

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL

COMPETÊNCIA: JULHO A SETEMBRO 2025



RELATÓRIO DE GESTÃO

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

PERÍODO

JULHO A SETEMBRO 2025

INÍCIO DA GESTÃO 01 DE JULHO DE 2022

RELATÓRIO DE GESTÃO ASSISTENCIAL, TRIMESTRAL: JULHO A SETEMBRO DE 2025, REFERENTE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº SS-CH005/2022-01, QUE VISA ESTABELECEER O COMPROMISSO ENTRE AS PARTES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DA MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	05
GESTÃO DO INSTITUTO ROSA BRANCA.....	06
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	08
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E MELHORIAS.....	11
INDICADORES QUANTITATIVOS.....	11
INDICADOR 1: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	12
INDICADOR 2: TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS.....	12
INDICADOR 3: TAXA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES.....	17
INDICADOR 4: MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR.....	21
INDICADOR 5: TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.....	27
INDICADOR 6: TAXA DE INFECÇÃO EM CIRURGIA LIMPA.....	28
INDICADOR 7: ÍNDICE DE APRESENTAÇÃO DE AIH.....	29
INDICADOR 8: TAXA DE GLOSA DE AIH.....	35
INDICADOR 9: TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR.....	36
INDICADOR 10: NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS.....	37
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.....	38
NÚMERO DE CONSULTAS D URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	39
NÚMERO DE PARTOS.....	40
ATENDIMENTOS COM OBSERVAÇÃO.....	41
NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE COLETA DE EXAMES, CURATIVOS E MEDICAÇÕES.....	41
NÚMERO DE ATENDIMENTOS COM REMOÇÃO.....	42
RECURSOS HUMANOS.....	43
ESCALAS DE TRABALHO MENSAL.....	44
COMISSÕES.....	75
CARTA DE NOMEÇÕES.....	84
AGENDA DE REUNIÕES.....	89
REGISTRO FOTOGRÁFICO.....	92
ATENÇÃO AO USUÁRIO.....	98
DESEMPENHO GERAL.....	128
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO PRÓXIMO TRIMESTRE.....	129
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO.....	130
ALMOXARIFADO E FARMÁCIA.....	137
IMPLANTAÇÃO DE NOVOS PROCESSOS.....	138
AÇÕES REALIZADAS.....	139
AQUISIÇÕES.....	150
RELATÓRIO DAS MANUTENÇÕES.....	153
MANUTENÇÕES E PREVENTIVOS DO TRIMESTRE.....	165
ANIVERSARIANTES DO MÊS.....	189
CAMPANHAS EDUCATIVAS.....	190
CONCLUSÃO.....	201

APRESENTAÇÃO

O **Instituto Rosa Branca – IRB**, CNPJ: 10.962.062-0001/38; entidade filantrópica, não governamental e sem fins lucrativos, com sede administrativa na Praça Marechal Floriano Peixoto n. 259, Município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro, CEP 24.800-001, com base no seu compromisso assumido na gestão da Maternidade e Hospital Santa Isabel, vem por meio deste relatório gerencial, disponibilizar todas as informações técnicas pertinentes e de forma transparente à Secretaria de Saúde e Comissão de Saúde do Município de Senador Pompeu - CE, sobre as ações e atividades desenvolvidas no período de **01 de Julho a 30 de Setembro de 2025**, perfazendo-se assim o segundo trimestre de sua gestão.

Como parte integrante da prestação de contas trimestral, disponibilizamos os relatórios contendo todas as informações gerenciais que auxiliam à SMS nas tomadas de decisões, tais como: indicadores, relatórios, planilhas, documentações em geral que consolidem de maneira ampla um mapeamento interno sobre toda execução das atividades de saúde realizadas na unidade hospitalar, sempre de forma completa e transparente. Desse modo, todas as ações e atividades desenvolvidas e necessárias para o bom desempenho das metas qualitativas, quantitativas e financeiras, em sua essência, são apresentadas neste relatório assistencial, como parte integrante das prestações de contas.

ÁREAS A SEREM CONTEMPLADAS:

- a) Recursos Humanos;
- b) Metas assistenciais;
- c) Acompanhamento da Satisfação do Usuário;
- d) Acompanhamento das Comissões de Saúde;
- e) Atividades de Educação Permanente;
- f) Realização de reparos e manutenções prediais;
- g) Execução das manutenções de equipamentos médicos.
- h) Cronograma de Reuniões;
- i) Relatório fotográfico das ações;
- j) Materiais de Publicidade.

1. INTRODUÇÃO

1.1 GESTÃO DO INSTITUTO ROSA BRANCA

A finalidade deste relatório é apresentar a produção assistencial desenvolvida na Maternidade e Hospital Santa Isabel, previstas no Plano de Trabalho que é parte integrante do contrato de gestão, no período de Janeiro a Março de 2025.

O Instituto Rosa Branca responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de urgência, emergência e internação 24 horas na unidade hospitalar.

A produção assistencial é apresentada em forma de dados, e esses são comparados aos quadros de metas estabelecidos e analisados de acordo com o modelo de avaliação proposto no Plano de Trabalho vigente.

1.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



1.3 EQUIPE DE GESTÃO

UNIDADE ORGANIZACIONAL	CHEFIA RESPONSÁVEL
DIRETORA GERAL	FRANCISCA LIZONEIDE L. DA F. PAIVA
DIRETORA CLÍNICA	ANA CECÍLIA JUCÁ PINHEIRO
GERENTE ASSISTENCIAL	NERISSA LUIZA LEITÃO DE ALMEIDA
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	FERNANDO DA ROCHA FORTE JUNIOR
COORDENAÇÃO FARMACÊUTICA	DALTON POMPEU SOUSA BRASIL NETO
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	NERISSA LUIZA LEITÃO DE ALMEIDA
COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO	VALESKA SINDEAUX DE LIMA
COORDENAÇÃO DE LIMPEZA E HOTELARIA	ISABEL APARECIDA
SADT	ANTÔNIO VALDENES ALENCAR
SAME	CÍCERA AMANDA CAVALCANTE

1.4 CAPACIDADE INSTALADA

A estrutura física e serviços ofertados pela Maternidade e Hospital Santa Isabel, se encontra conforme demonstrado abaixo no Quadro 1:

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
ENFERMARIA CLÍNICA	35 LEITOS
ENFERMARIA OBSTÉTRICA	12 LEITOS
LEITOS DE PEDIATRIA	06 LEITOS
OUTRAS ESPECIALIDADES	04 LEITOS
SALA DE ESTABILIZAÇÃO	02 LEITOS
SALA CIRURGICA	02
SALA DE PARTO	01
CME	01
TRIAGEM	01
CONSULTÓRIO AMBULATORIAIS	02
SALA DE MEDICAÇÃO	01

SALA DE CURATIVO	01
SALA DE RAO X	01
SALA DE ECG	01
POSTO DE ENFERMAGEM	02

2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência em regime de hospitalização compreende o conjunto de serviços oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Os pacientes internados recebem atendimentos clínicos e multiprofissionais adequados às necessidades, visando à recuperação e alta.

É ofertado aos pacientes serviços de farmácia, nutrição e dietética – SND, serviço social, fisioterapia, e ainda conta com uma Central de Material e Esterilização – CME. O hospital compõe de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de exames laboratoriais, radiografias e eletrocardiogramas.

Os Atendimentos de Urgência/Emergência são para os pacientes oriundos de demanda espontânea.

2.1 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / HUMANIZAÇÃO

O processo de acolhimento com classificação de risco está devidamente implementado, tendo como base a Política de Humanização do SUS. Na entrada dos pacientes, após a abertura da ficha de cadastro, o enfermeiro realiza o acolhimento humanizado e inicia a classificação do nível de risco do paciente, conforme protocolo específico, verificando as principais queixas, sinais e sintomas apresentados e em seguida direciona para atendimento médico de acordo com a prioridade de urgência. O processo traz uma melhoria na segurança assistencial, uma vez que identifica precocemente casos que necessitam de atendimento imediato e/ou em menor tempo. Os números relacionados aos atendimentos, estratificados conforme classificação de risco, estão no item 3. Avaliação – Indicadores.

2.2 SERVIÇOS E FLUXOS INTERNOS

Os fluxos internos relacionados ao Atendimento Médico, de Enfermagem, de Diagnóstico por Imagem, Serviços de Recepção, Higienização, Vigilância, Abastecimento e Logística, Esterilização de Materiais, Fornecimento e refeições/dietas, Coleta de Exames Laboratoriais, Controle de armazenamento e distribuição de enxovais, seleção e contratação de pessoas, entre outros foram estabelecidos e são objeto de gerenciamento contínuo.

2.3 GESTÃO DE INDICADORES

Com o objetivo de atender às necessidades e expectativas dos munícipes de Senador Pompeu, desenvolvemos indicadores de performance nos processos

de atendimentos que possibilitará realizar os ajustes necessários para o bom andamento da unidade.

Estes dados são extraídos e tabulados diariamente do sistema Fastmedic, e ao final do mês, consolidamos os dados apresentados neste relatório gerencial, permitindo observar o histórico e a evolução dos parâmetros de atendimento.

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL				
INDICADORES QUANTITATIVOS				
	INDICADOR	META	CÁLCULO	PONTUAÇÃO
1	Classificação de risco	90%	Nº de pacientes classificados o risco / Nº de pacientes cadastrados no mês X 100	10
2	Taxa de revisão de prontuários pela Comissão de Óbito	100%	Total de prontuários de usuários que vieram a óbitos / Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbitos X 100	10
3	Taxa de profissionais médicos cadastrados no CNES	100%	Total de profissionais médicos na unidade / Total de profissionais médicos cadastrados no CNES X 100	10
4	Média de permanência hospitalar	≤6 dias	Total de pacientes-dia durante determinado período (1 mês) / Total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos	10
5	Taxa de ocupação hospitalar	85%	Média de paciente-dia (1 mês) / Nº de leitos operacionais X 100	10
6	Taxa de infecção em cirurgia limpa	≤4%	Nº de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgia limpa / Nº total de cirurgias limpas X 100	10
7	Índice de apresentação de AIH	100	Nº Total de AIH / Nº Total de Internações X 100	10
8	Taxa de glosa de AIH	2%	Nº de AIH rejeitadas / Nº de AIH apresentadas X 100	10
9	Taxa de mortalidade hospitalar	3%	Tx = Total de óbitos ocorridos em pacientes internados em determinado período / Nº de	10
10	Nº de consultas médicas	2.500	Nº de consultas médicas no período por mês	10
TOTAL				100

3. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E MELHORIA

Os indicadores abaixo relacionados demonstram o volume de atendimentos e serviços realizados no trimestre avaliado. Em relação aos atendimentos do trimestre foram realizados um total de **11.113** atendimentos, sendo o mês de **Agosto** o que apresentou maior demanda. Percebe-se ainda um grande percentual de pacientes classificados com o nível de risco verde, ou seja, casos que não apresentavam o perfil de atendimento da Maternidade Hospital Santa Isabel.

Para garantir de maneira fundamental a oferta de atendimentos a Maternidade e Hospital Santa Isabel adota um corpo clínico formado por profissionais altamente qualificados indo de encontro das necessidades dos usuários do SUS, além dos atendimentos não médicos, por multiprofissionais, que inclui as seguintes especialidades: Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Assistência Social.

INDICADORES QUANTITATIVOS

Considerando os indicadores quantitativos pactuados no contrato de gestão, destacamos o potencial da gestão da informação na construção do planejamento estratégico da Maternidade e Hospital Santa Isabel, possibilitando gerar informações para tomada de decisões que levarão a melhoria da performance das equipes e, irá refletir na própria qualificação da assistência ofertada ao usuário do serviço.

3.1 INDICADOR 1: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Metodologia de cálculo: N° de pacientes classificados o risco / N° de pacientes cadastrados no mês X 100).

Tabela: Consolidado trimestral de atendimentos por classificação de risco.

ATENDIMENTOS		JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
	EMERGÊNCIA	1	3	3
	MUITO URGENTE	12	32	13
	URGENTE	1.219	1.180	917
	POUCO URGENTE	2.332	2.493	6.681
	NÃO URGENTE	46	38	26
	NÃO CLASSIFICADOS	96	143	79
TOTAL		3.624	3.814	3.675
% PACIENTES ATENDIDOS COM RISCO CLASSIFICADO		97%	96%	98%

3.2 INDICADOR 2: TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS

Metodologia de cálculo: Total de prontuários de usuários que vieram a óbitos / Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbitos X 100

11.1 Tabela: Consolidado trimestral de óbitos e prontuários revisados

MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
TOTAL DE PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS QUE VIERAM A ÓBITOS	11	10	9
TOTAL DE PRONTUÁRIOS REVISADOS	11	10	9
TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS	100%	100%	100%

GRÁFICO: COMPARATIVO DO TOTAL DE ÓBITOS E TOTAL DE PRONTUÁRIOS REVISADOS

TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO



TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: JULHO/2025

PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
JULHO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
J.R.S.N	43	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
E.V.P	82	R57 – CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	R57 – CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.R.L	87	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
L.C.S	31	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.M.C	73	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.F	74	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.F.N	69	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: JULHO/2025

PACIENTES INTERNADOS

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
JULHO/2025- CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
J.P.S	92	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.F.A	78	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.I.S	71	C349- Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado	C349- Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado	15	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.A.R.S.	66	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2025

PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
AGOSTO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
A.M.R	57	I469 – PARADA CARDIACA NAO ESPECIFICADA	I469 – PARADA CARDIACA NAO ESPECIFICADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.S.A	86	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
O.A.E	39	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.J.S.P	67	C50 – NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA	C50 – NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.N.G	70	I21- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	I21- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.C.A.M	79	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.V.S	76	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA AGOSTO/2025

PACIENTES ATENDIDOS NA CLINICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
AGOSTO/2025- CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
N.A.M.	73	N19 – INSUFICIENCIA RENAL	N19 – INSUFICIENCIA RENAL	4	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.N.S.L	73	K922 – HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	K922 – HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	3	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.M.S	68	I46 – PARADA CARDIACA	I46 – PARADA CARDIACA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da rotografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: SETEMBRO/2025

PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
SETEMBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
J.F.M	45	R57- CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	R57- CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.B.O	86	I46-PARADA CARDIACA	I46-PARADA CARDIACA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.F.S	84	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.C.R	76	K46- HERNIA ABDOMINAL NAO ESPECIFICADA	K46- HERNIA ABDOMINAL NAO ESPECIFICADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.B.F.S	61	I46-PARADA CARDIACA	I46-PARADA CARDIACA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA SETEMBRO/2025

PACIENTES ATENDIDOS NA CLINICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
SETEMBRO/2025- OBITO CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
A.B.S	73	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.S.N.N.	84	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.P.S	90	A419-SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	A419-SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	4	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
V.L.B	87	I26- EMBOLIA PULMONAR	I26- EMBOLIA PULMONAR	2	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

Foram avaliados 30 óbitos ocorridos na Unidade no 3º trimestre. Destes, 21 pacientes foram do sexo masculino, e 9 do sexo Feminino.

De acordo com as tabelas acima, observa-se que o maior número de óbitos tem diagnóstico de Sepsis e Insuficiência Respiratória.

3.3 INDICADOR 3: TAXA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES

TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES			
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
TOTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA UNIDADE	23	22	22
TOTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES	23	22	22
TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES	100%	100%	100%

Metodologia de cálculo: Total de profissionais médicos na unidade / Total de profissionais médicos cadastrados no CNES X 100.

CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÉDICOS MÊS DE REFERÊNCIA: JULHO/2025

CNES | Cadastro Nacional de
Estabelecimento de Saúde

Listagem de Profissionais

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)
Data: 18/08/2025

CNES: 2611481 Nome Fantasia: MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL CNPJ Próprio: 07.802.697/0002-44
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
CNPJ Mantenedora: 07.802.697/0001-63 Nome da Mantenedora: ASSOCIAÇÃO PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE S
Cadastrado em: 01/06/2004 Data da última atual. base local: 27/05/2024 Data da última atual. base nacional: 09/08/2025

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALEXANDRE MAGNO LOPES MINEIRO	706803733330028	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	20	0	20
ALINE SILVA ESMERALDO ARAUJO	700002485242401	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ANA CECILIA PINHEIRO JUCA CINTRA	702002874031985	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	0	12	12
ANA CECILIA PINHEIRO JUCA CINTRA	702002874031985	225124 - MEDICO PEDIATRA	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ANTONIO DEUSMAR COSTA SIQUEIRA	70600899633327	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CAMILA MARCIELY BARBOSA DOS SANTOS	701806240765372	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CICERO EDJANIO FERREIRA LIMA	704500393116312	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
DANIELLY BATISTA BRAGA RICARTE	702609241880746	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ENYSIA MARILIA BANDEIRA ALMEIDA CHAVES	702006302388180	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FABRICIA ALVES DA CONCEICAO	707605207119695	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FRANCISCO CONRADO DE LIMA ALVES	701008874404994	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24

Total de profissionais 11

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

Pag. 1 de 2

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
FRANCISCO FELIPE ALVES MORAIS	700102936190715	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JESSICA TAVARES SANTOS	702107745380197	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JORGE WILLIAM PEREIRA	704009327338666	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	6	12
JULLYANA LUNA ARAUJO VIEIRA	704307515031497	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
KAROLINE MICHAELLY NOBREGA SARAIVA	703201622968295	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LIDIO JOSE CLEMENTE BARROS DE ARAUJO	707800617587013	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LUANNA FERREIRA IVO ANDRICOLA	703402438793800	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA	Artigo 2º -	0	6	6	12
LUIZ FELLIPE GONCALVES PINHEIRO	707603271682190	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
MARIANA DE SOUZA VIDAL	700509396191655	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
OLAVO DUARTE LEITE	703203600643861	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
RAMILLE GONCALVES OLIVEIRA	706708570942610	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
RICARDO COSTA BEZERRA	706900182941537	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24

Total de profissionais 23

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

Pag. 2 de 2

CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÉDICOS MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2025

CNES | Cadastro Nacional de
Estabelecimento de Saúde

Listagem de Profissionais

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Data: 08/08/2025

CNES: 2611481 Nome Fantasia: MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL CNPJ Próprio: 07.802.697/0002-44
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
CNPJ Mantenedora: 07.802.697/0001-83 Nome da Mantenedora: ASSOCIACAO PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE S
Cadastro em: 01/06/2004 Data da última atual. base local: 25/08/2025 Data da última atual. base nacional: 31/08/2025

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALEXANDRE MAGNO LOPES MINEIRO	70680373330028	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	20	0	20
ALINE SILVA ESMERALDO ARAUJO	70002489242401	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ANA CECILIA PINHEIRO JUCA CINTRA	70202874031985	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	0	12	12
ANA CECILIA PINHEIRO JUCA CINTRA	70202874031985	225124 - MEDICO PEDIATRA	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ANTONIO DEUSIMAR COSTA SIQUEIRA	70800089933327	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CAMILA MARCIELY BARBOSA DOS SANTOS	701808240785372	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CICERO EDJANIO FERREIRA LIMA	704500393116312	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
DANIELLY BATISTA BRAGA RICARTE	702699241880746	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ENYSIA MARILIA BANDEIRA ALMEIDA CHAVES	702008302388180	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FABRICIA ALVES DA CONCEICAO	707605207115695	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FRANCISCO CONRADO DE LIMA ALVES	701008874404994	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24

Total de profissionais 11

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

Pag. 1 de 2

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
FRANCISCO FELIPE ALVES MORAIS	700102936196715	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JESSICA TAVARES SANTOS	702107745380197	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JORGE WILLIAM PEREIRA	704009327338666	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	6	12
JULLYANA LUNA ARAUJO VIEIRA	704307515031497	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA	Artigo 2º -	0	6	6	12
KAROLINE MICHAELLY NOBREGA SARANA	703201622968295	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LIDIO JOSE CLEMENTE BARROS DE ARAUJO	707800617587013	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LUIZ FELLIPE GONCALVES PINHEIRO	707603271682190	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
MARIANA DE SOUZA VIDAL	700509396191655	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
OLAVO DUARTE LEITE	703203600643891	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
RAMILLE GONCALVES OLIVEIRA	708708570942610	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
RICARDO COSTA BEZERRA	708900182941537	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24

Total de profissionais 22

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

Pag. 2 de 2

CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÉDICOS MÊS DE REFERÊNCIA: SETEMBRO/2025

CNES Cadastro Nacional de
Estabelecimento de Saúde

Listagem de Profissionais

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Data: 10/10/2025

CNES: 2611481 Nome Fantasia: MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL CNPJ Próprio: 07.802.697/0002-44
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
CNPJ Mantenedora: 07.802.697/0001-63 Nome da Mantenedora: ASSOCIACAO PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE S
Cadastrado em: 01/06/2004 Data da última atual. base local: 25/08/2025 Data da última atual. base nacional: 06/10/2025

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALEXANDRE MAGNO LOPES MINEIRO	70680373330028	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	20	0	20
ALINE SILVA ESMERALDO ARAUJO	700002499242401	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ANA CECILIA PINHEIRO JUCA CINTRA	702002874031985	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	0	12	12
ANA CECILIA PINHEIRO JUCA CINTRA	702002874031985	225124 - MEDICO PEDIATRA	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ANTONIO DEUSIMAR COSTA SIQUEIRA	708000899633327	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CAMILA MARCIELY BARBOSA DOS SANTOS	701806240785372	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CICERO EDJANIO FERREIRA LIMA	704500393116312	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
DANIELLY BATISTA BRAGA RICARTE	702609241880746	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ENYSIA MARILIA BANDEIRA ALMEIDA CHAVES	702006302388180	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FABRICIA ALVES DA CONCEICAO	707605207119695	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FRANCISCO CONRADO DE LIMA ALVES	701000874404964	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24

Total de profissionais 11

Ativa
Acesse

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

Pag. 1 de 2

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
FRANCISCO FELIPE ALVES MORAIS	700102936190715	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JESSICA TAVARES SANTOS	702107745380197	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JORGE WILLIAM PEREIRA	704009327338666	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	AUTONOMO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA		0	6	6	12
JULLYANA LUNA ARAUJO VIEIRA	704307515031467	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
KAROLINE MICHAELLY NOBREGA SARAIVA	703201622968295	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA	Artigo 2º -	0	12	12	24
LIDIO JOSE CLEMENTE BARROS DE ARAUJO	707800617587013	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LUIZ FELLIPE GONCALVES PINHEIRO	707603271682190	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
MARIANA DE SOUZA VIDAL	700509396191655	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
OLAVO DUARTE LEITE	703203600943891	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
RAMILLE GONCALVES OLIVEIRA	706709570942610	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
RICARDO COSTA BEZERRA	706900182941537	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24

Total de profissionais 22

Ativa
Acesse

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

Pag. 2 de 2

3.4 INDICADOR 4: MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Metodologia de cálculo: Total de pacientes-dia durante determinado período (1 mês) / Total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos

Relação de pacientes internados por dia, mês de referência: JULHO/2025

INDICADOR QUANTITATIVO			
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR – JULHO/2025			
INDICADOR	META	CÁLCULO	PONTUAÇÃO
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	< 6 DIAS	TOTAL DE PACIENTES-DIA DURANTE DETERMINADO PERÍODO (1 MÊS) / TOTAL DE PACIENTES EM DETERMINADO PERÍODO, INCLUINDO OS ÓBITOS	4,63

Nº AIH	CLÍNICA	INTERNADO NO MÊS	ALTA NO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DE DIAS
2325105816143	PEDIATRIA		X	1	1																														2
2325105816462	MEDICA		X	1	1																														2
2325105816517	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1														19
2325105816418	MEDICA		X	1	1	1																													3
2325105816275	MEDICA		X	1	1																														2
2325105816286	MEDICA		X	1																															1
2325105816320	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																						10
2325105816187	MEDICA		X	1	1	1	1	1																											5
2325105816099	MEDICA		X	1	1	1	1																												4
2325105816451	MEDICA		X	1	1	1	1	1																											5
2325105816473	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1																							9
2325105816440	MEDICA		X	1	1																														2
2325105816210	MEDICA	X	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1															17
2325105816506	MEDICA	X	X																														1	1	2
2325105816242	MEDICA	X	X												1	1																			2
2325105816176	MEDICA	X	X				1	1																											2
2325105816550	PEDIATRIA	X	X															1	1	1	1	1												5	
2325105816198	PEDIATRIA	X	X													1	1	1				1	1	1	1	1									5
2325105816484	PEDIATRIA	X	X													1	1	1																	3
2325105815670	MEDICA	X	X												1	1																			2
2325105816429	MEDICA	X	X		1	1	1	1	1	1	1	1																							7
2325105816627	MEDICA	X	X																														1	1	2
2325105816264	MEDICA	X	X							1	1	1	1																						4
2325105816165	MEDICA	X	X																							1	1	1	1	1	1				6
2325105816220	MEDICA	X	X							1	1	1																							3
2325105816528	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1	1	1	1	1										9	
2325105816430	MEDICA	X	X				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		27
2325105816209	MEDICA	X	X																1	1															2
2325105816253	MEDICA	X	X			1	1	1	1	1	1																								6
2325105816297	MEDICA	X	X										1	1	1	1																			4
2325105816231	MEDICA	X	X																								1	1	1	1	1	1			6
2325105816077	MEDICA	X	X		1	1	1	1																											4
2325105816308	MEDICA	X	X																1	1	1														3
2325105816319	MEDICA	X	X							1	1	1	1																						4
2325105816154	MEDICA	X	X													1	1	1																	3
2325105816132	MEDICA	X	X																						1	1	1	1	1	1					6

[illegible]

Este indicador representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. A meta pactuada é de ≤ 6 dias de internação, portanto a meta neste trimestre foi atingida pois o tempo médio de permanência hospitalar se manteve em média 4,63 dias. Conforme demonstrado nos gráficos abaixo.



Relação de pacientes internados por dia, mês de referência: AGOSTO/2025

INDICADOR QUANTITATIVO			
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR – AGOSTO/2025			
INDICADOR	META	CÁLCULO	PONTUAÇÃO
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	< 6 DIAS	TOTAL DE PACIENTES-DIA DURANTE DETERMINAÇÃO PERÍODO (1 MÊS) / TOTAL DE PACIENTES EM DETERMINADO PERÍODO, INCLUINDO OS ÓBITOS	5,40

Nº AIH	CLÍNICA	INTERNADO NO MÊS	ALTA NO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DE DIAS
2325105816605	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																				12
2325105816803	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14
2325105816539	MEDICA		X	1	1																														2
2325105816540	MEDICA		X	1	1																														2
2325105816572	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1																									6
2325105816737	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1																									7
2325105816715	MEDICA	X	X													1	1	1																	3
2325105816650	MEDICA	X	X										1																						1
2325105816869	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1								5
2325105816561	OBSTETRICIA	X	X					1	1																										2
2325105816924	PEDIATRIA	X	X				1	1	1																										3
2325105816946	PEDIATRIA	X	X																					1	1	1									3
2325105816760	PEDIATRIA	X	X																			1	1	1											3
2325105817001	MEDICA	X	X																											1	1	1			3
2325105816726	MEDICA	X	X												1	1																			2
2325105816913	MEDICA	X	X																			1	1	1	1	1	1	1	1						8
2325105816671	MEDICA	X	X												1	1	1																		3
2325105816980	MEDICA	X	X																											1	1	1	1		4
2325105817023	MEDICA	X	X																											1	1	1	1	1	5
2325105816858	MEDICA	X	X																			1	1	1	1	1									5
2325105816792	MEDICA	X	X						1	1	1																								3
2325105817386	MEDICA	X	X																							1	1	1							3
2325105816847	MEDICA	X	X																					1	1	1	1								4
2325105816770	MEDICA	X	X														1	1	1	1	1	1	1											7	
2325105816814	MEDICA	X	X														1	1	1	1														4	
2325105817012	MEDICA	X	X																											1	1	1	1	1	5
2325105816649	MEDICA	X	X				1	1	1	1	1	1																							6
2325105816990	MEDICA	X	X																						1	1	1	1	1	1	1	1	1		9
2325105817067	MEDICA	X	X																										1	1	1	1			4
2325105817034	MEDICA	X	X																											1	1	1			3
2325105816870	MEDICA	X	X																		1	1	1	1	1	1								7	
2325105816759	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1	1													6	
2325105816660	MEDICA	X	X								1	1	1	1	1	1																			6
2325105816616	MEDICA	X	X			1	1	1	1	1																									5
2325105817056	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1	1	1												7	
2325105817045	MEDICA	X	X																							1	1	1	1	1	1				6
2325105816957	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1	1						7
2325105816935	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1	1						8
2325105816836	MEDICA	X	X																					1	1	1	1								4
2325105816880	MEDICA	X	X																							1	1								2
2325105816891	MEDICA	X	X						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1								18
2325105816902	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1	1						8
2325105816781	MEDICA	X	X																			1	1	1	1									4	
2325105816968	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1	1						9
2325105816594	MEDICA	X	X													1	1																		2

[illegible]

O indicador acima representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. A meta pactuada é de ≤ 6 dias de internação, portanto a meta neste mês foi atingida pois o tempo médio de permanência hospitalar se manteve em média 5,40 dias. Conforme demonstrado nos gráficos abaixo



Relação de pacientes internados por dia, mês de referência: SETEMBRO/2025

INDICADOR QUANTITATIVO			
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR – SETEMBRO/2025			
INDICADOR	META	CÁLCULO	PONTUAÇÃO
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	< 6 DIAS	TOTAL DE PACIENTES-DIA DURANTE DETERMINAÇÃO PERÍODO (1 MÊS) / TOTAL DE PACIENTES EM DETERMINADO PERÍODO, INCLUINDO OS ÓBITOS	3,70

Nº AIH	CLÍNICA	INTERNADO NO MÊS	ALTA NO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAL DE DIAS	
2325105817089	MEDICA		X	1	1	1	1																											4	
2325105816682	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1																						9	
2325105817122	MEDICA		X	1	1																													2	
2325105817144	MEDICA		X	1	1	1	1	1																										5	
2325105817078	MEDICA		X	1	1	1	1																											4	
2325105817276	MEDICA		X	1	1																													2	
2325105817254	MEDICA	X	X												1	1																		2	
2325105817430	MEDICA	X	X																					1	1									2	
2325105817452	MEDICA	X	X																						1					1	1	1		3	
2325105817298	MEDICA	X	X								1	1	1	1	1															1	1	1		5	
2325105817100	PEDIATRIA	X	X	1	1	1																												3	
2325105817232	PEDIATRIA	X	X												1	1	1																	3	
2325105817573	PEDIATRIA	X	X																							1	1							2	
2325105817090	PEDIATRIA	X	X	1	1																			1	1	1	1							2	
2325105817529	MEDICA	X	X																	1				1	1	1	1							4	
2325105817540	MEDICA	X	X																1															1	
2325105817133	MEDICA	X	X	1	1	1	1	1	1																									6	
2325105817507	MEDICA	X	X																												1	1	1	3	
2325105817320	MEDICA	X	X								1	1	1																					3	
2325105817342	MEDICA	X	X								1	1	1																					3	
2325105817419	MEDICA	X	X																			1	1	1	1									4	
2325105817243	MEDICA	X	X												1	1	1																	3	
2325105817474	MEDICA	X	X																										1	1	1			3	
2325105817287	MEDICA	X	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																					10	
2325105817221	MEDICA	X	X												1	1	1																	3	
2325105817518	MEDICA	X	X																						1	1								2	
2325105817463	MEDICA	X	X								1	1	1	1										1	1	1	1	1	1	1	1			8	
2325105817331	MEDICA	X	X								1	1	1	1																				4	
2325105817353	MEDICA	X	X									1	1																					2	
2325105817364	MEDICA	X	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1																						9	
2325105817397	MEDICA	X	X												1	1	1	1	1	1	1													7	
2325105817309	MEDICA	X	X								1	1	1	1	1																			5	
2325105817265	MEDICA	X	X									1	1	1	1	1																		5	
2325105817485	MEDICA	X	X																											1	1	1		3	
2325105817628	MEDICA	X	X												1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1								11	
2325105817155	MEDICA	X	X				1	1	1	1																									4
2325105817441	MEDICA	X	X																		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			11	
2325105817551	MEDICA	X	X		1	1	1	1	1	1	1	1																							8
2325105817530	MEDICA	X	X																	1	1	1	1	1	1									6	
2325105817562	MEDICA	X	X									1	1	1	1																				4
2325105817310	MEDICA	X	X				1	1	1	1	1	1	1	1																					8
2325105817420	MEDICA	X	X			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							23

O indicador acima representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. A meta pactuada é de ≤ 6 dias de internação, portanto a meta neste mês foi atingida pois o tempo médio de permanência hospitalar se manteve em média 3,70 dia. Conforme demonstrado nos gráficos abaixo.



3.5 INDICADOR 5: TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

A taxa de ocupação hospitalar é a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos dia no mesmo período. Conforme demonstrado no quadro abaixo, o resultado obtido para o percentual global de ocupação da unidade nos meses de julho 16%, agosto 19% e setembro 13% abaixo da meta global estipulada que é $\geq 85\%$, fato que evidencia o reflexo no fluxo de atendimento hospitalar.

Metodologia de cálculo: Média de paciente-dia (1 mês) / N° de leitos operacionais X 100

TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR				
META		JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
85%	MÉDIA DE PACIENTE DIA (1 MÊS) /N° DE LEITOS X100	16%	19%	13%

3.6 INDICADOR 6: TAXA DE INFECÇÃO EM CIRURGIA LIMPA

Metodologia de cálculo: Nº de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgia limpa / Nº total de cirurgias limpas X 100.

Justificativa: No período de Julho a Setembro de 2025, o setor do Centro Cirúrgico da Maternidade e Hospital Santa Isabel não obteve operacionalização, portanto devido à ausência de dados para a apresentação

de metodologia do cálculo do indicador 06, o mesmo não será considerado no Relatório de Prestação de Contas Assistencial Trimestral.

O ambulatório eletivo da Maternidade e Hospital Santa Isabel está funcionando mensalmente, realizando pequenos procedimentos, respeitando os protocolos técnicos, e, a marcação se dá através da Secretária Municipal de Saúde, em que autoriza e determina a retomada e realização dos procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade.



PEQUENOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
22	25	31

3.7 INDICADOR 7: ÍNDICE DE APRESENTAÇÃO DE AIH

Metodologia de cálculo: N° Total de AIH / N° Total de Internações X 100

Tabela: Comparativo por competência, total de AIH versus total de internações

Em atendimento ao Contrato de Gestão a meta é a atingir é apresentação da totalidade (100%) das AIH emitidas referentes às saídas em cada mês de competência da Maternidade e Hospital Santa Isabel. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

Justificativa: Considerando a metodologia de cálculo apresentada acima, evidenciamos o cumprimento da meta pactuada (100) para o indicador 07: Índice de apresentação de AIH, que conforme demonstrado no mês de julho atingiu 100, agosto 100 e setembro 100.

A seguir apresentamos a relação por competência mensal, do número de AIH, internação por clínica, internação ocorreu dentro do mês ou se refere a alta da internação no mês.

COMPETÊNCIA: JULHO/2025

RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL INDICADORES QUANTITATIVOS COMPETÊNCIA: JULHO/2025		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2325105816143	PEDIATRIA	
2325105816462	MEDICA	
2325105816517	MEDICA	
2325105816418	MEDICA	
2325105816275	MEDICA	
2325105816286	MEDICA	
2325105816320	MEDICA	
2325105816187	MEDICA	
2325105816099	MEDICA	
2325105816451	MEDICA	
2325105816473	MEDICA	
2325105816440	MEDICA	
2325105816210	MEDICA	X
2325105816506	MEDICA	X
2325105816242	MEDICA	X
2325105816176	MEDICA	X
2325105816550	PEDIATRIA	X
2325105816198	PEDIATRIA	X
2325105816484	PEDIATRIA	X
2325105815670	MEDICA	X
2325105816429	MEDICA	X
2325105816627	MEDICA	X
2325105816264	MEDICA	X
2325105816165	MEDICA	X
2325105816220	MEDICA	X
2325105816528	MEDICA	X
2325105816430	MEDICA	X
2325105816209	MEDICA	X
2325105816253	MEDICA	X
2325105816297	MEDICA	X
2325105816231	MEDICA	X
2325105816077	MEDICA	X
2325105816308	MEDICA	X
2325105816319	MEDICA	X
2325105816154	MEDICA	X

2325105816132	MEDICA	X
2325105816100	MEDICA	X
2325105816121	MEDICA	X
2325105816110	MEDICA	X
2325105816088	MEDICA	X
2325105816495	MEDICA	X
2325105816605	MEDICA	X
2325105816803	MEDICA	X
2325105816539	MEDICA	X
2325105816540	MEDICA	X
2325105816572	MEDICA	X
2325105816737	MEDICA	X

COMPETÊNCIA: AGOSTO/2025

RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL INDICADORES QUANTITATIVOS COMPETÊNCIA: AGOSTO/2025		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2325105816605	MEDICA	
2325105816803	MEDICA	
2325105816539	MEDICA	
2325105816540	MEDICA	
2325105816572	MEDICA	
2325105816737	MEDICA	
2325105816715	MEDICA	X
2325105816650	MEDICA	X
2325105816869	MEDICA	X
2325105816561	OBSTETRICIA	X
2325105816924	PEDIATRIA	X
2325105816946	PEDIATRIA	X
2325105816760	PEDIATRIA	X
2325105817001	MEDICA	X
2325105816726	MEDICA	X
2325105816913	MEDICA	X
2325105816671	MEDICA	X
2325105816980	MEDICA	X
2325105817023	MEDICA	X
2325105816858	MEDICA	X
2325105816792	MEDICA	X
2325105817386	MEDICA	X
2325105816847	MEDICA	X
2325105816770	MEDICA	X
2325105816814	MEDICA	X
2325105817012	MEDICA	X
2325105816649	MEDICA	X
2325105816990	MEDICA	X
2325105817067	MEDICA	X
2325105817034	MEDICA	X
2325105816870	MEDICA	X
2325105816759	MEDICA	X
2325105816660	MEDICA	X
2325105816616	MEDICA	X
2325105817056	MEDICA	X

2325105817045	MEDICA	X
2325105816957	MEDICA	X
2325105816935	MEDICA	X
2325105816836	MEDICA	X
2325105816880	MEDICA	X
2325105816891	MEDICA	X
2325105816902	MEDICA	X
2325105816781	MEDICA	X
2325105816968	MEDICA	X
2325105816594	MEDICA	X
2325105817111	MEDICA	X
2325105817210	MEDICA	X
2325105817177	MEDICA	X
2325105817199	MEDICA	X
2325105816583	MEDICA	X
2325105817188	MEDICA	X
2325105816979	MEDICA	X
2325105817200	MEDICA	X
2325105817089	MEDICA	X
2325105816682	MEDICA	X
2325105817122	MEDICA	X
2325105817144	MEDICA	X
2325105817078	MEDICA	X
2325105817276	MEDICA	X

COMPETÊNCIA: SETEMBRO/2025

RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL INDICADORES QUANTITATIVOS COMPETÊNCIA: SETEMBRO/2025		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2325105817089	MEDICA	
2325105816682	MEDICA	
2325105817122	MEDICA	
2325105817144	MEDICA	
2325105817078	MEDICA	
2325105817276	MEDICA	
2325105817254	MEDICA	X
2325105817430	MEDICA	X
2325105817452	MEDICA	X
2325105817298	MEDICA	X
2325105817100	PEDIATRIA	X
2325105817232	PEDIATRIA	X
2325105817573	PEDIATRIA	X
2325105817090	PEDIATRIA	X
2325105817529	MEDICA	X
2325105817540	MEDICA	X
2325105817133	MEDICA	X
2325105817507	MEDICA	X
2325105817320	MEDICA	X
2325105817342	MEDICA	X
2325105817419	MEDICA	X
2325105817243	MEDICA	X
2325105817474	MEDICA	X
2325105817287	MEDICA	X
2325105817221	MEDICA	X
2325105817518	MEDICA	X
2325105817463	MEDICA	X
2325105817331	MEDICA	X
2325105817353	MEDICA	X
2325105817364	MEDICA	X
2325105817397	MEDICA	X
2325105817309	MEDICA	X
2325105817265	MEDICA	X
2325105817485	MEDICA	X
2325105817628	MEDICA	X
2325105817155	MEDICA	X

2325105817441	MEDICA	X
2325105817551	MEDICA	X
2325105817530	MEDICA	X
2325105817562	MEDICA	X
2325105817310	MEDICA	X
2325105817420	MEDICA	X

3.8 INDICADOR 8: TAXA DE GLOSA DE AIH

Metodologia de cálculo: Nº de AIH rejeitadas / Nº de AIH apresentadas X 100.

TAXA DE GLOSA DE AIH				
META		JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
≤2%	TAXA DE GLOSA DE AIH	0%	0%	0%

Mede a relação de glosa rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período. A meta estabelecida em contrato foi ≤ 2%.

Sobre o Percentual de Ocorrência de Rejeições no Sistema de Informação Hospitalar - SIH, que mede a relação de procedimentos rejeitados, insta registrar que o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, Neste indicador o fechamento mensal da produção hospitalar, bem como total de internações no período de julho a setembro de 2025, e posterior envio para o setor responsável pela digitação nos Programas Ministeriais na Secretaria Municipal de Saúde, apontamos que fora realizado o acompanhamento das AIH rejeitadas versus AIH apresentadas pela Maternidade e Hospital Santa Isabel, portanto o índice de ocorrências de rejeições em glosas no SIH na competência de julho/2025 a setembro/2025 foi de 0%.

3.9 INDICADOR 9: TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR

Metodologia de cálculo: Total de óbitos ocorridos em pacientes internados em determinado período / N° de pacientes que tiveram saída hospitalar no mesmo período / N° X 100

Tabela: Comparativo por competência, total de pacientes com alta hospitalar e total de óbitos em pacientes internados

INDICADORES QUANTITATIVOS TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR			
MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
N° DE PACIENTES COM ALTA HOSPITALAR	41	53	42
ÓBITOS EM PACIENTES INTERNADOS	4	3	4
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	10%	6%	10%

Justificativa: Considerando a apresentação dos dados referentes a mortalidade hospitalar no período de julho a setembro de 2025, observamos que a taxa superior ao pactuado foi ultrapassada.

4.0 INDICADOR 10: Nº DE CONSULTAS MÉDICAS

Considerando a análise do período de julho a setembro de 2025, observamos o quantitativo mensal de atendimentos em consultas médicas foi superior à meta pactuada no contrato de gestão, obtendo 145% em julho, 152% em agosto e 147% em setembro.

Metodologia de cálculo: Nº de consultas médicas no período por mês/meta x 100

Tabela: Comparativo mensal, consultas médicas realizadas

INDICADORES QUANTITATIVOS CONSULTA MÉDICA			
MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Nº DE CONSULTAS PACTUADAS	2.500	2.500	2.500
Nº DE CONSULTAS REALIZADAS	3.624	3.814	3.675
PORCENTAGEM ATINGIDA	145%	152%	147%

Gráfico: Comparativo mensal, meta de consultas médicas versus realizado.



Análise: Para a linha de atendimento relacionado a consultas médicas, observa-se que no 3º trimestre, (julho a setembro), o quantitativo de consultas ambulatoriais realizado pela Maternidade e Hospital Santa Isabel ficou muito acima do pactuado. A meta para o trimestre é de 7.500 consultas, na qual foram realizadas 11.113 consultas.

5.0 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Os exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência, internação da MHSI e atendimentos ambulatoriais.

A demanda disponível para o SADT Externo, é especificamente para pacientes que necessitam realizar exames na MHSI, é ofertada via programação com equipe de regulação da Secretária Municipal de Saúde.

Os exames realizados no trimestre obtiveram 1.874 exames de radiografia e 658 Eletrocardiograma – ECG.

SADT	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL
RADIOGRAFIA	644	537	693	1.874
ELETROCARDIOGRAMA	200	191	267	658

Situações cotidianas explicam o número de exames realizados, principalmente nas consultas de Emergência Médica: por dores no peito, palpitações, desmaios implicam em obrigatoriamente realizar um ECG, visto que é através deste exames que o médico faz o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, arritmias cardíacas, distúrbios de condução que muitas vezes acabam em internação imediata ou encaminhamento para outras unidades hospitalar.

6. NÚMEROS DE CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Atendimento de Urgência e Emergência é realizado no pronto socorro do Hospital, em funcionamento 24 horas do dia, todos os dias da semana. Embora os atendimentos de urgência e emergência não possuem metas a serem cumpridas, e sim uma perspectiva de atendimentos de urgência e emergência, independente de gerar ou não uma hospitalização.

O Hospital realizou no trimestre 11.113 atendimentos de urgência e/ou emergência conforme a tabela abaixo:

JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL
3.624	3.814	3.675	11.113

Na avaliação da produção são considerados os atendimentos médicos de urgência e emergência, apresentamos o quantitativo de atendimentos realizados no trimestre. Às pessoas procuraram o atendimento, de forma referenciada pelas unidades de saúde ou espontânea, conforme o fluxo estabelecido, pela Secretaria Municipal da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do trimestre em análise.

Observa-se que em AGOSTO houve o maior número de consultas de urgência devido ao período sazonal de gripes, viroses e doenças respiratórias.

7. NÚMEROS DE PARTOS

MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
PARTOS	0	1	0
TOTAL	1		



Análise Crítica: Na Maternidade e Hospital Santa Isabel durante o trimestre de abril a junho houve registro de **1** partos normais e algumas ocorrências que foram encaminhadas para outros hospitais de referência.

No trimestre, 01 recém-nascido foi do sexo masculino.

8. ATENDIMENTOS COM OBSERVAÇÃO

Visualiza-se na apresentação abaixo, os atendimentos realizados com observação, de acordo com a classificação de risco os pacientes podem permanecer em observação até a alta ou referenciamento para outra unidade. O maior número de atendimentos foi no mês de Setembro.

OBSERVAÇÃO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL
TOTAL	165	170	167	502

9. NÚMEROS DE ATENDIMENTOS DE COLETA DE EXAMES , CURATIVOS E MEDICAÇÕES

A coleta de exames, curativos e administração de medicamentos são atividades frequente da enfermagem dentro da Maternidade e Hospital Santa Isabel. Na tabela abaixo demonstra 13.591 atendimentos realizados no trimestre.

O maior número de atendimentos dos serviços discriminados na tabela abaixo demonstra os serviços de medicações.

SERVIÇO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL
COLETA DE EXAMES	1.297	945	1.483	3.725
CURATIVOS	61	48	51	160
MEDICAÇÃO	3.190	3.282	3.234	9.706

10. NÚMEROS DE ATENDIMENTOS COM REMOÇÃO

No trimestre foram realizados 359 atendimentos com o Serviço de Remoção Inter-hospitalar assistida, o serviço tem como objetivo agilizar o atendimento na complexidade do diagnóstico de cada paciente. Em julho ocorreu o maior número de atendimentos de acordo com o gráfico abaixo.



11. RECURSOS HUMANOS

A gestão de recursos humanos corresponde aos processos de seleção, contratação, treinamento, remuneração e estabelecimento de toda comunicação relativa aos funcionários da organização.

Face as constantes necessidades operacionais, apresentaremos mensalmente o quadro de pessoal consolidado da unidade considerando os ajustes necessários de admissões e desligamentos que foram realizados no período.

CATEGORIA	CONTRATADO	EFETIVO	TOTAL
COORDENADORA GERAL	01		01
COORDENADORA HOTELARIA	01		01
COORDENADORA NUTRIÇÃO	01		01
MÉDICO	20		20
FARMACÊUTICO	02		02
RECEPÇÃO	06		06
FARMACIA	04		04
ASSISTENTE SOCIAL	02		02
PORTEIRO	05		05
ASG	06		06
LAVANDERIA	02		02
COZINHEIRA	06		06
AUX ADM SAME	01		01
COORDENADORA DE ENFERMAGEM	01		01
TÉCNICO RADIOLOGIA	03		03
ENFERMEIRO	13		13
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	28	01	29
DIRETORA CLÍNICA	01		01
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	01		01
LAVADOR	01		01
FISIOTERAPEUTA	03		03
MOTORISTA	04		04
TÉCNICO MANUTENÇÃO	01		01
COORDENADOR EPIDEMIOLOGIA	01		01

12. ESCALAS DE TRABALHO MENSAL

A Maternidade e Hospital Santa Isabel tem perfil de atendimento 24horas/dia, funcionando 7 dias na semana de forma ininterrupta, dessa forma a jornada de trabalho varia em escala 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso (12x36) e 5 dias trabalhados por 2 dias de folga (5x2).

Departamentos:

- Recepção;
- Administrativo e Coordenação;
- Farmácia;
- Ambulância;
- Nutrição e Copa;
- Higienização e Lavanderia;
- Enfermagem;
- Médicos.

Apresentamos as escalas, referentes ao trimestre e serão anexadas as copias neste relatorio.

[illegible][illegible]

12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS: (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FERIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: JULHO														ANO: 2025																
SETOR: EMERGÊNCIA (CONCURSADO)	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T	CA
TECNICO DE ENFERMAGEM																																	
ELISKELVE DA SILVA ARAÚJO																																	13

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nezissa Luiza Leitão de Almeida
COORDENADORA de Enfermagem
COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: [Assinatura]

INSTITUTO ROSA BRANCA



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS: (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FERIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: JULHO														ANO: 2025																
SETOR: TRANSPORTE DE PACIENTES/ VIAGENS	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T	CA
TECNICOS DE ENFERMAGEM																																	
ANTONIA DO NASCIMENTO, R. FERREIRA																																	22
KATIA RODRIGUES CHAGAS																																	20
ANTÔNIA HENRIQUE DE SOUZA																																	20
ELEÂNIA SILVÂNIA QUEIROZ DE LEMOS																																	20

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nezissa Luiza Leitão de Almeida
COORDENADORA de Enfermagem
COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: [Assinatura]

INSTITUTO ROSA BRANCA

12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FERIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: MAIO														ANO: 2024																		
SETOR: CMR/EXPURGO	FUNÇÃO	COREN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T	CA
LUZIA RIBEIRO VIEIRA TORRES	TEC. ENFERMAGEM	1.179.343-TE	MT	MT																															

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nerissa Luiza Leitão de Almeida
COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: Francisco Lizonide L. F. Paiva
COORDENADORA GERAL
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB





MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FERIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: JULHO														ANO: 2025																		
SETOR: CORDENADOR DE ENFERMAGEM/NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)	FUNÇÃO	COREN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T	CA
NERISSA LUIZA LEITÃO DE ALMEIDA	ENFERMEIRA	275.836-ENF	M	M	M	M																													
LUZIANNY VITOR LIMA	ENFERMEIRA	201.029-ENF																																	

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nerissa Luiza Leitão de Almeida
COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: Francisco Lizonide L. F. Paiva
COORDENADORA GERAL
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2025:



SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



MÉDICOS: JULHO/2025

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q		
Antônio Deusimar Costa Siqueira – 28.153				PD						P														P									
Camila Marciely Barbosa dos Santos – 24.851																										PD	P	PD					
Danielly Batista Braga Ricarte – 25.692	PD		P					PD								PD		P					PD							PD		P	
Enysia Marília Bandeira Almeida Alves – 25.172								PD			PD			PD					PD			PD							PD				
Francisco Conrado de Lima Alves – 26.265																																	
Francisco Felipe Alves Moraes – 16.681												P	P																				
Jéssica Tavares Santos Leite – 21.590																				PD	PD												
Jorge William Pereira – 23.453		PD			PD	PD			PD		PD					PD		PD					PD									PD	
Jullyana Luna Araújo Vieira – 27.602	P							P								P						P								P			
Luiz Felliê Gonçalves Pinheiro – 26361		PD			P	P			PD								PD						PD									PD	
Mariana de Souza Vidal – 26.552				PD																													
Mateus Araújo Diniz – 26.495			PD							PD								PD															PD
Olavo Duarte Leite – 21.589																			P	P													
Ricardo Costa Bezerra – 27.100		PN		PN			P		PN		PN	PD	PD	P		PN		PN		P		PN							P		PN		
Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – RQE 9527	T			T				T			T				T			T				T			T				T				
DIREÇÃO MÉDICA																																	
Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – 17.591	T			T				T			T				T			T				T			T				T				

PD – 07:00H ÀS 19:00H (12H) / PN – 19:00H ÀS 07:00H (12H) / P – 07:00H ÀS 07:00H (24H) / M – 07:00H ÀS 13:00H (6H) / T – 13:00H ÀS 19:00H (6H)

Sobreaviso: Dr Alexandre Mineiro (GO) e Dra. Ana Cecília (Diretora Médica)

Cecília Pinheiro
Diretora Médica
CRM 17591
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: COORDENADORA GERAL NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)																																				
SETOR: COORDENADORIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h 12 hs																LS: LICENÇA SAÚDE																	
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h 12 hs																PF: PONTO FACULTATIVO																	
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h 24 hs																FE - FÉRIAS																	
			D/N: 07:00 às 07:00 24 hs																FR: FERIADO																	
			MT- HORÁRIO COMERCIAL 8 hs																EX: EXTRA																	
			HC- HORÁRIO CORRIDO 6 hs																LM: LICENÇA MATERNIDADE																	
			LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																	
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO		Carga Horária		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T.P.	
Francisca Lizoneide Lara da França Paiva		184 hs		MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	23

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lara da França Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadompompeu.ce.gov.br



12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

			CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO																																	
SETOR: RECEPÇÃO			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h											12 hs											LS: LICENÇA SAÚDE											
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h											12 hs											PF: PONTO FACULTATIVO											
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h											24 hs											FE - FÉRIAS											
			D/N: 07:00 às 07:00											24 hs											FR: FERIADO											
			MT- HORÁRIO COMERCIAL											8 hs											EX: EXTRA											
			HC- HORÁRIO CORRIDO											6 hs											LM: LICENÇA MATERNIDADE											
			LP: LICENÇA PÊMIO																						LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
NOME COMPLETO		Carga Horária	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T.P		
Antônia Lucas Bezerra		192 hs	PN			PN			PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		16	
Antônia Cicera Lopes de Sousa		180 hs		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		15
Sabrina Mara Holanda Pinheiro		12 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	PD	1	
Marimar Lima Silva		180 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15
Fernanda Barbosa de Freitas		0 hs	LM	LM	LM	LM			LM	LM	LM	LM	LM			LM	LM	LM	LM	LM			LM	LM	LM	LM	LM			LM	LM	LM	LM		0	
Gerlândia de Oliveira Castro		184 hs	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT		23	
Liana Martins Pereira Vieira		196 hs	PD	MT	MT	MT			MT	MT	PD	MT	MT			MT	MT	PD	MT	MT			MT	MT	PD	MT	MT			MT	MT	MT	MT		23	
Fernando da Rocha Forte Junior		184 hs	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT		23	
Sidney Monteiro Cambrasia		184 hs	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT		23	


 ASSINATURA/CARIMBO

Francisca Lizoneide Lira da França Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizoneide L. F. Paiva

Secretaria Municipal de Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82

Av. Francisco França Cambráia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: VIGILANTES																																																	
SETOR: PORTARIA		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs																LS: LICENÇA SAÚDE															
		PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs																PF: PONTO FACULTATIVO															
		P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs																FE - FÉRIAS															
		D/N: 07:00 às 07:00																24 hs																FR: FERIADO															
		MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs																EX: EXTRA															
		HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs																LM: LICENÇA MATERNIDADE															
		LP: LICENÇA PÊMIO																																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO															
NOME COMPLETO		Carga Horária		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
Regivan Ribeiro de Oliveira		192 hs		T	Q	Q	S	S	D	S	T	P	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T.P													
Marcos Antônio Leite Costa		180 hs				PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN	15												
Marcos Aurelio Felisberto de Souza		192 hs		MT	MT	MT	MT			PN	MT	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	18													
Pedro Luiz dos Santos Silva		172 hs		FE	MT	MT	MT				MT	MT		PD		PD	PD	PD	PD		PD		PD		PD		PD		PD	PD		PD		PD	16														
Cícero Bertoldo de Souza		96 hs																																		8													


 ASSINATURA/CARIMBO

Francisca Lizoneide Lira da França Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizoneide L. F. Paiva

Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Secretaria Municipal de Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambráia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br





JULHO/2025


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Fátima
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral -
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



JULHO/2025


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
—Coord. Geral— MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: FISIOTERAPEUTA																																				
SETOR: FISIOTERAPIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h										12 hs					LS: LICENÇA SAÚDE																				
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h										12 hs					PF: PONTO FACULTATIVO																				
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h										24 hs					FE - FÉRIAS																				
	D/N: 07:00 às 07:00										24 hs					FR: FERIADO																				
	MT- HORÁRIO COMERCIAL										8 hs					EX: EXTRA																				
	HC- HORÁRIO CORRIDO										6 hs					LM: LICENÇA MATERNIDADE																				
	LP: LICENÇA PÊNIO															LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																				
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO		Carga Horária		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Antônia Georgina Alves de Souza		138 hs		HC	HC	HC	HC			HC	HC	HC	HC	HC	HC			HC	HC	HC	HC	HC		HC	HC	HC	HC	HC		HC	HC	HC	HC			23

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizzeide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB




Secretaria Municipal de Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadordompou.ce.gov.br








MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS																																			
SETOR: LAVANDERIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h										12 hs										F: Folga												
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h										12 hs										FE: Férias												
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h										24 hs										FR: Feriado												
			D/N: 07:00 às 07:00										24 hs										EXT: Extra												
			MT- HORÁRIO COMERCIAL										8 hs										LM: Licença Maternidade												
			LP: Licença Prêmio																				LSR: Licença sem Remuneração												
			LS: Licença Saúde																				FR - FÉRIAS												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO		Carga Horária	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T.P	
FRANCISCA NEILIANE ALVES DE SOUZA		192hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		16
ELAINE JUVINO DA SILVA		180hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15	

F-FÉRIADO

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizzeide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Valeska Stindeaux
Nutricionista
CRM 14937
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRR



12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: ASSISTENTE SOCIAL																																		
SETOR: SERVIÇO SOCIAL		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs	LS: LICENÇA SAÚDE															
		PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs	PF: PONTO FACULTATIVO															
		P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs	FE - FÉRIAS															
		D/N: 07:00 às 07:00																24 hs	FR: FERIADO															
		MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs	EX: EXTRA															
		HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs	LM: LICENÇA MATERNIDADE															
		LP: LICENÇA PÊMIO																	LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
NOME COMPLETO / N° CONSELHO	Carga Horária	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T.P	
Antônio Jerry Barros / CRESS nº 10376	128 hs	MT			MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT	16
Erliânia Teixeira Pinheiro / CRESS nº 11835	120 hs		MT			MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		15


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizzoneide L. F. Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizzoneide L. F. Paiva
 Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AXILIAR DE FARMÁCIA																																				
SETOR: FARMÁCIA		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs												LS: LICENÇA SAÚDE						
		PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs												PF: PONTO FACULTATIVO						
		P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs												FE - FÉRIAS						
		D/N: 07:00 às 07:00																24 hs												FR: FERIADO						
		MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs												EX: EXTRA						
		HC- HORÁRIO CORRIDO																5 hs												LM: LICENÇA MATERNIDADE						
		LP: LICENÇA PÊMIO																												LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO						
NOME COMPLETO		Carga Horária	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T		
Antonio Natanael da Silva Marcelino		192 hs	PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		16	
Cleane Mara de Oliveira Chagas		72 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	6		
Ingryth Ohona Alves Vieira		180 hs		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN	15	
Daniele Serra Correa		180 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD	15	
FARMACÊUTICO / N° CONSELHO																																				
Lyzandra Mota Meira / CRF nº 10724		95 hs	HC	HC	HC				HC	HC	HC	HC				HC	HC	HC	HC				HC	HC	HC	HC					HC	HC	HC	HC	19	
Dalton Pompeu de S. B. Neto / CRF nº 3498		184 hs	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	23


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizzoneide L. F. Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizzoneide L. F. Paiva
 Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB

12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FERIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: AGOSTO												ANO: 2025																				
TECNICOS DE ENFERMAGEM	FUNÇÃO	COREN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T	CH
ANTÔNIA GERDA BARROS DOS SANTOS	TEC. ENFERMAGEM	76.630-TE	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	16	192
CARLA NELLYMARA DE FREITAS	TEC. ENFERMAGEM	1.393.272-TE	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	14	168
MARIA PELONIA BEZERRA ALVES	TEC. ENFERMAGEM	1.577.909-TE	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	15	180	
LUIZMA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	TEC. ENFERMAGEM	1.230.485-TE	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	14	168
MAYANY DE ARAUJO DO O	TEC. ENFERMAGEM	1.184.112-TE	FÉRIAS																																

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nerissa Lúcia Leitão de Almeida
COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: Leoneide L. F. Falcão
COORDENADORA GERAL
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRI



INSTITUTO
Rosa Branca



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FERIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: AGOSTO												ANO: 2025																					
TECNICOS DE ENFERMAGEM	FUNÇÃO	COREN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T	CH	
ANTÔNIA ERIVANEIDE DO NASCIMENTO	TEC. ENFERMAGEM	1.228.318-TE	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	16	192	
EVANDRO DOS REIS LIMA	TEC. ENFERMAGEM	2.028.873-TE	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	16	192
ADRIANA DANIELMA LIMA DA COSTA	TEC. ENFERMAGEM	1.958.523-TE	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	14	168	
MARIA INEUDA EUFRASIO	TEC. ENFERMAGEM	675.772-TE	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	15	180
NERINEUDA MARIA DE FREITAS	TEC. ENFERMAGEM	1.571.156-TE	FÉRIAS																																	
ANA SOARES DO NASCIMENTO	TEC. ENFERMAGEM	1.228.683-TE	FÉRIAS																																	

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nerissa Lúcia Leitão de Almeida
COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: Leoneide L. F. Falcão
COORDENADORA GERAL
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRI



INSTITUTO
Rosa Branca





MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS:
(LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)	F: FOLGA
PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)	FE: FÉRIAS
P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)	FR: FERIADO
D/N - 07:00 às 07:00	EXT: EXTRA
MT – HORARIO COMERCIAL	LM: LICENÇA MATERNIDADE
LP: LICENÇA PREMIO	LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO
LS: LICENÇA SAÚDE	

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: AGOSTO												ANO: 2025																				
SETOR: EMERGÊNCIA (CONCURSADO)			S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D									
TECNICO DE ENFERMAGEM	FUNÇÃO	COREN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T	CA
ELISKELVE DA SILVA ARAÚJO	TEC. ENFERMAGEM	717.807-1-TE				P			P				P			P				P			P				PD							13	(S)


Nerisete L. de Almeida
 Coordenadora de Enfermagem

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: **COREN 275.836**


Francisca L. F. Páiva
 Coordenadora Geral

COORDENADORA GERAL: **INSTITUTO ROSA BRANCA - IRD**



INSTITUTO
Rosa Branca

12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS (LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12H)

PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12H)

P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24H)

D/N – 07:00 às 07:00

MT – HORARIO COMERCIAL

LP: LICENÇA PREMIO

LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA

FE: FÉRIAS

FR: FÉRIADO

EXT: EXTRA

LM: LICENÇA MATERNIDADE

LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO

SETOR: CMR/EXPURGO

			MÊS: AGOSTO												ANO: 2024																				
TECNICO DE ENFERMAGEM	FUNÇÃO	COREN	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D		
LUZIA RIBEIRO VIEIRA TORRES	TEC. ENFERMAGEM	1.179.343-TE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T	CA
			FÉRIAS																																

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: *Nenisse Lúcia Leitão de Almeida*
 COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: *Dr. Alexandre L. F. Paiz*



MÉDICOS: AGOSTO/2025

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
Aline Silva Esmeraldo Araújo – 24.436							PD							PD							PD								PD			
Antônio Deusimar Costa Siqueira – 28.153														P															P			
Camila Marciely Barbosa dos Santos – 24.851																						PD	P	PD						P	PD	
Danielly Batista Braga Ricarte – 25.692					PD		P					PD							PD		P					PD						
Enysa Marília Bandeira Almeida Alves – 25.172				PD				PD			PD				PD											PD				PD		
Francisco Conrado de Lima Alves – 26.265																						P	PD	P						PD	P	
Francisco Felipe Alves Moraes – 16.681									P	P																						
Jéssica Tavares Santos Leite – 21.590																PD	PD															
Jorge William Pereira – 23.453		PD	PD			PD							PD								PD							PD				
Jullyana Luna Araújo Vieira – 27.602					P							P								P							P					
Larissa Colares de Almeida Barbosa – 29.699	PD																															
Luiz Felipe Gonçalves Pinheiro – 26361		P	P			PD							PD								PD							PD				
Mariana de Souza Vidal – 26.552	PD							PD							PD															PD		
Olavo Duarte Leite – 21.589																P	P															
Ricardo Costa Bezerra – 27.100	PN			P		PN		PN	PD	PD	P		PN	PN			P		PN						P		PN		PN			

PD – 07:00H ÀS 19:00H (12H) / PN – 19:00H ÀS 07:00H (12H) / P – 07:00H ÀS 07:00H (24H)

Sobreaviso: Dr Alexandre Mineiro (GO) e Dra Ana Cecília (Ped)

Cecília Pinheiro
 Diretora Clínica
 CRM 12391
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: COORDENADORA GERAL																																					
NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)																																					
SETOR: COORDENADORIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs											LS: LICENÇA SAÚDE							
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs											PF: PONTO FACULTATIVO							
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs											FE - FÉRIAS							
			D/N: 07:00 às 07:00																24 hs											FR: FERiado							
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs											EX: EXTRA							
			HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs											LM: LICENÇA MATERNIDADE							
			LP: LICENÇA PÊMIO																											LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO							
NOME COMPLETO / N° CONSELHO		Carga Horária	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T.P.			
			S	S	D	S	T	M	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	D	
Francisca I zioneide Lira da Franca Paiva		168 hs	MT												MT	MT	MT	MT	MT									MT	MT	MT	MT	MT					21

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS


ASSINATURA CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambraia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



CS Digitalizada com CamScanner



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

AGOSTO/2025

[illegible]**FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS**


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Crambraia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Praça Marechal Floriano Peixoto - 259 - 2º andar - Centro - Itaboraí - CEP: 24800165
Inscrição Municipal 1031701 - OSS - Organização Social - TEL: 021 2533-1498
CNPJ:10.962.062/0001-38 / www.institutorosabranca.org-
institutorosabranca28@gmail.com bftitulo

12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

			CATEGORIA PROFISSIONAL: VIGILANTES																																								
SETOR: PORTARIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs															LS: LICENÇA SAÚDE									
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs															PF: PONTO FACULTATIVO									
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs															FE - FÉRIAS									
			D/N: 07:00 às 07:00																24 hs															FR: FERIADO									
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs															EX: EXTRA									
			HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs															LM: LICENÇA MATERNIDADE									
			LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																								
NOME COMPLETO	Carga Horária		S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D		T.P.								
Regivan Ribeiro de Oliveira	180 hs			PN		PN					PN		PN				PN		PN				PN		PN		PN		PN		PN		PN		15								
Marcos Antônio Leite Costa	192 hs		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		16								
Marcos Aurelio Feisberto de Souza	12 hs			PD		FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	1									
Pedro Luiz dos Santos Silva	192 hs		PD		PD						PD		PD				PD		PD				PD		PD		PD		PD		PD		PD	16									
Cicero Bertoldo de Souza	120 hs			PD	PD							PD	PD					PD	PD					PD	PD								PD	10									

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizoneide L. F. Paiva
 Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS OPERACIONAIS																																														
SETOR: MANUTENÇÃO			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs												LS: LICENÇA SAÚDE															
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs												PF: PONTO FACULTATIVO															
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs												FE - FÉRIAS															
			D/N: 07:00 às 07:00																24 hs												FR: FERIADO															
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs												EX: EXTRA															
			HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs												LM: LICENÇA MATERNIDADE															
			LP: LICENÇA PÊMIO																												LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31													
NOME COMPLETO		Carga Horária	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T.P.												
Deuzimar Rodrigues Vieira		168 hs	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT		21												
Francisco Ivanildo Ferreira Nogueira		168 hs	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT		21												

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizoneide L. F. Paiva
 Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



CS Digitalizada com CamScanner

12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AXILIAR ADMINISTRATIVO																																		
SETOR: SAME	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																LS: LICENÇA SAÚDE																	
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																PF: PONTO FACULTATIVO																	
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																FE - FÉRIAS																	
	D/N: 07:00 às 07:00																FR: FERIADO																	
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																EX: EXTRA																	
	HC- HORÁRIO CORRIDO																LM: LICENÇA MATERNIDADE																	
	LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																	
NOME COMPLETO		Carga Horária	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T.P.
Cicera Amanda Felix da Silva Cavalcante		168 h	MT																															21

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AXILIAR DE FARMÁCIA																																					
SETOR: FARMÁCIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																LS: LICENÇA SAÚDE																		
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																PF: PONTO FACULTATIVO																		
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																FE - FÉRIAS																		
			D/N: 07:00 às 07:00																FR: FERIADO																		
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																EX: EXTRA																		
			HC- HORÁRIO CORRIDO																LM: LICENÇA MATERNIDADE																		
			LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																			
NOME COMPLETO		Carga Horária	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T.F.			
Antonio Natanael da Silva Marcelino		180 hs			PD					PD			PD					PD			PD				PD			PD					PD		15		
Cleane Mara de Oliveira Chagas		180 hs			PN					PN			PN					PN			PN				PN			PN					PN		15		
Ingrith Ohona Alves Vieira		192 hs	PD			PD				PD			PD					PD			PD				PD			PD					PD		16		
Daniele Serra Correa		192 hs	PN			PN				PN			PN					PN			PN				PN			PN					PN		16		
FARMACÊUTICO / N° CONSELHO																																					
Lyvandra Mota Meira / CRF nº 10724		80 hs					HC	HC	HC	HC								HC	HC	HC	HC											HC	HC	HC	HC		16
Dalton Pompeu de S. B. Neto / CRF nº 3498		168 hs	MT							MT	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT	MT										MT	MT	MT	MT		21

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: TÉCNICO EM RADIOLOGIA																																			
SETOR: RADIOLOGIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs	LS: LICENÇA SAÚDE																	
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs	PF: PONTO FACULTATIVO																	
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs	FE - FÉRIAS																	
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs	FR: FERIADO																	
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs	EX: EXTRA																	
	HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs	LM: LICENÇA MATERNIDADE																	
	LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
NOME COMPLETO / N° CONSELHO		Carga Horária		S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T.P
Antonio Valdivino Pimentel Neto/CRTR nº 00817N		80 hs											P				MT	MT	MT				MT	MT						MT	MT			10	
Antônio Elder de S. Pinheiro/CRTR nº 05939T		88 hs		MT	MT						MT	MT								P						MT	MT					MT	MT		11
Antônio Valdenes V. Alencar / CRTR nº 3822T		80 hs																																	10
Matheus Victor M. de Idarra B. / CRTR nº 5698T		80 hs				P																												P	10

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRS



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: ASSISTENTE SOCIAL																																			
SETOR: SERVIÇO SOCIAL	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs														LS: LICENÇA SAÚDE				
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs														PF: PONTO FACULTATIVO				
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs														FE - FÉRIAS				
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs														FR: FERIADO				
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																7 hs														EX: EXTRA				
	HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs														LM: LICENÇA MATERNIDADE				
	LP: LICENÇA PÊMIO																														LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
NOME COMPLETO / N° CONSELHO		Carga Horária	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T.P.	
Antônio Jerry Barros / CRESS nº 10376		105 hs		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		15	
Erlânia Teixeira Pinheiro / CRESS nº 11835		112 hs	MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		MT		16

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRS



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br





AGOSTO/2025

FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS



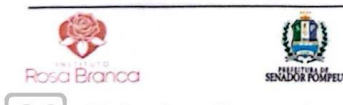
 Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambráia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

AGOSTO/2025


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Valea Sineaux
Nutricionista
CRM 1937
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambraia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS																																					
SETOR: LAVANDERIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs	F: Folga																			
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs	FE: Férias																			
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs	FR: Feriado																			
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs	EXT: Extra																			
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs	LM: Licença Maternidade																			
	LP: Licença Prêmio																	LSR: Licença sem Remuneração																			
	LS: Licença Saúde																	FR - FÉRIAS																			
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO		Carga Horária	S	S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T.P	
FRANCISCA CONSTANCIA RODRIGUES MAGALHAES		192/hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		16
MARIA DAS GRACAS DO NASCIMENTO SILVA		180/hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15	

F-FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lino de Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS																																			
SETOR: ZELADORIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs	F: Folga																	
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs	FE: Férias																	
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs	FR: Feriado																	
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs	EXT: Extra																	
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs	LM: Licença Maternidade																	
	LP: Licença Prêmio																	LSR: Licença sem Remuneração																	
LS: Licença Saúde																	FR - FÉRIAS																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	Carga Horária	S	D	S	T	Q	S	S	D	S	T	Q	S	S	D	S	T	Q	S	D	S	T	Q	S	S	D	S	T	Q	S	S	D	T.P		
ALICE LUCAS BEZERRA	192 hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		16	
ELAINE JUVINO DA SILVA	180 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD	15	
FRANCISCA NEILIANE ALVES DE SOUZA	192 hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD	16
ADA ELIANE HELOISA MAXIMO	180 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD	15	
FRANCISCA REGIA LIMA NASCIMENTO LUCAS	180 hs		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN	15	
ANA SHEILHA DE SOUZA PINHEIRO	192 hs	PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN	16
LUCIENE ROCHA DA SILVA	0 hs				FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	0	
ISABEL APARECIDA PINHEIRO	8 hs	MT			FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	1	

F-FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lino de Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI





12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS:
(LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)
 PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)
 P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)
 D/N – 07:00 às 07:00
 MT – HORARIO COMERCIAL
 LP: LICENÇA PREMIO
 LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA
 FE: FÉRIAS
 FR: FÉRIADO
 EXT: EXTRA
 LM: LICENÇA MATERNIDADE
 LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: SETEMBRO														ANO: 2025																
SETOR: EMERGÊNCIA (CONCURSADO)	FUNÇÃO	COREN	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
ELISKELVE DA SILVA ARAÚJO	TEC. ENFERMAGEM	717.807-5-TE	P														P																

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nerissa Leão de Almeida
 Coordenadora de Enfermagem
 COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: Francisca Luzinete L.F. Farias
 Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



INSTITUTO
Rosa Branca



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



HORÁRIOS PADRONIZADOS:
(LEGENDAS)

PD – PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h (12HS)
 PN – PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h (12HS)
 P – PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h (24HS)
 D/N – 07:00 às 07:00
 MT – HORARIO COMERCIAL
 LP: LICENÇA PREMIO
 LS: LICENÇA SAÚDE

F: FOLGA
 FE: FÉRIAS
 FR: FÉRIADO
 EXT: EXTRA
 LM: LICENÇA MATERNIDADE
 LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: SETEMBRO														ANO: 2025																
SETOR: TRANSPORTE DE PACIENTES/ VIAGENS	FUNÇÃO	COREN	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
ANTONIA DO NASCIMENTO. R. FERREIRA	TEC. ENFERMAGEM	542.953-TE	P														P																
KATIA RODRIGUES CHAGAS	TEC. ENFERMAGEM	326.797-TE																															
ANTÔNIA HENRIQUE DE SOUZA	TEC. ENFERMAGEM	672.343-TE																															
ELEÂNIA SILVÂNIA QUEIROZ DE LEMOS	TEC. ENFERMAGEM	1.394.390-TE																															

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nerissa Leão de Almeida
 Coordenadora de Enfermagem
 COREN 275.836

COORDENADORA GERAL: Francisca Luzinete L.F. Farias
 Coordenadora Geral
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



INSTITUTO
Rosa Branca



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Aline Silva Esmeraldo Araújo – 24.436	S	T	Q	PD	S	S	D	S	T	Q	PD	S	S	D	S	T	Q	PD	S	S	D	S	T	Q	PD	S	S	D	S	T
Antônio Deusimar Costa Siqueira – 28.153				PD						P														P						
Camila Marciely Barbosa dos Santos – 24.851																									PD	P	PD			
Danielly Batista Braga Ricarte – 25.692		PD		P					PD							PD		P					PD							PD
Enysia Marília Bandeira Almeida Alves – 25.172	PD							PD				PD			PD				PD			PD							PD	
Francisco Conrado de Lima Alves – 26.265													P	P											P	PD	P			
Francisco Felipe Alves Moraes – 16.681																				PD	PD									
Jéssica Tavares Santos Leite – 21.590																														
Jorge William Pereira – 23.453			PD			PD	PD			PD							PD							PD						
Jullyana Luna Araújo Vieira – 27.602		P							P							P								P						P
Luiz Felipe Gonçalves Pinheiro – 26361			PD			P	P			PD								PD						PD						
Mariana de Souza Vidal – 26.552					PD							PD							PD											
Olavo Duarte Leite – 21.589																			P	P										
Ricardo Costa Bezerra – 27.100	P		PN		PN			P		PN		PN	PD	PD	P		PN		PN			P		PN					P	
Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – RQE 9527		T			T				T			T				T			T				T			T				T
DIREÇÃO MÉDICA																														
Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – 17.591		T			T				T			T				T			T				T			T				T

PD – 07:00H ÀS 19:00H (12H) / PN – 19:00H ÀS 07:00H (12H) / P – 07:00H ÀS 07:00H (24H) / M – 07:00H ÀS 13:00H (6H) / T – 13:00H ÀS 19:00H (6H)
Sobreaviso: Dr Alexandre Mineiro (GO) e Dra. Ana Cecília (Diretora Médica)

Cecilia Pinheiro
Diretora Médica
CRM 4331
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: COORDENADORA GERAL																																		
NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)																																		
SETOR: COORDENADORIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs				LS: LICENÇA SAÚDE											
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs				PF: PONTO FACULTATIVO											
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs				FE - FÉRIAS											
			D/N: 07:00 às 07:00																24 hs				FR: FERIADO											
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs				EX: EXTRA											
			HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs				LM: LICENÇA MATERNIDADE											
			LP: LICENÇA PÊNIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO															
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO		Carga Horária	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Francisca Lizinete Lira da Franca Paiva		176 hs	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	22

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA CARIMBO
Francisca Lizinete Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambraia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Digitalizada com CamScanner

12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO																																					
SETOR: RECEPÇÃO	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs												LS: LICENÇA SAÚDE								
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs												PF: PONTO FACULTATIVO								
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs												FE - FÉRIAS								
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs												FR: FERIADO								
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs												EX: EXTRA								
	HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs												LM: LICENÇA MATERNIDADE								
	LP: LICENÇA PÊMIO																												LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
NOME COMPLETO		Carga Horária	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T						T.F.	
Antônia Lucas Bezerra		180 hs	PD		PD			PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15	
Antônia Cicera Lopes de Sousa		168 hs	FE	FE		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		14	
Sabrina Mara Holanda Pinheiro		180 hs	PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		15
Marimar Lima Silva		180 hs		PN		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15	
Fernanda Barbosa de Freitas		0 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	0	
Gerlândia de Oliveira Castro		176 hs	MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT		MT	MT	22	
Liana Martins Pereira Vieira		176 hs	MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT		MT	MT	22	
Fernando da Rocha Forte Junior		176 hs	MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT		MT	MT	22	
Sidney Monteiro Cambráia		176 hs	MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT		MT	MT		MT	MT	22	

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambráia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: VIGILANTES																																							
SETOR: PORTARIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs		LS: LICENÇA SAÚDE																		
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs		PF: PONTO FACULTATIVO																		
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs		FE - FÉRIAS																		
			D/N: 07:00 às 07:00																24 hs		FR: FERIADO																		
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs		EX: EXTRA																		
			HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs		LM: LICENÇA MATERNIDADE																		
			LP: LICENÇA PÊMIO																		LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																		
NOME COMPLETO		Carga Horária	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30							
Regivan Ribeiro de Oliveira		180 hs	PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		15
Marcos Antônio Leite Costa		0 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	0	
Marcos Aurelio Felisberto de Souza		168 hs	FE	FE	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		14
Pedro Luiz dos Santos Silva		180 hs			PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15
Cícero Bertoldo de Souza		0 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	0		

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambráia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS OPERACIONAIS																																		
SETOR: MANUTENÇÃO			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																LS: LICENÇA SAÚDE															
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																PF: PONTO FACULTATIVO															
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																FE - FÉRIAS															
			D/N: 07:00 às 07:00																FR: FÉRIADO															
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																EX: EXTRA															
			HC- HORÁRIO CORRIDO																LM: LICENÇA MATERNIDADE															
			LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO															
NOME COMPLETO	Carga Horária		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		T.P
Deuzimar Rodrigues Vieira	176 hs	MT	MT	MT	MT	MT													MT	MT	MT	MT	MT											22
Francisco Ivanildo Ferreira Nogueira	176 hs	MT	MT	MT	MT	MT													MT	MT	MT	MT	MT											22

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
 07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro, CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AXILIAR ADMINISTRATIVO																																		
SETOR: SAME			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																LS: LICENÇA SAÚDE															
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																PF: PONTO FACULTATIVO															
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																FE - FÉRIAS															
			D/N: 07:00 às 07:00																FR: FÉRIADO															
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																EX: EXTRA															
			HC- HORÁRIO CORRIDO																LM: LICENÇA MATERNIDADE															
			LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO															
NOME COMPLETO	Carga Horária		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		T.P
Cicera Amanda Felix da Silva Cavalcante	176 h	MT	MT	MT	MT	MT													MT	MT	MT	MT	MT											22

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
 07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro, CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE FARMÁCIA																																					
SETOR: FARMÁCIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs												LS: LICENÇA SAÚDE								
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs												PF: PONTO FACULTATIVO								
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs												FE - FÉRIAS								
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs												FR: FERIADO								
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs												EX: EXTRA								
	HC- HORÁRIO CORRIDO																5 hs												LM: LICENÇA MATERNIDADE								
	LP: LICENÇA PÊMIO																												LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO								
NOME COMPLETO			Carga Horária		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Antonio Natanai de Silva Marcelino			180 hs	PN		PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	15
Cleane Mara de Oliveira Chagas			180 hs	PD		PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	15
Ingrvth Ohana Alves Vieira			180 hs		PN		PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	15
Daniele Serra Correa			180 hs	PD		PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	PD	15
FARMACÊUTICO / N° CONSELHO																																					
Lyzandra Mota Meira / CRF nº 10724			90 hs	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	18	
Dalton Pompeu de S. B. Neto / CRF nº 3498			0 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	0	

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA CARIMBO
Francisca Lizonelde Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: TÉCNICO EM RADIOLOGIA																																			
SETOR: RADIOLOGIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs	LS: LICENÇA SAÚDE																	
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs	PF: PONTO FACULTATIVO																	
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs	FE - FÉRIAS																	
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs	FR: FERIADO																	
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs	EX: EXTRA																	
	HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs	LM: LICENÇA MATERNIDADE																	
	LP: LICENÇA PÊMIO																	LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO			Carga Horária		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	T.P
Antonio Valdivino Pimentel Neto/CRTR nº 00817N			96 hs						PD	PD							PD	PD																	8
Antônio Elder de S. Pinheiro/CRTR nº 05939T			120 hs			PD	PD						PD	PD							PD	PD					PD	PD							10
Antônio Valdezes V. Alencar / CRTR nº 3822T			96 hs								P														P						P				4
Matheus Victor M. de Idaira B. / CRTR nº 5698T			96 hs				PD	PD						PD	PD						PD	PD					PD	PD							8

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA CARIMBO
Francisca Lizonelde Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: ASSISTENTE SOCIAL																																						
SETOR: SERVIÇO SOCIAL				PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs				LS: LICENÇA SAÚDE														
				PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs				PF: PONTO FACULTATIVO														
				P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs				FE - FÉRIAS														
				D/N: 07:00 às 07:00																24 hs				FR: FERIADO														
				MT- HORÁRIO COMERCIAL																7 hs				EX: EXTRA														
				HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs				LM: LICENÇA MATERNIDADE														
				LP: LICENÇA PÊMIO																LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO				Carga Horária		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T			TJ
Antônio Jerry Barros / CRESS nº 10376				105 hs		MT																																15
Erlânia Teixeira Pinheiro / CRESS nº 11835				105 hs			MT																															15

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizzoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro, CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: FISIOTERAPEUTA																																					
SETOR: FISIOTERAPIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs												LS: LICENÇA SAÚDE								
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs												PF: PONTO FACULTATIVO								
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs												FE - FÉRIAS								
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs												FR: FERIADO								
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs												EX: EXTRA								
	HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs												LM: LICENÇA MATERNIDADE								
	LP: LICENÇA PÊNIO																												LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO								
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO			Carga Horária		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	T.P		
Antônia Geórgia Alves de Souza			132 hs		HC	HC	HC	HC					HC	HC	HC	HC	HC																				

FERIADO: 03 - DIA DO MUNICÍPIO
07 - INDEPENDÊNCIA DO BRASIL


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizzoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambrala, s/n, Centro, CEP: 63.600-000
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

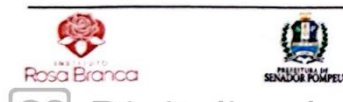
SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: NUTRIÇÃO																																				
SETOR: COPA E COZINHA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs	LS: LICENÇA SAÚDE																		
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs	F: FOLGA																		
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs	FE - FÉRIAS																		
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs	FR: FERIADO																		
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs	EXT: EXTRA																		
	HC- HORÁRIO CORRIDO																6 hs	LM: LICENÇA MATERNIDADE																		
	LP: LICENÇA PÊMIO																	LSR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																		
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO	Carga Horária	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
Cicera Cardoso da Silva Ferreira	180 hs	PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		15
Maria Lusa Brasil	180 hs	FE		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		15
Ana Cristina Barros Correia	180 hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15
Francinete Ribeiro Pinheiro	180	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15
Lucelia Vieira Goss	180 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15	
Maria Elzimar Borges	180 hs	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	15	
NUTRICIONISTA / Nº CONSELHO																																				
Valeska Simdeaux de Lima /CRN nº 11937	168 hs	MT	MT	MT	MT	MT			MT	M	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT			21	

F - FERIADO - 3 DIA DO MUNICÍPIO

7 - INDEPENDENCIA DO BRASIL


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI
 Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
 Coordenadora Geral - MHSI



Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
 CNPJ 07.728.421/0001-82
 Av. Francisco França Cambráia, s/n, Centro. CEP: 63.600-000
 E-mail: saude@senadompompeu.ce.gov.br



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



SETEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS																																						
SETOR: LAVANDERIA	PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																12 hs												F: Folga									
	PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																12 hs												FE: Férias									
	P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																24 hs												FR: Feriado									
	D/N: 07:00 às 07:00																24 hs												EXT: Extra									
	MT- HORÁRIO COMERCIAL																8 hs												LM: Licença Maternidade									
	LP: Licença Prêmio																												LSR: Licença sem Remuneração									
	LS: Licença Saúde																												FR - FÉRIAS									
NOME COMPLETO / Nº CONSELHO	Carga Horária	S	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
MARIA DAS GRAÇAS DO NASCIMENTO SILVA	180/hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15
ALICE LUCAS REZERRA	180/hs	PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15

F - FERIADO: 03 DIA DO MUNICÍPIO

07 DIA DA INDEPENDÊNCIA


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizzeide Lira da Franca Paiva
 Coord. Geral - MHSI


 ASSINATURA/CARIMBO
 Isabel Aparecida Pinheiro
 Coord. de Hotelaria e Limpeza

13. COMISSÕES

A MHSI conta com diversas comissões, compostas por profissionais multidisciplinares, cujas responsabilidades variam conforme suas especificidades individuais. Seus objetivos são a preservação da vida, a promoção da saúde das pessoas e do ambiente, a melhoria de processos, a humanização, a segurança e o desenvolvimento, para que a Instituição possa oferecer, cada vez mais, serviços de saúde de qualidade.

Apresentamos abaixo as Comissões Técnicas de Saúde da Maternidade e Hospital Santa Isabel – Senador Pompeu/CE, pactuadas no Contrato de Gestão.

COMISSÕES TÉCNICAS DE SAÚDE	
CONTRATO DE GESTÃO: MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL	
Comissão	Objetivo
Comissão de Ética Médica	Apresentar as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.
Comissão de Ética de Enfermagem	Mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício do profissional e ético dos profissionais de enfermagem.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.
Comissão de Revisão de Prontuário	Revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente.
Comissão de Análise de Óbitos	Avaliar a totalidade de óbitos ocorridos na unidade hospitalar, bem como dos laudos necroscópicos quando existirem, sendo um instrumento importante no conhecimento das causas da morte que contribuem para o aprimoramento da assistência à saúde.

a. COMISSÃO ÉTICA MÉDICA

As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência. A Comissão de Ética Médica manterá atuação conforme RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152 de 30 de setembro de 2016, sendo que os atos administrativos da Comissão terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividades pedagógicas no âmbito da instituição de saúde.

OBJETIVO: Tem como objetivo apresentar as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

JUSTIFICATIVA: A Comissão de Ética Médica será constituída de acordo com a resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC).

b. COMISSÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Comissão de Ética do COREN-SE foi implantada para assessorar tecnicamente os profissionais de enfermagem na busca de melhores soluções para as questões éticas que surgem diariamente dentro das instituições. Esta Comissão pretende divulgar o código de ética dos Profissionais de enfermagem, incentivar e assessorar o processo de estruturação das Comissões de Ética de Enfermagem (CCEnf) nas Instituições de Saúde, prestar consultoria aos Profissionais de Enfermagem, promover medidas educativas que orientem os profissionais de enfermagem, sensibilizar os profissionais de Enfermagem da necessidade e importância do comportamento Ético e das implicações da atitude antiética e empossar as

Comissões de Ética das Instituições onde ocorra o exercício profissional de enfermagem.

Atualmente os membros da CEEEn, discutem, indicam e executam reuniões e atividades estratégicas.

c. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Acompanhando o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos bem como a adoção de medidas de prevenção implementadas pela organização.

d. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A CCIRAS tem como objetivo elaborar, implementar, manter e avaliar medidas de controle de infecção. É responsável pelas ações assistenciais e educacionais relacionadas ao controle e à prevenção de infecções no serviço de saúde. Prioriza a prevenção de doenças e riscos aos indivíduos e profissionais de saúde, assegurando a qualidade da assistência prestada e reduzindo custos hospitalares. Desenvolve constantemente ações de educação continuada para prevenir transmissão cruzada de microrganismos no ambiente de saúde.

e. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A Comissão de Revisão de Prontuários tem como missão à busca contínua da melhoria da qualidade do atendimento médico e da assistência prestada aos pacientes que demandam a esta Unidade, pelo processo de monitorização e análise dos documentos que compõe o Prontuário Médico.

A revisão de prontuários, constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

O principal parâmetro utilizado nesta avaliação foi de acordo com o número de profissionais médicos envolvidos na assistência integral dentro da Maternidade e Hospital Santa Isabel, a fim de abordar todos os profissionais da escala, com isto foi realizado avaliação das fichas.

Parâmetros: letra do profissional, assinatura com carimbo em todas as fichas, anamnese, exame físico, exames complementares, solicitação e resultados de exames, alta PA, orientações gerais, HD, identificação profissional, prescrição médica, horário de medicações, atestado médico, remoção, identificação do paciente, evolução de enfermagem.

MÊS DE REFERÊNCIA: JULHO/2025

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025- OBITO EMERGÊNCIA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
J.R.S.N	43	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
E.V.P	82	R57 – CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	R57 – CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.R.L	87	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
L.C.S	31	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.M.C	73	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.F	74	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.F.N	69	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J96- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

JULHO/2025- CLINICA MEDICA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
J.P.S	92	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.F.A	78	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.I.S	71	C349- Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado	C349- Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado	15	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.A.R.S.	66	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2025

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025- OBITO EMERGÊNCIA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
A.M.R	57	I469 – PARADA CARDIARCA NAO ESPECIFICADA	I469 – PARADA CARDIARCA NAO ESPECIFICADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.S.A	86	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
O.A.E	39	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.J.S.P	67	C50 – NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA	C50 – NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.N.G	70	I21- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	I21- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.C.A.M	79	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.V.S	76	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	J960 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

AGOSTO/2025- CLINICA MEDICA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
N.A.M.	73	N19 – INSUFICIENCIA RENAL	N19 – INSUFICIENCIA RENAL	4	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.N.S.L	73	K922 – HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	K922 – HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	3	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.M.S	68	I46 – PARADA CARDIACA	I46 – PARADA CARDIACA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

MÊS DE REFERÊNCIA: SETEMBRO/2025

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
SETEMBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
J.F.M	45	R57- CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	R57- CHOQUE NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.B.O	86	I46-PARADA CARDIACA	I46-PARADA CARDIACA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.F.S	84	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.C.R	76	K46- HERNIA ABDOMINAL NAO ESPECIFICADA	K46- HERNIA ABDOMINAL NAO ESPECIFICADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.B.F.S	61	I46-PARADA CARDIACA	I46-PARADA CARDIACA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
SETEMBRO/2025- OBITO CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
A.B.S	73	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.S.N.N.	84	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.P.S	90	A419-SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	A419-SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	4	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
V.L.B	87	I26- EMBOLIA PULMONAR	I26- EMBOLIA PULMONAR	2	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

13.6 COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

A comissão Análise de Óbitos do Maternidade e Hospital Santa Isabel, tem como objetivo ajudar no sentido de vigilância contínua dos relatórios/atestados de óbitos, aferindo os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

AÇÕES REALIZADAS NO QUADRIMESTRE:

- Análise e parecer sobre os assuntos relativos à óbitos do quadrimestre;
- Auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Fiscalização do registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Ações para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Emissão do parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

Na revisão de óbitos, através do perfil da gravidade e prevalência dos óbitos e da análise de causa-raiz, foi identificado como principal causa dos óbitos: insuficiência respiratória e parada cardiorrespiratória, sendo classificado como maior número de óbitos em pacientes idosos.

Foram avaliados 30 óbitos ocorridos na MHSI no trimestre.

13.7 COMISSÃO EDUCAÇÃO CONTINUADA

A Comissão de Educação Continuada tem como objetivo principal apoiar a implantação das práticas de Educação Permanente em Saúde com os profissionais da Maternidade e Hospital Santa Isabel.

Compete ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde:

- I – Analisar as necessidades de formação e qualificação profissional recebidas pelas coordenações, considerando as demandas prioritária;
- I – Apoiar os coordenadores nos discursões sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento das ações;
- III – Auxiliar na elaboração de propostas para programas e projetos de educação permanente nas diferentes áreas do hospital;
- IV – Promover, em equipe multiprofissional, ações de educação permanente;
- V – Acolher os colaboradores que ingressarem no quadro de profissionais da instituição;
- VI – Acompanhar e registrar as ações de Educação Permanente em Saúde implementadas no Hospital;

14. CARTA DE NOMEAÇÃO DAS COMISSÕES



CARTA DE NOMEAÇÃO

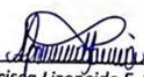
Referência: Comissão Núcleo de Segurança do Paciente

A Maternidade Hospital Santa Isabel, localizado na Avenida Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu – CE.

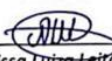
Nomear os membros da comissão **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE** da Maternidade Hospital Santa Isabel, da seguinte forma:

- I. Coordenadora Geral – Francisca Lizoneide F. L. Paiva – MEMBRO
- II. Diretora clínica – Dra. Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – PRESIDENTE
- III. RT Enfermagem – Nerissa Luiza Leitão de Almeida – VICE-PRESIDENTE
- IV. Enfermeira – Luzianny Vitor Lima – SECRETARIO
- V. Assistente Social – Erlânia Texeira Pinheiro – MEMBRO
- VI. RT Farmácia – Dalton Pompeu Sousa Brasil Neto – MEMBRO
- VII. RT Nutrição – Valeska Sindeaux de Lima – MEMBRO

Senador Pompeu, 21 de Março de 2024


Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-Instituto Rosa Branca

Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-ROSA BRANCA IRB


Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Gerente Assistencial
MHSI-Instituto Rosa Branca
Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Coordenadora de Enfermagem
COREN 275.836

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Endereço: Rua. Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 Senador Pompeu -CE
tel. (88)-9.97411404



CARTA DE NOMEAÇÃO

Referência: Comissão de Análise de Óbitos

A Maternidade Hospital Santa Isabel, localizado na Avenida Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu – CE.

*Nomear os membros da comissão **COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS** da Maternidade Hospital Santa Isabel, da seguinte forma:*

- I. Coordenadora Geral – Francisca Lizoneide F. L. Paiva – MEMBRO
- II. Diretora clínica – Dra. Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – PRESIDENTE
- III. RT Enfermagem – Nerissa Luiza Leitão de Almeida – VICE-PRESIDENTE
- IV. Administrativo – Fernando da Rocha Forte Junior – SECRETARIO
- V. SAME – Cícera Amanda F. da S. Cavalcante - MEMBRO
- VI. SAME – Maria Virleda Marques – MEMBRO

Senador Pompeu, 21 de Março de 2024



Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-Instituto Rosa Branca
Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-ROSA BRANCA IRB



Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Gerente Assistencial
MHSI-Instituto Rosa Branca
Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Coordenadora de Enfermagem
COREN 275.836

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Endereço: Rua. Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 Senador Pompeu -CE
tel. (88)-9.97411404



CARTA DE NOMEAÇÃO

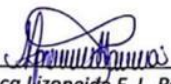
Referência: Comissão de Revisão de Prontuários

A Maternidade Hospital Santa Isabel, localizado na Avenida Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu – CE.

*Nomear os membros da comissão **COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS** da Maternidade Hospital Santa Isabel, da seguinte forma:*

- I. Coordenadora Geral – Francisca Lizoneide F. L. Paiva – MEMBRO
- II. Diretora clínica – Dra. Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra – MEMBRO
- III. RT Enfermagem – Nerissa Luiza Leitão de Almeida – PRESIDENTE
- IV. SAME – Cícera Amanda F. da S. Cavalcante - VICE-PRESIDENTE
- V. SAME – Maria Virleda Marques – SECRETARIA
- VI. Administrativo – Fernando da Rocha Forte Junior – MEMBRO

Senador Pompeu, 21 de Março de 2024



Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-Instituto Rosa Branca
Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Gerente Assistencial
MHSI-Instituto Rosa Branca

Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Coordenadora de Enfermagem
COREN 275.836

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Endereço: Rua. Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 Senador Pompeu -CE
tel. (88)-9.97411404



CARTA DE NOMEAÇÃO

Referência: Comissão de Educação Continuada

A Maternidade Hospital Santa Isabel, localizado na Avenida Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu – CE.

Nomear os membros da comissão **COMISSÃO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA** da Maternidade Hospital Santa Isabel, da seguinte forma:

- I. Coordenadora Geral – Francisca Lizoneide F. L. Paiva – MEMBRO
- II. Diretora clínica – Dra. Ana Cecilia Pinheiro Jucá Cintra – PRESIDENTE
- III. RT Enfermagem – Nerissa Luiza Leitão de Almeida – VICE-PRESIDENTE
- IV. RT Farmácia – Dalton Pompeu Sousa Brasil Neto – MEMBRO
- V. RT Nutrição – Valeska Sindeaux de Lima – MEMBRO
- VI. Assistente Social – Erlânia Texeira Pinheiro – MEMBRO
- VII. Supervisora de Hotelaria – Isabel Aparecida Pinheiro – MEMBRO
- VIII. Administrativo – Fernando da Rocha Forte Junior – SECRETARIO
- IX. Enfermeira – Nara Luezia de S. Monteiro Barreto – MEMBRO
- X. Enfermeiro – Luzianny Vitor Lima – MEMBRO

Senador Pompeu, 21 de Março de 2024


Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-Instituto Rosa Branca
Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-ROSA BRANCA IRB


Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Gerente Assistencial
MHSI-Instituto Rosa Branca
Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Coordenadora de Enfermagem
COREN 275.836

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Endereço: Rua. Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 Senador Pompeu -CE
tel. (88)-9.97411404



CARTA DE NOMEAÇÃO

Referência: Comissão de Ética de Enfermagem

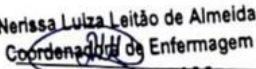
A Maternidade Hospital Santa Isabel, localizado na Avenida Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu – CE.

Nomear os membros da comissão **COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM** da Maternidade Hospital Santa Isabel, da seguinte forma:

- I. Coordenadora Geral – Francisca Lizoneide F. L. Paiva – MEMBRO
- II. RT Enfermagem – Nerissa Luiza Leitão de Almeida – PRESIDENTE
- III. Tec. Enfermagem – Mayane de Araújo do Ó – VICE PRESIDENTE
- IV. Enfermeira – Nara Luezia de S. Monteiro Barreto – SECRETARIA
- V. Enfermeiro – Fernando Douglas R. de Sousa – MEMBRO
- VI. Enfermeira – Luzianny Vitor Lima – MEMBRO
- VII. Tec. Enfermagem – Ronelson Cristino Gomes – MEMBRO
- VIII. Tec. Enfermagem – Edgleusa Silva Quirino – MEMBRO

Senador Pompeu, 21 de Março de 2024


Francisca Lizoneide F. L. Paiva
Coordenadora Geral
MHSI-Instituto Rosa Branca


Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Coordenadora de Enfermagem
Gerente Assistencial
MHSI-Instituto Rosa Branca

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Endereço: Rua. Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 Senador Pompeu -CE
tel. (88)-9.97411404

14. AGENDA DE REUNIÕES / COMISSÕES

MÊS: JULHO



REUNIÕES E COMISSÕES		JULHO 2025
COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	—	08/07 às 13:00hs
COMISSÃO REVISÃO DE ÓBITOS	—	08/07 às 14:00hs
COMISSÃO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	—	14/07 às 09:00hs
COMISSÃO DE CCIH	—	14/07 às 10:00hs
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	—	15/07 às 09:00hs
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	—	15/07 às 10:00hs
CAPACITAÇÃO SOBRE HEPATITES VIRAIS	—	16/07 às 09:30hs





AGENDA DE REUNIÕES / COMISSÕES
MÊS: AGOSTO



REUNIÕES E COMISSÕES		Agosto 2025
COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		12/08 às 13:00hs
COMISSÃO REVISÃO DE ÓBITOS		12/08 às 14:00hs
COMISSÃO DE CCIH		19/08 às 09:00hs
COMISSÃO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA		19/08 às 10:00hs
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		26/08 às 09:00hs
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM		26/08 às 10:00hs
AGOSTO DOURADO		27/08 às 09:30hs
REUNIÃO DOS COORDENADORES		28/08 às 10:00hs



AGENDA DE REUNIÕES / COMISSÕES
MÊS: SETEMBRO



**REUNIÕES E
COMISSÕES**

SETEMBRO 2025

**COMISSÃO REVISÃO
DE PRONTUÁRIOS**

16/09 às 13:30hs

**COMISSÃO REVISÃO
DE ÓBITOS**

16/09 às 14:30hs

COMISSÃO DE CCIH

17/09 às 09:00hs

SETEMBRO AMARELO

23/09 às 09:00hs





INSTITUTO
Rosa Branca

15.REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Comissão revisão de prontuários e óbitos.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Reunião Comissão revisão de prontuários e óbitos.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Reunião Comissão de educação continuada.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Reunião Comissão ccih.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Comissão revisão de Óbito.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Comissão revisão de prontuários.



16.ATENÇÃO AO USUÁRIO

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Mensalmente realizamos a avaliação da pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que são aplicados, em amostra aleatória de pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos na emergência da Maternidade e Hospital Santa Isabel.

Para a avaliação deste indicador, observarmos o gráfico abaixo o índice de 97% de satisfação dos usuários, ficando com 0% reclamações e 3% de sugestões.



PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Ida Maria
Idade: 17 Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: _____
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☒	☐	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☒	☐	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: [assinatura]
Idade: 30/04/2025
E-mail: [assinatura]
Telefone: [assinatura]

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Marta Oliveira de Souza
Idade: 30/04/2025
E-mail: [assinatura]
Telefone: 12 9199814830

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Sem Sugestão e Críticas!

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Maria da Carmo da Silva*
Idade: *52 Anos* Data: *30/07/2023*
E-mail: _____ Telefone: *188196986454*

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	SIM		☐ NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Sem Sugestões e Críticas!

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Leão Batista Martins Furtado*
Idade: *55 Anos* Data: *23/07/2023*
E-mail: _____ Telefone: *188196986454*

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	SIM		☐ NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Sem Sugestões e Críticas!

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Jacqueline Maria de Souza
Idade: 24 anos Data: 30/07/2025
E-mail: _____ Telefone: (88) 99497355

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	SIM		() NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Bom Sugestão e críticas

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: maria Regina Teixeira Gonalves
Idade: 40 Anos Data: 28/07/2025
E-mail: _____ Telefone: (88) 996063

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	() SIM		(X) NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Receber de acompanhantes igual para todos

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: maria niteza sandra da silva
Idade: 10 anos Data: 30/07/2025
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
melhorar a Alimentação com frutas

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Françoise (Rafaela) da Silva
Idade: 24 Data: 28/07/2025
E-mail: _____ Telefone: 88 9134496

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: M^{te} Gislene da Silva Santos
Idade: 28/07/2025
Data: 28/07/2025
E-mail:
Telefone:

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Parabenizar o trabalho e a
atuação de muitos funcionários
amigos que tenho aqui dentro
desta instituição

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Gabriel Victor
Idade: 20 anos
Data: 28/07/2025
E-mail:
Telefone: 65 92563 3167

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: DANIEL BARBOSA DOS SANTOS
Idade: 15/07/25
E-mail: Telefone:

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Bom	Muito Bom	Muito Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
TRABALHO EXCELENTE DO SERVIÇO SOCIAL. ERLÂNIA PINHEIRO

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Flávia Regina da Silva
Idade: 28 Data: 15/07/25
E-mail: bragariando926@gmail.com Telefone: 71 9637 0538

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Bom	Muito Bom	Muito Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hst@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Renata Cambrata Pereira
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: 182 996 93-9120

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hst@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Isabel (acompanhante Antônio Pereira da Silva)
Idade: _____ Data: 30/07/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Sem queixas - Pesquisa realizada no momento da visita

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

BAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hstai@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL) Olivia da Silva

Nome: _____
Idade: _____ Data: 12-07-2025
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
Nº	ITEM	Não Utilizado	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

BAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hstai@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Olivia da Silva
Idade: _____ Data: 12-07-2025
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
Nº	ITEM	Não Utilizado	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

paciente parcial, sistema muito manuseado

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hst@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Ana Maria da Souza Silva
Idade: _____ Data: 12.12.25
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hst@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Milene da Silva Lima
Idade: _____ Data: 12/12/2025
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

O atendimento e atendimento não tenho o que falar pois atendimento sempre que eu preciso sou sempre atendida. Mantar Ricardo, Vitor Felipe e assistente social são maravilhosos e a equipe de enfermagem também são muito atenciosos como os meus pacientes quero aqui dizer minha gratidão a todos pelos os cuidados que eles tem com a gente sempre preciso foi bem.

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hsmi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Maria Jesus Alves Lima
Idade: _____ Data: _____
Telefone: 85 999543374

AValiação DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM ☐ NÃO				

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@hsmi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Ana Rêo
Idade: 47 anos Data: 5.7.2025
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐ SIM ☒ NÃO				

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Vou chegar ao Hospital não tem enfermeiro no Taguá, o médico não aparece para o tratamento, infelizmente não vou mais voltar, não vou mais voltar ao trabalho e não vou mais aparecer no Conselho.

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
 E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
 Nome: Geo Paulo de Lima (paciente)
 Data: 30/09/2015
 Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM ☐ NÃO				

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
em quibus, foi tudo bem durante o seu internamento.

Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
 E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
 Nome: Josilene Alves
 Idade: 32
 Data: 30/09/15
 E-mail: _____
 Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM ☐ NÃO				

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Serviço Social (ótimo)
Melhora (indicação) (aprox. da mistura)

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Jose Silvanilson
Idade: 39 Data: 20/09/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM			☐ NÃO	

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Nada a comentar

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Aline Medeiros
Idade: 35 Data: 20/09/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM			☐ NÃO	

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Nada a comentar



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Antonio Bezerra Camuto
Idade: 64 Data: 20/09/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	(X) SIM		() NÃO		

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Nota 10 em tudo.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Jabrucia
Idade: 27 Data: 20/09/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	(X) SIM		() NÃO		

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Nada a reclamar

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Danielle Costa
Idade: 27 Data: 20/09/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?		☒ SIM		☐ NÃO	

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Nada a comentar

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Antônio Felipe Neves
Idade: 97 Data: 16/09/25
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?		☒ SIM		☐ NÃO	

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Nada a comentar

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Luzia Almeida de Lima
Idade: 47 Data: 16/09/25
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		☐ NÃO		

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Não a Consistem

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Arnaldo de Lima Rodrigues
Idade: 59 Data: 16/09/25
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		☐ NÃO		

Serviço Social (ótimo)

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Não a Consistem

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

(OPCIONAL)
Sr. Conceição da Silva
Data: 30.09.2025
Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	() SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Francisco Araújo Soares
Idade: 67 Data: 05/09/2025
E-mail: amersonparaupb@gmail.com Telefone: 88 99976838

AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	() SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Quero deixar registrada a falta de trato do funcionário CARLOS com os pacientes e acompanhante.
É necessário que ele se recicle porque precisa ser mais humanizado
Amilson Soares (filho)

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
 E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

NOTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
 Nome: _____
 Idade: _____ Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☐	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☐	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral		☐	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	() SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
 ATENDIMENTO DE DANIEL DITTA MUITO BOM

Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
 E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
 Nome: Luiz Antonio Rufino Silva
 Idade: 56 anos Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral		☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer? Técnica Kássia
 A paciente não teve o apoio correto da técnica em outra unidade. A mesma não queria esperar a paciente chegando a falar com a Assistente Social da UPA, pois a mesma teve um pico de pressão alta. Resumindo não deu o apoio correto como técnica, não nem o nome do exame da paciente e ficava no telefone. Por mais que não estivesse caracterizado de técnico,

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@msi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Wanda Flávia de A. Sousa
Idade: 50 anos Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@msi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: GILBERTO DE VASCONCELOS BANDEIRA
Idade: 48 ANOS Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@msi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Francisco Lazaro F. da Silva
Idade: 10.01.1975 Data: _____
E-mail: _____ Telefone: 19.08.25

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@msi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Wanda da Graça Mendes da Silva
Idade: 47 Data: 25/10/1992
E-mail: _____ Telefone: (83) 99412-1158

AValiação DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@pmpsp.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Glória Maria da Silva
Idade: 38 anos
Data: 18/08/2023
Telefone: _____

AValiação do Paciente

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@pmpsp.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Glória Maria da Silva
Idade: 38 anos
Data: 18/08/2023
Telefone: _____

AValiação do Paciente

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@pmpsp.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Glória Maria da Silva
Idade: 38 anos
Data: 18/08/2023
Telefone: _____

AValiação do Paciente

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@pmpsp.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Glória Maria da Silva
Idade: 38 anos
Data: 18/08/2023
Telefone: _____

AValiação do Paciente

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒	☐	☐	☐	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: CRISTIANE OLIVEIRA FERREIRA
Idade: 69 Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Paulo Roberto Gomes da Silva
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: 84.9 9159.5

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Lucas de Jesus
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Francisca Gomes
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@institutorosa.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Conceição Chaves
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		☐ NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@institutorosa.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Frazeria Adriana Pereira Borges
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		☐ NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@institutorosa.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Terezinha
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		☐ NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoria@institutorosa.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Pauline Borges
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM		☐ NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Edna das Neves
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Bufo	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Marlene Proença da Silva
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Bufo	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Marlene Proença da Silva
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Bufo	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Marlene Proença da Silva
Idade: _____ Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Bufo	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐ NÃO			

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Y. J. D.
Idade: 42 Data: 28/08/2016
E-mail: _____ Telefone: 85.9.8511.5

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Luciana
Idade: 54 Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Maria
Idade: 30 A. Data: 15/08
E-mail: _____ Telefone: 93199704.66-68

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☒	☒	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☒	☒	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☒	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Por muitas coisas desam a unidade e nunca aqui um paciente ruim ao hospital por brincadeiras e médicos ruins falo que não vou mais voltar.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: _____
Idade: _____ Data: 07-08-25
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

QUERO FAZER SOBRE O DESEJO DE UMA MÉDICA (DRA DANIELLE) ELA NÃO OLHA NEM PRO PACIENTE. NÃO OLHA O QUE FIZOS A FALAR. NÃO É HUMANA. NÃO AVALIA. NÃO É A PRIMEIRA VEZ QUE VENHO.



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Diana Araújo Wilson
Idade: 30 Data: 17/08/15
E-mail: dianarajawilson30@yahoo.com Telefone: 98983678

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
CONSEGUIR OS ARCONDICIONADO QUE O CALOR TA MATANDO OS

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Raissa Boveiro Monteiro
Idade: 19 Data: 17/08/15
E-mail: raissaboveiro19@gmail.com Telefone: 98983678

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Logo o bom atendimento e pela recepção
Mantem e na viagem pelo empresário
Dayane



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

ESTADO DO RIO
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Marcelo Romunda dos Rigueiros
Idade: 62 anos
Data: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

ESTADO DO RIO
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Paula Jacira Muniz
Idade: 75
Data: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

ESTADO DO RIO
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: _____
Idade: _____
Data: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Quero agradecer a Dra. Enyria.
Pelo atendimento e o acolhimento.

ESTADO DO RIO
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Euzenira Aparecida Moura Medeiros
Idade: 35 anos
Data: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	☐	☒ SIM	☐	☐ NÃO	☐

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

CS Digitalizada com CamScanner



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu Maternidade e Hospital Santa Isabel					
SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com					
IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)					
Nome: _____					
Idade: _____		Data: _____			
E-mail: _____		Telefone: _____			
AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótima	Bom	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	() SIM			
Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?					
Quero agradecer toda equipe do Hospital ao médico Dr. Felipe P.					

Estado do Ceará Prefeitura Municipal de Senador Pompeu Maternidade e Hospital Santa Isabel					
SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com					
IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)					
Nome: <u>ALDENIR DE SERRA</u>					
Idade: <u>38</u>		Data: _____			
E-mail: _____		Telefone: _____			
AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótima	Bom	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	(X) SIM () NÃO			
Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?					

Estado do Ceará Prefeitura Municipal de Senador Pompeu Maternidade e Hospital Santa Isabel					
SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com					
IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)					
Nome: <u>Maria de Jesus</u>					
Idade: _____		Data: _____			
E-mail: _____		Telefone: _____			
AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótima	Bom	Péssimo
01	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
02	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
03	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
04	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
05	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
06	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
07	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
08	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
09	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	(X) SIM () NÃO			
Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?					



INSTITUTO
Rosa Branca

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 3º TRIMESTRE

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Socorro de Almeida Teixeira
Idade: 45 Data: 20-8-25
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Paulo César da Silva
Idade: 23 Data:
E-mail: 61963457@gmail.com Telefone: 88 9 88957381

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Amélia Maria Camargo Lima
Idade: 48 Data: 20/08/2025
E-mail: Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Maternidade e Hospital Santa Isabel

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
E-mail: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Denilley Rodrigues da Silva
Idade: 27 Data: 20/08/2025
E-mail: Telefone: 88 9 7382212

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
Você recomendaria a unidade?	☒ SIM	☐	☐	☐	☐ NÃO

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



17. DESEMPENHO GERENCIAL

A Maternidade e Hospital Santa Isabel, neste terceiro trimestre pode-se observar uma evolução gradativa e significativa dos serviços e da qualidade do mesmo, assim como também na organização dos processos de trabalho, através do crescimento institucional houve a preocupação de implantar métodos que pudessem padronizar a qualidade assistencial e gerencial entre gestão, colaboradores e pacientes, buscando sempre a melhoria, segurança e a humanização dos envolvidos. Portanto foram colocados alguns pontos para que servissem de caminho para essa evolução.

A proposta de humanização da assistência é um pilar a ser empregado para uma melhor qualidade de atendimento ao usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais, o grande número de iniciativas de humanização em andamento no hospital das mais simples às mais criativas e complexas.

Durante esses meses foram desenvolvidas diversas ações para os colaboradores da unidade e pacientes, trazendo alegria e satisfação ao trabalho desenvolvido na unidade.



18. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO PRÓXIMO TRIMETRE

Para o próximo trimestre, que compreenderá os meses de outubro, novembro e dezembro de 2025 estão programados os atendimentos eletivos do Ambulatório de Consultas Médicas e não Médicas, e demais serviços pertinentes à Unidade, que seguirão o planejamento habitual. Quanto às ações de fortalecimento de vínculos e participações da MHSl, estas seguirão as orientações e estratégias oportunas para o desenvolvimento e aprimoramentos da Unidade. Portanto para o próximo trimestre, considerando os resultados positivos alcançados no período em análise, serão mantidas as estratégias até então empregadas com observância das possíveis melhorias que se apresentarem oportunas para que os resultados alcancem índices superiores aos já contabilizados. Concomitantemente as ações de promoção em saúde.

19. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Os Serviços do Setor de Nutrição e Dietética são prestados na cozinha da própria unidade de forma centralizada e produzidos de acordo com a demanda de pacientes e colaboradores diários, de padrão popular elaborado pelo nutricionista, contendo gêneros como: arroz, feijão, macarrão, farofa, frango, carne bovina, saladas entre outros.

Atende o público: lactante, criança, adulto, idoso, gestante de todas as idades e patologias, não temos uma quantidade de refeições fixas diárias pois varia de acordo com a demanda do dia, seguimos horário de distribuição de refeições, registrados em uma planilha de controle onde cada colaborador e paciente assina as refeições realizadas.

HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO PACIENTES:

Desjejum	7:00
Almoço	11:00
Lanche	14:00
Jantar	17:00
Ceia	21:00

HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO COLABORADORES:

Lanche da manhã	08:00 as 09:00
Almoço	11:30 as 12:30 12:30 as 13:30
Lanche da tarde	15:00 as 16:00
Jantar	20:00 as 22:00
Ceia	00:00 as 01:00

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA UAN

UAN – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

RESPONSÁVEL PELAS UNIDADES	
NOME	Valeska Sindeaux de Lima
FUNÇÃO	Nutricionista
ATRIBUIÇÕES	Organizar, coordenar e planejar a parte de alimentação e distribuição das refeições na unidade, cuidar da alimentação e de todo o processo de produção de alimentos e elaboração de cardápios até o atendimento aos pacientes, o monitoramento do estado nutricional e o cuidado personalizado, com atuação em uma equipe multidisciplinar.

NOME	Ana Cristina Barros Correia
FUNÇÃO	Copeira
ATRIBUIÇÕES	Desenvolvimento de serviços de copa e auxílio à nutricionistas quanto à entrega de refeições baseadas em dietas para pacientes em hospitais.
NOME	Maria Elinam Borges
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Preparar alimentos sob supervisão de nutricionista, de modo que assegure a qualidade, higiene, sabor, aroma e apresentação da refeição a ser servida. Inspecionar a higienização de equipamentos e utensílios. Auxiliar na aquisição do material necessário para a preparação dos alimentos. Coordenar atividades da cozinha. Pode participar da execução da faxina da área interna da cozinha, limpeza de máquinas, utensílios e outros equipamentos, utilizando-se de materiais adequados, para assegurar sua utilização no preparo dos alimentos.
NOME	Lucélia Vieira Gois
FUNÇÃO	Copeira
ATRIBUIÇÕES	Desenvolvimento de serviços de copa e auxílio à nutricionistas quanto à entrega de refeições baseadas em dietas para pacientes em hospitais.

NOME	Maria Luiza Brasil
FUNÇÃO	Copeira
ATRIBUIÇÕES	Desenvolvimento de serviços de copa e auxílio à nutricionistas quanto à entrega de refeições baseadas em dietas para pacientes em hospitais.
NOME	Francinete Ribeiro Pinheiro
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Preparar alimentos sob supervisão de nutricionista, de modo que assegure a qualidade, higiene, sabor, aroma e apresentação da refeição a ser servida. Inspecionar a higienização de equipamentos e utensílios. Auxiliar na requisição do material necessário para a preparação dos alimentos. Coordenar atividades da cozinha. Pode participar da execução da faxina da área interna da cozinha, limpeza de máquinas, utensílio e outros equipamentos, utilizando-se de materiais adequados, para assegurar sua utilização no preparo dos alimentos.
NOME	Cicera Cardoso da Silva Ferreira
FUNÇÃO	Copeira
ATRIBUIÇÕES	Desenvolvimento de serviços de copa e auxílio à nutricionistas quanto à entrega de refeições baseadas em dietas para pacientes em hospitais.

UTILIZAÇÃO DE EPIS

São utilizados diariamente, touca descartável, máscaras, botas, aventais, onde são disponibilizadas pela unidade diariamente máscaras e toucas, quando a uma necessidade é utilizada luva látex também fornecida pela unidade.

Não temos nenhum registro de acidente no setor e o livro de ocorrência do mesmo se localiza com a direção da unidade.

MAPA DA DIETA DIÁRIO E PLANILHAS DE REFEIÇÕES:

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU INSTITUTO ROSA BRANCA MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		M H S I	
CONTROLE DIÁRIO DE REFEIÇÕES - PACIENTES INTERNADOS			
Data: ____/____/2022			
Nº	Nome do Paciente	Leito	Assinatura do paciente ou acompanhante
		Tipo de dieta	Refeição
1			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
2			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
3			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
4			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
5			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
6			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
7			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
8			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
9			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
10			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
11			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
12			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
13			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
14			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
15			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
16			☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia

CARDAPIO DOS PACIENTES UTILIZADO DURANTE O TRIMESTRE

Cardápio Pacientes					
	CAFÉ MANHÃ 07:00h	ALMOÇO 11:00h	CAFÉ TARDE 14:00h	JANTA 17:00h	CEIA 21:00h
SEG	Pão, café com leite	Arroz Feijão Frango com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos
TER	Pão, café com leite	Arroz Feijão Carne moída com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos
QUA	Pão, café com leite	Arroz Feijão Frango com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos
QUI	Pão, café com leite	Arroz Feijão Carne moída com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos
SEX	Pão, café com leite	Arroz Feijão Frango com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos
SAB	Pão, café com leite	Arroz Feijão Carne moída com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos
DOM	Pão, café com leite	Arroz Feijão Frango com legumes Salada	Mingau ou suco Com biscoito	sopa	Mingau Ou Chá com biscoitos

CARDAPIO DOS COLABORADORES UTILIZADO DURANTE O TRIMESTRE

Cardápio Colaboradores					
	CAFÉ DA MANHÃ 08:00h	ALMOÇO 11:30 às 12:30h	CAFÉ DA TARDE 13:00h	JANTAR 20:00h	CEIA 00:00h
SEG	Pão, margarina, café e leite	Bife acebolado, batão de dois, cuscuz de milho, salada	Torrada com café	Bife acebolado, batão de dois, cuscuz de milho	Café com biscoito
TER	Pão, margarina, café e leite	Frango ao forno, arroz parboilizado, cuscuz de milho, feijão e salada	Bolo fofó com café	Frango ao forno, arroz parboilizado, cuscuz de milho,	Café com biscoito
QUA	Pão, margarina, café e leite	Frango frito, arroz parboilizado cuscuz de milho, feijão preto, salda	Broaca com café	Almôdegas ao molho, arroz parboilizado	Café com biscoito
QUI	Pão, margarina, café e leite	Picadinho bovino, arroz com cenoura, macarrão, feijão, salada	Tapioca com margarina, café e leite	Picadinho bovino, arroz com cenoura, macarrão	Café com biscoito
SEX	Pão, margarina, café e leite	Fígado bovino, arroz parboilizado, feijão, macarrão, salada	Torrada com café	Fígado bovino, arroz parboilizado, cuscuz de milho	Café com biscoito
SAB	Pão, margarina, café e leite	Bisteca suína, batão de dois, cuscuz de milho e salada	Biscoito doce/salgado, café e leite	Bisteca suína, batão de dois, cuscuz de milho	Café com biscoito
DOM	Pão, margarina, café e leite	Frango ao molho, arroz parboilizado, macarrão, feijão e salada	Tapioca com margarina, café e leite	Frango ao molho, arroz parboilizado, macarrão	Café com biscoito

PLANILHAS DE CONTROLE DE HIGIENIZAÇÃO :

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL			
Anotar seu NOME e a DATA de foi realizada			
Responsável: Auxiliares de serviços gerais			
SEMANAL ESTOQUE ALMOXARIFADO			
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:

Anotar seu NOME e a DATA de foi realizada			
Responsável: auxiliares de serviço gerais			
SEMANAL GELADEIRAS			
GELADEIRA 01	GELADEIRA 01	GELADEIRA 02	GELADEIRA 02
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:

Maternidade Hospital Santa Isabel			
Anotar seu NOME e a DATA de foi realizada			
Responsável: auxiliares de serviço gerais			
QUINZENAL FREEZER DA COPA			
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:
DATA:	DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:	RESPONSÁVEL:

20. ALMOXARIFADO E FARMÁCIA

O gerenciamento da farmácia é fundamental para que a instituição possa cumprir com qualidade e rapidez as necessidades dos atendimentos.

O quadro de funcionários é composto por 6 (seis) colaboradores distribuídos em plantões, sendo 02 (dois) farmacêutico e 04 (quatro) auxiliares de farmácia.

Esta equipe nos permite manter o controle sobre os medicamentos, materiais e insumos utilizados que são vitais para a excelência do atendimento e também contribui para otimizar recursos através de uma gestão financeira eficaz.

Para a manutenção do controle do estoque de materiais e medicamentos estão em fase de desenvolvimento alguns procedimentos, a fim de otimizar os processos e garantir a qualidade no trabalho da equipe da farmácia.

Além do exposto, destacamos o desenvolvimento pelo Instituto Rosa Branca das Normas e Rotinas, bem como POP (Procedimento Operacional Padrão), com objetivo de que norteie e direcione o auxiliar de farmácia na conduta desde a entrega dos materiais e medicamentos, até a dispensação para os setores dentro da unidade hospitalar.

21. IMPLANTAÇÃO DE NOVOS PROCESSOS

O Instituto Rosa Branca com objetivo de melhorar os serviços, garantindo a satisfação dos pacientes e dos integrantes da equipe da Maternidade Hospital Santa Isabel, processos administrativos que garantam o pleno funcionamento da organização hospitalar, onde implantamos o protocolo de feridas, visando o cuidado e o atendimento humanizado dos pacientes internados.

22. AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE



JULHO AMARELO

Conscientização sobre as hepatites virais

Convite – Capacitação sobre Hepatites Virais

Convidamos todos os colaboradores para participarem de uma capacitação sobre Hepatites Virais, que será realizada na próxima terça-feira, dia 22, às 9h, no auditório.

Durante o evento, também haverá:

- ✓ Atualização do cartão de vacina
- ✓ Aplicação da vacina contra Hepatite B (para quem precisar)

Sua presença é muito importante! Vamos juntos cuidar da nossa saúde e ampliar nosso conhecimento!



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE

*Julho amarelo
mês de conscientização sobre hepatites virais.*



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE

Vacinação dos colaboradores.



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE

05 DE AGOSTO

Dia Nacional da Saúde

**Preservar a saúde é
preservar a vida!**



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE



agosto dourado

Mês dedicado à intensificação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Nutrição e amor em cada gota.



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE



Homenageamos todos os pais que cuidam
com amor, força e dedicação. Que o Dia dos
Pais seja repleto de reconhecimento e
carinho!





INSTITUTO
Rosa Branca

AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE

MÊS DEDICADO
AO INCENTIVO À
AMAMENTAÇÃO

AGOSTO

DOURADO

TEMOS A HONRA DE CONVIDAR TODOS VOCÊS PARA PARTICIPAREM DA NOSSA PROGRAMAÇÃO EM ALUSÃO AO AGOSTO DOURADO, MÊS DEDICADO À VALORIZAÇÃO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.

TEMA:
PRIORIZAREMOS A AMAMENTAÇÃO: CONSTRUINDO
SISTEMAS DE APOIO SUSTENTÁVEL.

LOCAL: AUDITÓRIO
DATA: 27/08
HORÁRIO: 08HS



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE

Agosto Dourado



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE



SETEMBRO

Amarelo

AJUDAR PODE ESTAR AO NOSSO ALCANCE



**MÊS DE CONSCIENTIZAÇÃO
SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS
E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE



SETEMBRO *amarelo*

Juntos pela vida.

É com satisfação que convidamos a todos para participar da Palestra do Setembro Amarelo, realizada pela equipe EMULTI. Este será um momento de diálogo, conscientização e reflexão sobre a importância da valorização da vida e da prevenção ao suicídio. ❤️

 **Data:** 23 de setembro
 **Horário:** 8h00
 **Local:** Auditório

Contamos com a sua presença para juntos fortalecermos essa causa tão importante!



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 3º TRIMESTRE



23. AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

*Aquisição
seis aparadeiras e nove papagaios.*



AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

Aquisição de 52 lençóis.



AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

Aquisição de 12 cestos para lixo.



24. MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE -



LUIS EDSON NOGIMO FILHO LTDA – CNPJ 42.187.164/0001-10
RUA BASÍLIO EMILIANO PINTO, 614, PLANALTO UNIVERSITÁRIO, QUIXADÁ -CE
(88) 99916-9700/ abelardosolucoes@gmail.com

RELATÓRIO CONSOLIDADO DE MANUTENÇÃO – JULHO 2025 MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL (SENADOR POMPEU)

À
Instituto Rosa Branca,

ITEM	EQUIPAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
1	RAIO X RAY TEC	MANUTENÇÃO CORRETIVA – REAJUSTADO CONCRETOS, TESTE AMPOLA
2	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTE
3	VENTILADOR MECÂNICO AEOMED- VG70	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE OPERACIONAL
4	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTE
5	MONITOR MULTIPARAMETROS MINDRAY – IMEC 12	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTE
6	DEFIBRILADOR PHILIPS – HEARTSTART XL	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO DAS PÁS
7	BISTURI ELÉTRICO WEM – SS200A	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO PLACA, PEDAL E CANETA
8	ELETROCARDIOGRAMA BIONET – CARDIOCARE 2000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – AJUSTADO PARAMETROS
9	AUTOCLAVE BANCADA BSDIGITALE – 75LTS	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DE FILTRO
10	ASPIRADOR PORTÁTIL MEDICATE – MD100	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO NO FRASCO
11	ASPIRADOR PORTÁTIL HK – ASPIRATX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO NO FRASCO
12	BERÇO AQUECIDO GIGANTE – RECÉM NASCIDO	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE TEMPERATURA COM TERMOMETRO
13	ASPIRADOR PORTÁTIL NS – ASPIRAMAX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE INTEGRIDADE DO FRASCO

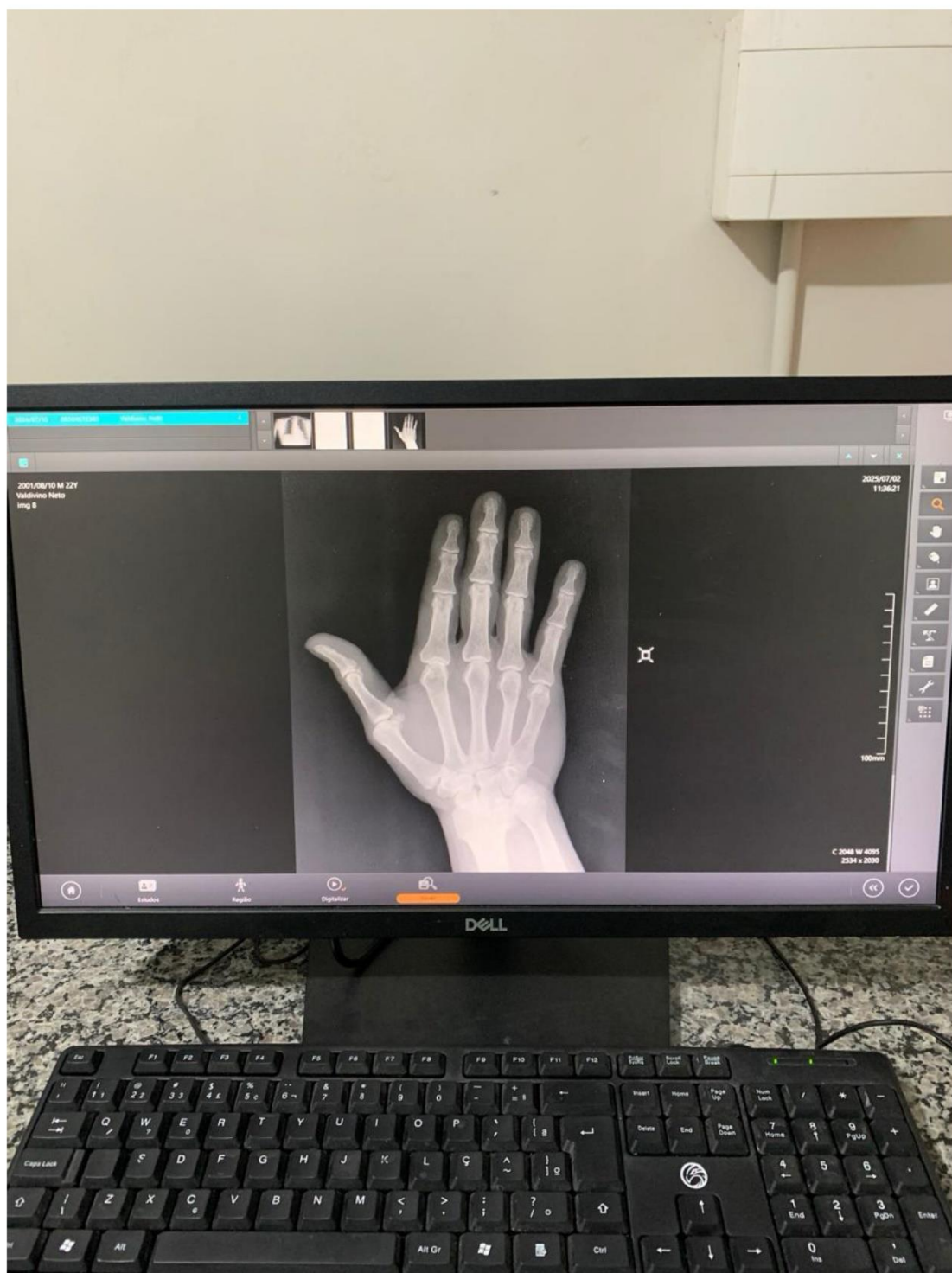
FOTOS NO ANEXO I

LUIS EDSON NOGIMO
FILHO
LTDA:42187164000110
Assinado de forma digital por
LUIS EDSON NOGIMO FILHO
LTDA:42187164000110
Dados: 2025.07.31 15:34:05
-03'00'

Quixadá, 31 de Julho de 2025.

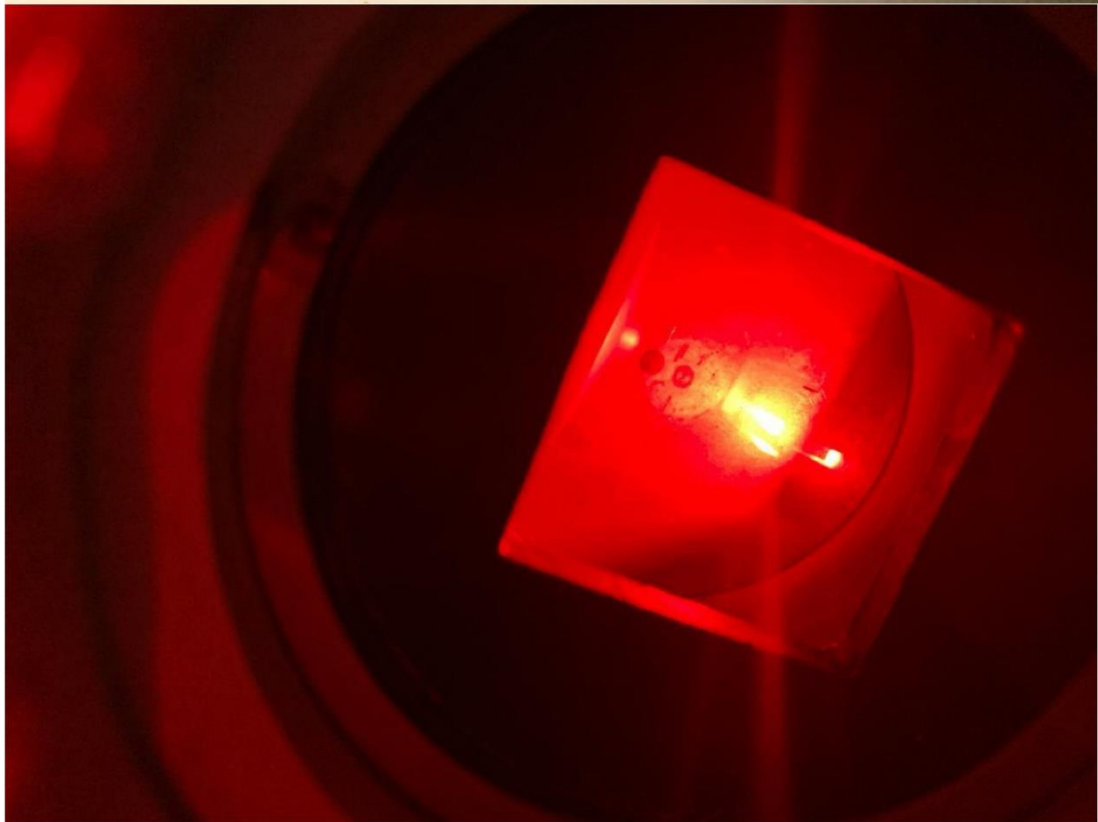
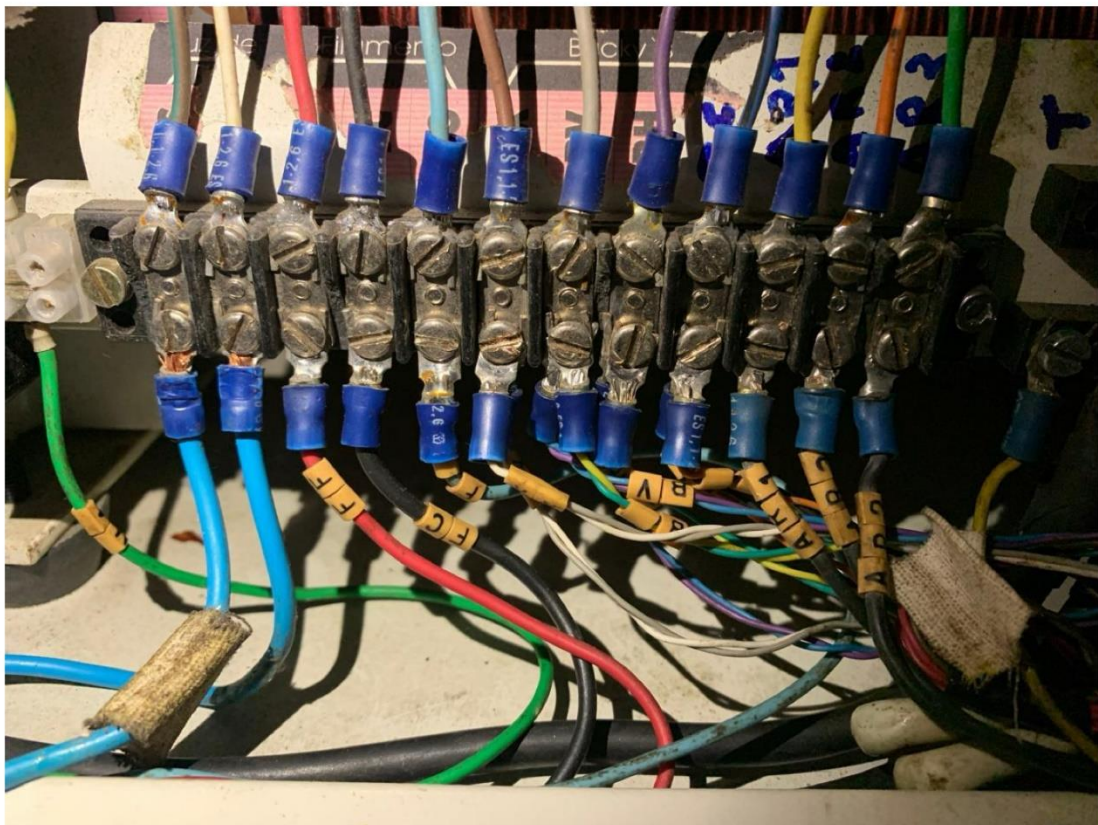


INSTITUTO
Rosa Branca





INSTITUTO
Rosa Branca





LUIS EDSON NOGIMO FILHO LTDA – CNPJ 42.187.164/0001-10
RUA BASÍLIO EMILIANO PINTO, 614, PLANALTO UNIVERSITÁRIO, QUIXADÁ -CE
(88) 99916-9700/ abelardosolucoes@gmail.com

RELATÓRIO CONSOLIDADO DE MANUTENÇÃO – AGOSTO 2025 MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL (SENADOR POMPEU)

À
Instituto Rosa Branca,

ITEM	EQUIPAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
1	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – SUBSTITUIÇÃO DE ABRAÇADEIRA PNI
2	VENTILADOR MECÂNICO AEOMED- VG70	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – CALIBRAÇÃO DE DISPLAY
3	MONITOR MULTIPARAMETROS MINDRAY – IMEC 12	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VERIFICADO ECG
4	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA– INSPEÇÃO
5	DEFIBRILADOR PHILIPS – HEARTSTART XL	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DAS PÁS
6	ELETROCARDIOGRAMA BIONET – CARDIOCARE 2000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ORIENTADO SOBRE LIMPEZA DE ELETRÔDOS
7	BISTURI ELÉTRICO WEM – SS200A	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO PLACA, PEDAL E CANETA
8	AUTOCLAVE BANCADA BSDIGITALE – 75LTS	ENCAMINHADA MÁQUINA PARA SUBSTITUIR ATÉ O REPARO SER CONSOLIDADO
9	BERÇO AQUECIDO GIGANTE – RECÉM NASCIDO	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO
10	ASPIRADOR PORTÁTIL MEDICATE – MD100	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE INTEGRIDADE DO FRASCO
11	ASPIRADOR PORTÁTIL HK – ASPIRATEX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE INTEGRIDADE DO FRASCO
12	ASPIRADOR PORTÁTIL NS – ASPIRAMAX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE INTEGRIDADE DO FRASCO
13	RAIO X RAY TEC	MANUTENÇÃO PREVENTIVA (AJUSTE COLIMADOR)
14	MANÔMETROS O2	VERIFICADO MANÔMETROS SALA DE EMERGÊNCIA

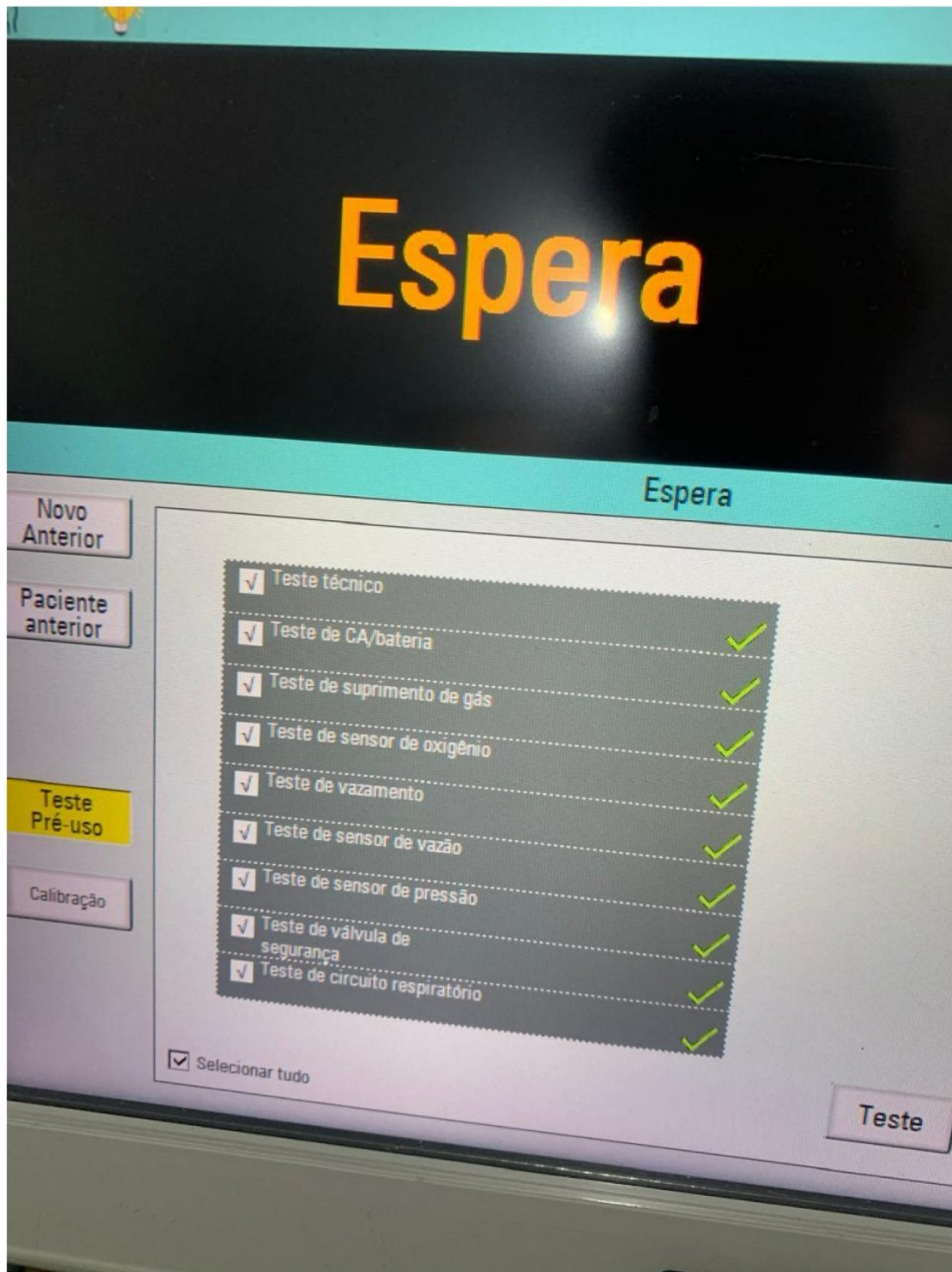
FOTOS NO ANEXO I

LUIS EDSON
NOGIMO FILHO
LTDA:421871640
00110

Assinado de forma digital
por LUIS EDSON NOGIMO
FILHO
LTDA:42187164000110
Dados: 2025.08.29
15:44:35 -03'00'

Quixadá, 29 de Agosto de 2025.

ANEXO I





INSTITUTO
Rosa Branca



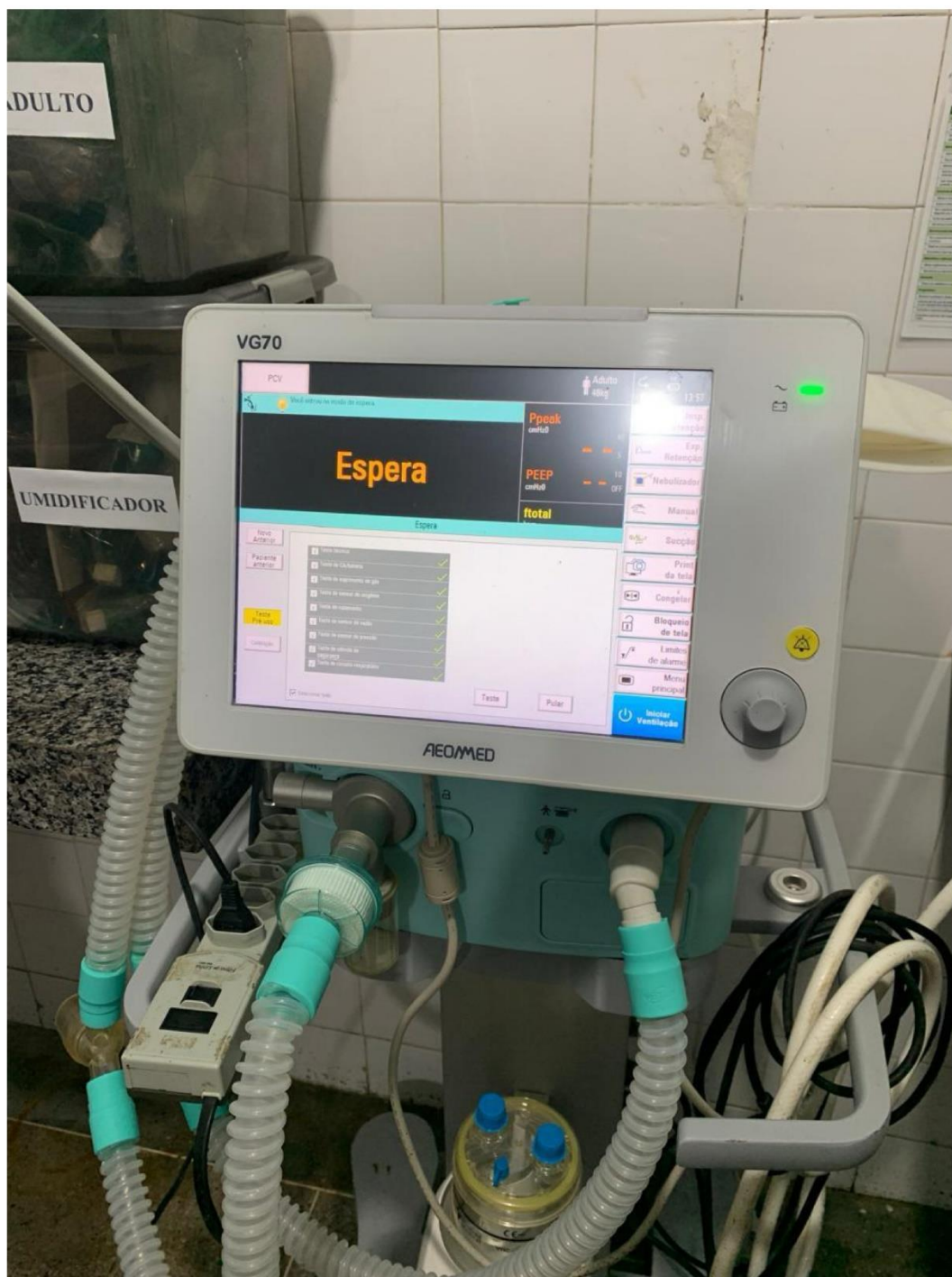


INSTITUTO
Rosa Branca





INSTITUTO
Rosa Branca





LUIS EDSON NOGIMO FILHO LTDA – CNPJ 42.187.164/0001-10
RUA BASÍLIO EMILIANO PINTO, 614, PLANALTO UNIVERSITÁRIO, QUIXADÁ -CE
(88) 99916-9700/ abelardosolucoes@gmail.com

RELATÓRIO CONSOLIDADO DE MANUTENÇÃO – SETEMBRO 2025 MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL (SENADOR POMPEU)

À
Instituto Rosa Branca,

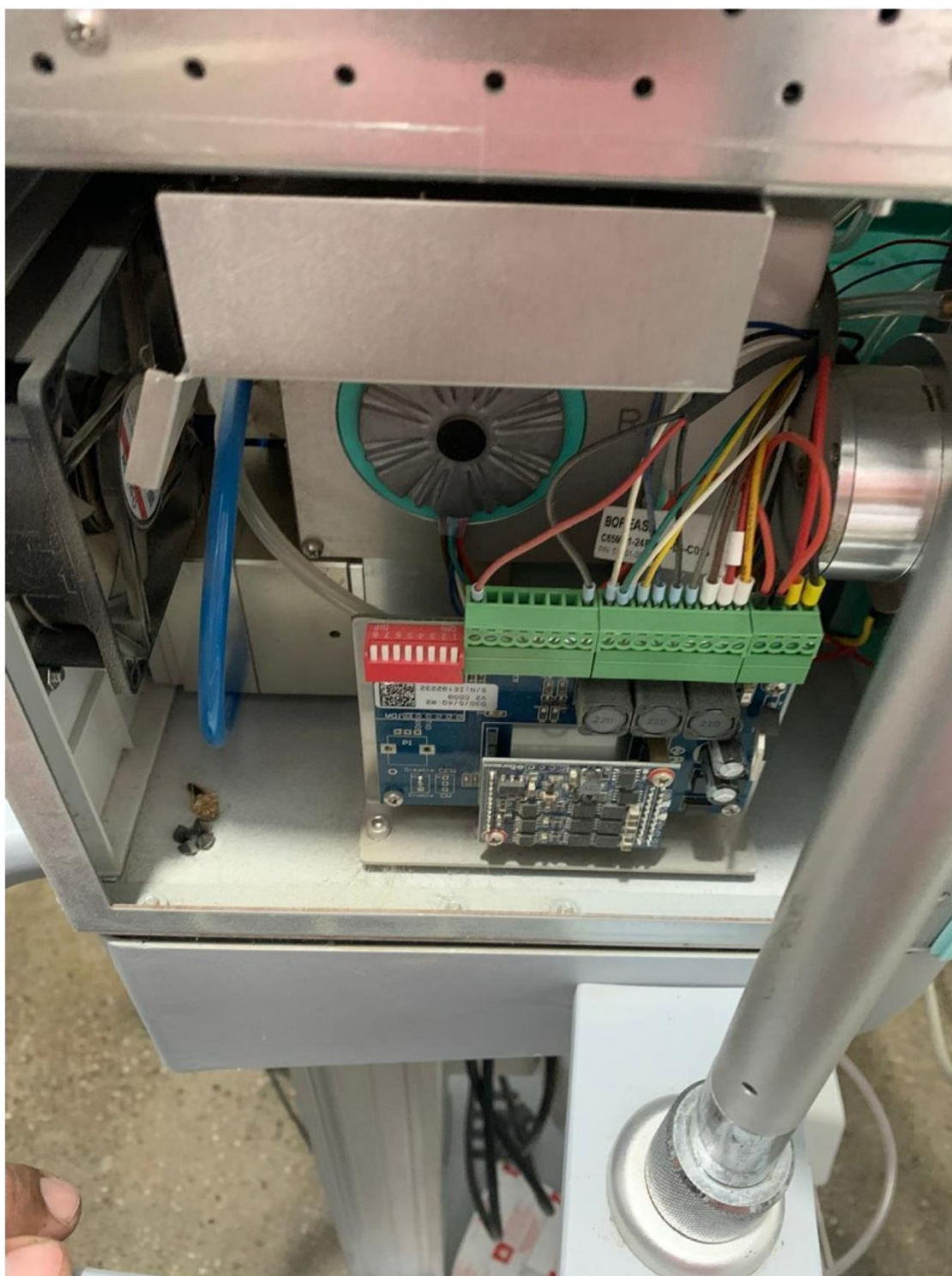
ITEM	EQUIPAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
1	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – SUBSTITUIÇÃO DE SENSOR OXIMETRIA
2	VENTILADOR MECÂNICO AEOMED- VG70	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – IDENTIFICADO MICROVAZAMENTO DE O2 PELO BLOCO (SOLICITADO PEÇA DE REPOSIÇÃO)
3	MONITOR MULTIPARAMETROS MINDRAY – IMEC 12	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ABRAÇADEIRA PNI
4	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ABRAÇADEIRA PNI
5	DEFIBRILADOR PHILIPS – HEARTSTART XL	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE OPERACIONAL
6	ELETROCARDIOGRAMA BIONET – CARDIOCARE 2000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DE CARDIOCLIPS
7	BISTURI ELÉTRICO WEM – SS200A	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTE
8	AUTOCLAVE BANCADA BSDIGITALE – 75LTS	MÁQUINA EM ANÁLISE
9	LARINGOSCÓPIO	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – SUBSTITUIÇÃO DE LÂMPADAS E TESTE EM TODAS AS LÂMINAS
10	ASPIRADOR PORTÁTIL MEDICATE – MD100	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO
11	ASPIRADOR PORTÁTIL HK – ASPIRATX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO
12	ASPIRADOR PORTÁTIL NS – ASPIRAMAX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO
13	MANÔMETROS O2	VERIFICADO MANÔMETROS SALA DE EMERGÊNCIA
14	FLUXÔMETRO O2	APRESENTA VAZAMENTO – SOLICITADO REPOSIÇÃO

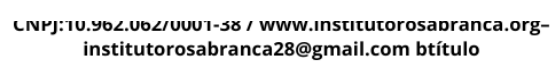
FOTOS NO ANEXO I

LUIS EDSON NOGIMO
FILHO
LTDA:42187164000110
Assinado de forma digital por LUIS
EDSON NOGIMO FILHO
LTDA:42187164000110
Dados: 2025.09.30 15:52:19 -03'00'

Quixadá, 30 de Setembro de 2025.

ANEXO I







INSTITUTO
Rosa Branca



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

*Reparo
da entrada que dá acesso ao auditório.*



Antes

depois

depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

*Revitalização
onde sera o setor de medicação..*



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca da pia da enfermaria 04.

Antes



Depois



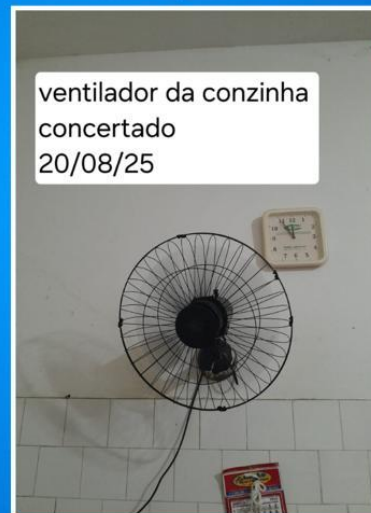
MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Concerto do ventilador da cozinha.

Antes



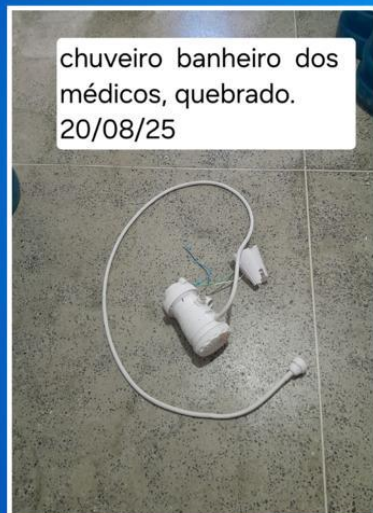
Depois



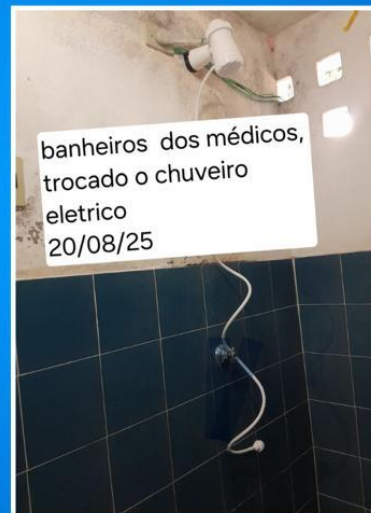
MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca do chuveiro do banheiro dos Médicos.

Antes

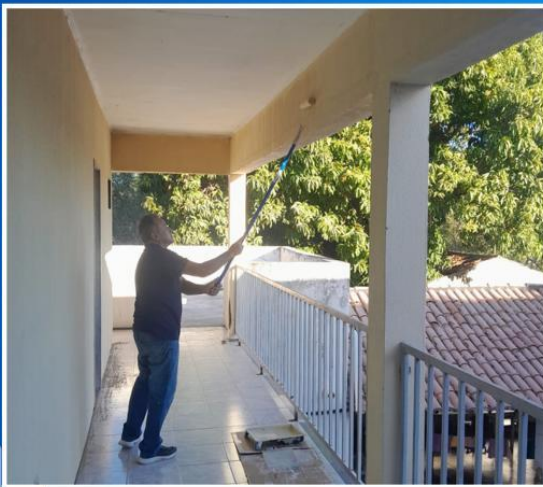


Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Pintura do corredor do auditório.



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

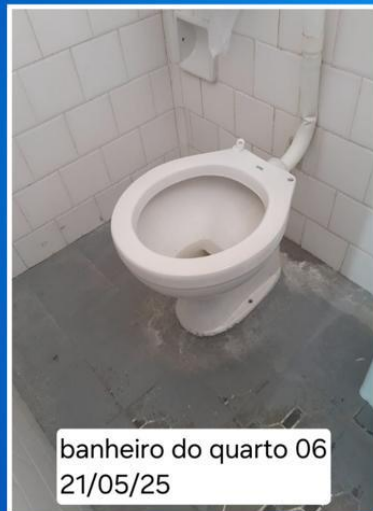
Pintura da sala do Same.



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca da tampa do vaso sanitário da enfermaria.

Antes



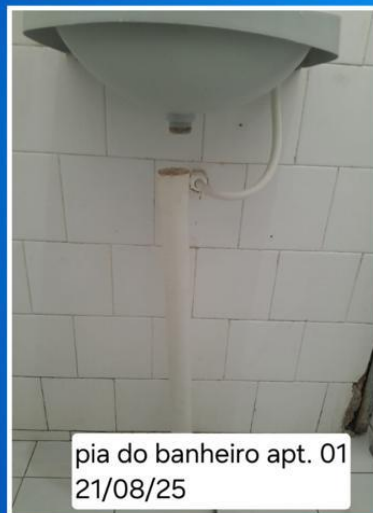
Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Concerto da pia da enfermaria.

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Reparo da parede da observação.

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Reparo da parede no banheiro dos Médicos.

Antes



Depois



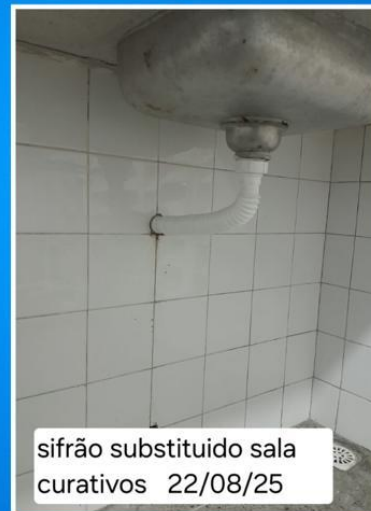
MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Reparo na pia da sala de curativos.

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca de lâmpadas da entrada da unidade.

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Pintura das enfermarias.

Antes



Depois



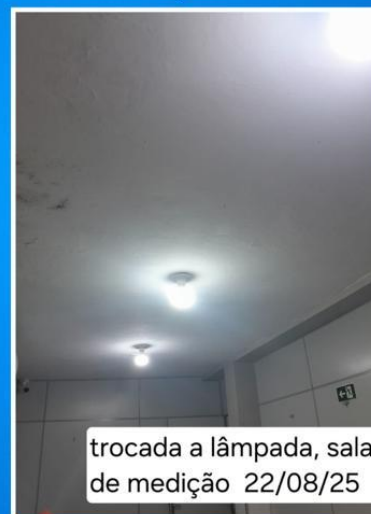
MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca de lâmpada na sala de medicação.

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Limpeza da condensadora da emergênci.a.

Antes



lavagem da
condensadora
AGRATTO 21/08/25

Depois



lavagem condensadora
sala de emergência
21/08/25



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Reparo e pintura na sala do auditorio.

Antes



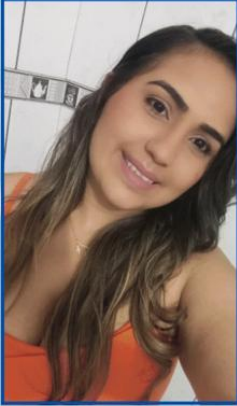
Depois



25. ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Aniversariantes do mês de Julho

MARCOS	ITAMAR	MAYANY	SABRINA	NERINEUDA
				
15/07	16/07	17/07	22/07	25/07



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE



ANIVERSARIANTES MÊS DE JULHO



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**

Aniversariantes do mês de Agosto

Ineuda	Georgia	Lizoneide	Dr.Olavo	Pedro
				
05/08	16/08	20/08	20/08	26/08



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE



ANIVERSARIANTES MÊS DE AGOSTO



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

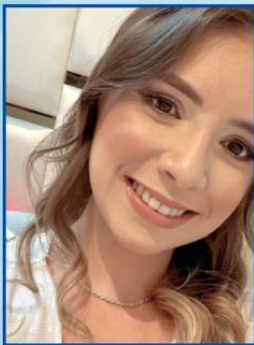
**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**

DR. DEUSIMAR



06/09

DRA. ENYSIA



10/09

LYZANDRA



11/09

ELDER



18/09

SHEILA



27/09



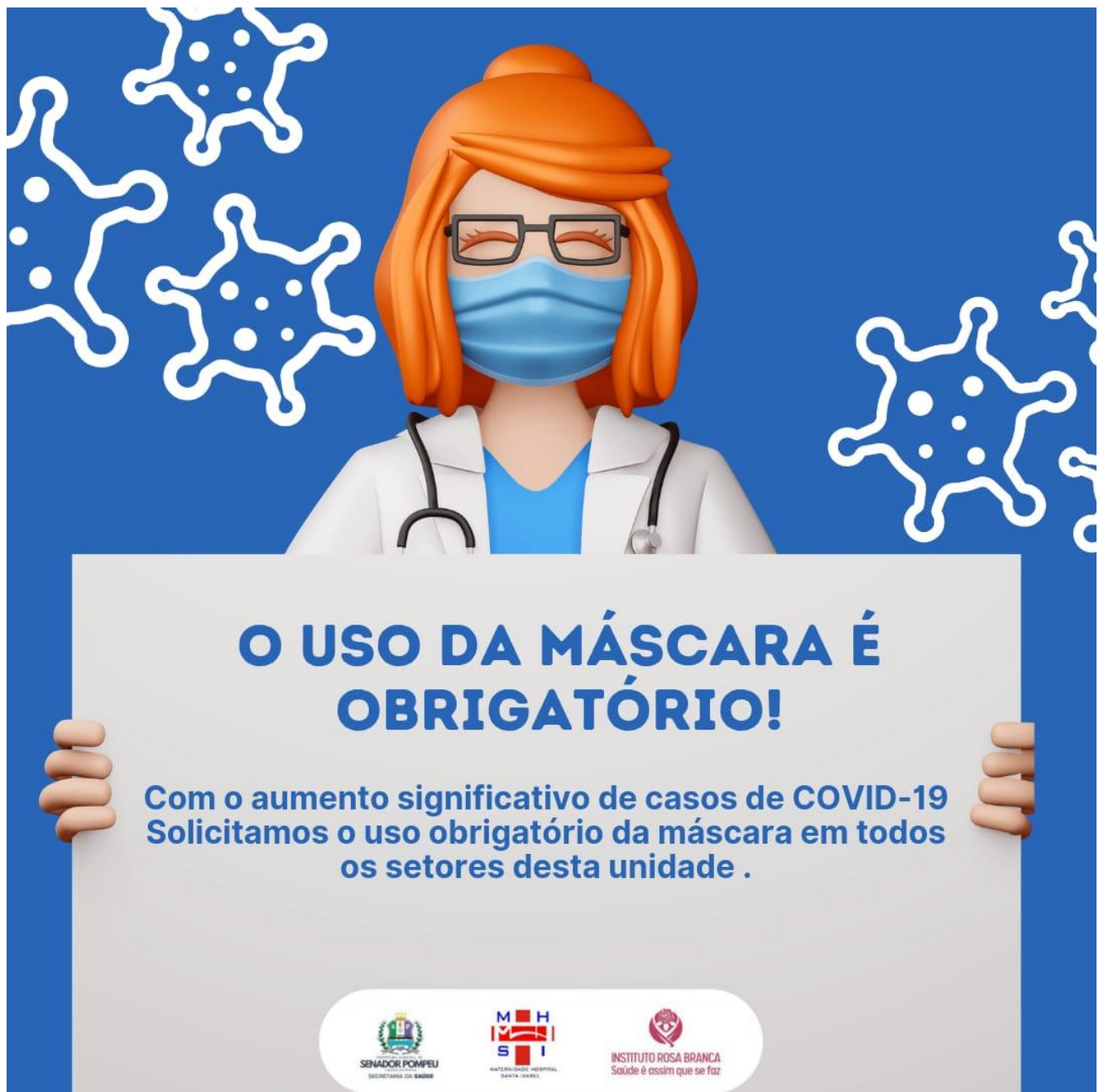
ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE



ANIVERSARIANTES MÊS DE SETEMBRO



26. CAMPANHAS EDUCATIVAS



CAMPANHAS EDUCATIVAS

ATENÇÃO

O que devo levar para o atendimento na Maternidade Hospital Santa Isabel

É DE GRANDE IMPORTÂNCIA QUE O PACIENTE ESTEJA COM OS DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO, CPF E CARTÃO SUS.



Não podemos esquecer do endereço e número para contato, caso haja necessidade de contato posteriormente.



CAMPANHAS EDUCATIVAS




INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Os cuidados
PRECISAM
CONTINUAR

Use máscara e
proteja-se dos vírus
em circulação!


MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL


PREFEITURA DE
SENADOR POMPEU
CUIDANDO DAS PESSOAS

CAMPANHAS EDUCATIVAS



SILÊNCIO

O SILÊNCIO FAZ PARTE DO TRATAMENTO!

 Se necessário o uso do celular, mantenha o volume no modo silencioso ou vibratório.

Fale em voz baixa. Evite conversas nos corredores e em áreas assistenciais.



CAMPANHAS EDUCATIVAS

CAMPANHA ADORNO ZERO



ANEIS E
ALIANÇAS



BRINCOS



PULSEIRAS E
RELOGIOS



BROCHES E
BOTTONS



CORDÃO DE
CRACHÁ



LENÇOS E
CACHECOIS



PIERCINGS
APARENTES



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

CAMPANHAS EDUCATIVAS

PROIBIDA

ENTRADA COM

ROUPAS CURTAS



CAMPANHAS EDUCATIVAS

COMUNICADO

NÃO É PERMITIDO A ENTRADA DE CRIANÇAS MENORES DE 12 ANOS



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

CAMPANHAS EDUCATIVAS



Comunicado importante!

Atenção! Uso Obrigatório de Máscara

Informamos que, devido à prevenção contra a COVID-19, o uso de máscaras é obrigatório em todas as dependências deste estabelecimento.

Essa medida tem como objetivo proteger a saúde de todos, garantindo um ambiente seguro para pacientes, colaboradores e visitantes.

Contamos com a colaboração de todos !



SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



MUNICÍPIO DE ITABORAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



INSTITUTO
Rosa Branca

CAMPANHAS EDUCATIVAS

**Prezados,
pacientes e
acompanhantes**



INFORMAMOS

**que o uso de máscara é
obrigatório dentro do
hospital. Proteja a si
mesmo e aos outros.**



CAMPANHAS EDUCATIVAS



IMPORTANTE:

ENTRADA PERMITIDA APENAS COM O USO DE MÁSCARA



CAMPANHAS EDUCATIVAS



AVISO IMPORTANTE



A PARTIR DE HOJE, É **OBRIGATÓRIO**
O USO DE **CROCS COM MEIA** NO
HOSPITAL!

- ✓ Evita escorregões
- ✓ Mantém os pés quentinhos
- ✓ Eleva seu nível de estilo (ou pelo menos tentamos...)

✗ Quem descumprir a regra terá que
desfilar pelo corredor com passarela
imaginária e aplausos da equipe!



CONCLUSÃO

Este relatório foi elaborado com base nas atividades desenvolvidas pelos diversos departamentos da Maternidade e Hospital Santa Isabel no período de Julho a Setembro de 2025.

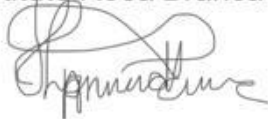
Os dados apresentados no presente relatório, refletem a realidade dos serviços prestados ao município de Senador Pompeu, no que diz respeito ao atendimento médico, bem como a implementação de comissões obrigatórias na unidade, considerando que o princípio da eficiência pressupõe que a realização de determinada atividade aconteça com presteza e perfeição para que produza efetivos resultados na consecução das finalidades propostas e tendo em vista o desempenho da Maternidade e Hospital Santa Isabel neste trimestre, atestamos a eficiência dos serviços prestados, evidenciando a faceos resultados alcançados.

Da análise concluímos que o contrato vem sendo executado satisfatoriamente, através de uma gestão eficaz oferecendo um atendimento de qualidade à população usuária do SUS. As ações elaboradas e/ou planejadas são alinhadas e discutidas com os membros da secretaria de saúde para entendimento de viabilidade na alteração dos processos

Senador Pompeu, 31 de Outubro de 2025.

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDERSON FARIAS PINTO
Data: 03/11/2025 09:15:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Anderson FariasPresidente
Instituto Rosa Branca



Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coordenadora Geral - MHSI

Documento assinado digitalmente
gov.br NERISSA LUIZA LEITAO DE ALMEIDA
Data: 03/11/2025 09:40:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Gerente Assitencial - IRB