.ses@gmail.com](mailto:agpos.ses@gmail.com) Telefone: (62) 3201-3808

Ofício n.º 369/2013 – SUNAS/SES GO

Goiânia, 09 de novembro de 2013.

À Organização Social:

**Instituto de Gestão e Humanização – IGH/HMI**

Ref.: Requisição de informações para o Relatório de Monitoramento do Contrato de Gestão.

Senhor Diretor,

1. Em 08/08/2013 a COMACG/HMI realizou visita técnica de monitoramento do Contrato de Gestão, oportunidade em que foram solicitadas várias informações e documentos a essa Organização Social, de comprovação da execução do Contrato de Gestão em referência.
2. Até o momento ainda não foram recebidas todas as informações solicitadas, razão pela qual comunicamos que V.Sa. tem prazo até 12/11/2013 para apresentar à esta Superintendência os valores correspondente às despesas realizadas no período de 1º/01/2013 a 30/06/2013, para conclusão do Relatório de Monitoramento do 1º semestre de 2013.

Atenciosamente,

*Deusdedith Vaz*  
Superintendente de Gerenciamento das  
Unidades Assistenciais de Saúde/ SES

Recebi em  
08/11/2013  
Fernanda Jesus



A PUBLICAÇÃO E, POSTERIORMENTE,  
A COMISSÃO DE TRIBUTAÇÃO  
FINANÇAS E ORÇAMENTO.

Em 20 / 12 / 2013

1º Secretário



# ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

ESTADO DE GOIÁS

O PODER DA CIDADANIA

PROCESSO LEGISLATIVO

**Nº 2013004486**

Data Autuação: 04/12/2013

**Nº Ofício:** Ofício nº 5451/2013-GAB/SES  
**Origem:** SES - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
**Autor:** SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE;  
**Tipo:** RELATÓRIO  
**Subtipo:** GERAL  
**Assunto:**

PARECER CONCLUSIVO SOBRE RELATÓRIO DE MONITORAMENTO E  
AVALIAÇÃO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 131/2012 -  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL.



2013004486

**Seção de Protocolo e Arquivo**



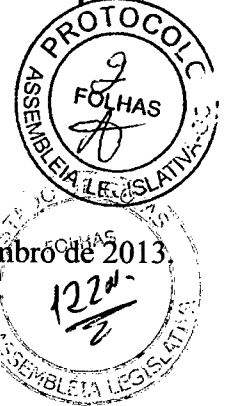
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

*Gerência da Secretaria Geral*

Rua SC1 nº. 299 – Parque Santa Cruz – CEP 74.860-270 – Goiânia – GO  
Fone: (62) 3201-3701/ 3796 - Fax: (62) 3201-3824

Ofício Nº.5451/2013-GAB/SES

Goiânia, 02 de novembro de 2013.



Ao Excelentíssimo Senhor

**Helder Valin Barbosa**

Presidente

Assembleia Legislativa do Estado de Goiás

Palácio Alfredo Nasser – Alameda dos Buritis, 231 – Setor Oeste

74.115-900 – GOIÂNIA - GO

**Assunto: Parecer conclusivo sobre Relatório de Monitoramento e Avaliação de Execução do Contrato de Gestão nº. 131/2012 – Hospital Materno Infantil.**

Senhor Presidente,

1. Ao cordialmente cumprimentá-lo, conforme determina o § 3º do Art.10 da Lei nº.15.503, de 28 de dezembro de 2005, encaminho, anexo, o Memorando nº.588/2013-AGPOS/SUNAS/SES-GO, que apensa Parecer conclusivo realizado a partir da análise dos resultados apresentados no Relatório nº.008/2013, da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão – COMACG/HMI, para apreciação de Vossa Excelência.

Atenciosamente,

Halim Antonio Girado  
Superintendente Executivo  
SES/GO

  
**ANTONIO FALEIROS FILHO**  
Secretário de Estado da Saúde

**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde  
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS**

Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP: 74.860-270

E-mail: [agpos.ses@gmail.com](mailto:agpos.ses@gmail.com) Telefone: (62) 3201-3808

**Memorando nº 588/2013 – AGPOS/SUNAS/SES/GO**

Goiânia, 22 de novembro de 2013.

Ao Secretário de Estado da Saúde  
**Dr. Antônio Faleiros Filho**

Assunto: Parecer conclusivo sobre Relatório nº 008/2013 de Monitoramento e Avaliação da Execução do Contrato de Gestão nº 131/2012 – Hospital Materno Infantil - HMI

Senhor Secretário,

1. Encaminhamos a V.Exa., parecer conclusivo realizado a partir da análise dos resultados apresentados no Relatório nº 008/2013 da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão – COMACG/HMI.
2. Após análise documental, ratificamos a conclusão e recomendações finais apresentadas pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão – COMACG/HMI/IGH, conforme segue:
  - “Os dados coletados e sistematizados neste Relatório demonstram que a Organização Social IGH vem cumprindo satisfatoriamente as obrigações assumidas no Contrato de Gestão nº 131/2012, no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HMI, tendo atingido a nota global de **9,3 (nove virgula três)**, que corresponde ao conceito **“MUITO BOM”**, de acordo com a Sistemática de Avaliação de Desempenho Institucional estabelecida pela Portaria nº 404/2012-GAB/SES.
  - De acordo com o item 6.9. da Cláusula Sexta do Contrato de Gestão nº 131/2012, que estabelece “As metas e indicadores serão avaliados semestralmente, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até 20% no montante a ser repassado”, a nota e o conceito resultantes da análise realizada coarresponde ao repasse integral dos recursos financeiros para custeio do gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde no HMI.
  - A aplicação da metodologia de monitoramento e avaliação das metas de produção e indicadores de desempenho e qualidade permite constatar seu cumprimento, entretanto, apontam-se as seguintes questões e recomendações que mereceram destaque por parte da COMACG/HMI:
    - a) Recomenda-se a retomada do estudo sobre Plano de Metas de Produção do Contrato de Gestão nº 131/2012, no segundo semestre de 2013, para revisão e proposição de novas metas de produção, considerando a necessidade de incremento na oferta de serviços de saúde aos usuários do SUS.



**Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde  
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais - AGPOS**

Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP: 74.860-270

E-mail: [agpos.ses@gmail.com](mailto:agpos.ses@gmail.com) Telefone: (62) 3201-3808

- b) Recomenda-se a habilitação e implantação de novos serviços requeridos pela população do Estado, considerando seu perfil de unidade de atendimento de urgência e emergência, de abrangência estadual.
- c) Finalmente, recomenda-se a reestruturação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, com a recomposição da equipe, adequação do espaço físico e qualificação das notificações.
3. Anexamos ao presente o Relatório n.º 008/2013, bem como os documentos comprobatórios das informações nele contidas, e sugerimos seu encaminhamento à Assembléia Legislativa desta Capital, conforme determina o § 3º do Art. 10 da Lei n.º 15.503, de 28 de dezembro de 2005.
4. Sugerimos ainda o envio dos documentos aos demais Órgãos de Fiscalização do Estado de Goiás: Tribunal de Contas, à Controladoria Geral e ao Conselho Estadual de Saúde.



**Deusédith Vas**  
Superintendente de Gerenciamento das  
Unidades Assistenciais de Saúde SUNAS/SES/GO