

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL

COMPETÊNCIA: OUTUBRO A DEZEMBRO 2025



RELATÓRIO DE GESTÃO

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

PERÍODO

OUTUBRO A DEZEMBRO 2025

INÍCIO DA GESTÃO 01 DE JULHO DE 2022

RELATÓRIO DE GESTÃO ASSISTENCIAL, TRIMESTRAL: OUTUBRO A DEZEMBRO 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.....	77
CARTA DE NOMEÇÕES.....	88
AGENDA DE REUNIÕES.....	91
REGISTRO FOTOGRÁFICO	93
ATENÇÃO AO USUÁRIO.....	95
DESEMPENHO GERAL.....	131
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO PRÓXIMO TRIMESTRE.....	132
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO	134
ALMOXARIFADO E FARMÁCIA	141
IMPLANTAÇÃO DE NOVOS PROCESSOS.....	142
AÇÕES REALIZADAS.....	143
AQUISIÇÕES.....	153
RELATÓRIO DAS MANUTENÇÕES.....	157
MANUTENÇÕES E PREVENTIVOS DO TRIMESTRE.....	170
ANIVERSARIANTES DO MÊS.....	180
CAMPANHAS EDUCATIVAS	189
CONCLUSÃO	200

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 Outubro a 31 de Dezembro 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 Outubro a Dezembro 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 **11.293** atendimentos, sendo o mês de **Outubro** 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		OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
	EMERGÊNCIA	11	3	3
	MUITO URGENTE	21	20	24
	URGENTE	1.491	1.152	1.011
	POUCO URGENTE	2.432	2.516	2.385
	NÃO URGENTE	54	51	31
	NÃO CLASSIFICADOS	40	33	15
TOTAL		4.049	3.775	3.469
% PACIENTES ATENDIDOS COM RISCO CLASSIFICADO		99,01%	99,12%	99,56%

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

Tabela: Consolidado trimestral de óbitos e prontuários revisados

MÊS	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS QUE VIERAM A ÓBITOS	4	4	4
TOTAL DE PRONTUÁRIOS REVISADOS	4	4	4
TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS	100%	100%	100%

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



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

PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
OUTUBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
J.L.S	83	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.M.P.V	93	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.M.L.B	33	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
E.L.A	75	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
S.D.O.F	57	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
B.V.M	89	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
I.C.M	84	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

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

PACIENTES INTERNADOS

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
OUTUBRO/2025- CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
F.M.N.C	50	I469-PARADA CARDIACA NAO ESPECIFICADA	I469-PARADA CARDIACA NAO ESPECIFICADA	2	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.G.N.F.	62	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	7	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
C.F	87	A419-COLELITIASE	A419-COLELITIASE	9	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.F.N	94	A419- OUTRAS SEPTICEMIAS	A419- OUTRAS SEPTICEMIAS	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

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

PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
NOVEMBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
A.R.P	92	C73 – NEOPLASIA MALIGNA DA GLÂNDULA TIREOIDE	C73 – NEOPLASIA MALIGNA DA GLÂNDULA TIREOIDE	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.F.S.F	51	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.H.S.L	95	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.E.H.F	14	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.A.F.N	48	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

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

PACIENTES ATENDIDOS NA CLINICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
NOVEMBRO/2025- CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
F.G.S	76	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	9	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.J.S	82	A419- SEPTICEMIA	A419- SEPTICEMIA	3	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.P.N	84	J969- INSUFICIENCIA CARDIACA	J969- INSUFICIENCIA CARDIACA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.V.L	87	A419. SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	A419. SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	

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

PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
DEZEMBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
M.M.C	89	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.E.M.M	88	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.V.P	80	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
H.A.O.N	58	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
S.I.T.N	71	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.P.A	96	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.A.A	63	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

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

PACIENTES ATENDIDOS NA CLINICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
DEZEMBRO/2025- OBITO CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
A.P.S.	78	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.E.H.S.S.	59	C349- neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificada,	C349- neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificada,	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
I.N.L	69	J449- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J449- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	2	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.S.N	89	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

Foram avaliados 31 óbitos ocorridos na Unidade no 4º trimestre. Destes, 13 pacientes foram do sexo masculino, e 18 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 CADASTRADOS NO CNES

Metodologia de cálculo: Total de profissionais médicos na unidade / Total de

TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES			
META	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA UNIDADE	22	22	26
TOTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES	22	22	26
TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES	100%	100%	100%

profissionais médicos cadastrados no CNES X 100.

CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÉDICOS MÊS DE REFERÊNCIA: OUTUBRO/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: 05/12/2025

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: ASSOCIAÇÃO PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE S
Cadastro em: 01/08/2004 Data da última atual. base local: 25/08/2025 Data da última atual. base nacional: 08/11/2025

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	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 MARCELY 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	702609241860746	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	701000874404994	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	703201622568295	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	703203600643891	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
RAMILLY 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 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 MÉDICOSMÊS DE REFERÊNCIA: NOVEMBRO/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: 05/12/2025

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
Cadastrado em: 01/08/2004 Data da última atual. base local: 25/08/2025 Data da última atual. base nacional: 08/11/2025

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALEXANDRE MAGNO LOPES MINEIRO	70688373330028	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	20	0	20
ALINE SILVA ESMERALDO ARAUJO	700002489242401	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	70800089953327	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CAMILA MARCELI 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	701000874404954	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	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	707803271682190	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	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 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: DEZEMBRO/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 (CRAIC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)
Data: 06/01/2026

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
Cadastro em: 01/06/2004 Data da última atual. base local: 24/11/2025 Data da última atual. base nacional: 18/12/2025

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALEXANDRE MAGNO LOPES MINEIRO	70690373330008	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	20	0	20
ALINE SILVA ESMERALDO ARAUJO	70002486240401	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 DELSIVAR COSTA SIQUEIRA	70800389593327	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CAMILA MARCELY BARBOSA DOS SANTOS	701806240785372	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CICERO EDJANIO FERRERA LIMA	704500393116312	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
CLARICE MARIA DE MORAES FERREIRA	70050511177695	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
DANIELLY BATISTA BRAGA RICARTE	702606241880746	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
ENYSSIA 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

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>).

Ativar c
Acesse Cc
Pag. 1 de 2

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
FRANCISCO CONRADO DE LIMA ALVES	70100374404994	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
FRANCISCO FELIPE ALVES MORAIS	700102536150715	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JESSICA RAYANNE PEREIRA SANTANA	704506350241813	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
JESSICA TAVARES SANTOS	702107745380197	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
JORGE WILLIAM PEREIRA	704006327338666	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	Artigo 2º -	0	12	12	24
LARISSA COLARES DE ALMEIDA BARBOSA	706206524057165	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12
LIDIO JOSE CLEMENTE BARROS DE ARAUJO	707800617587013	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
LUIZ FELLIPE GONCALVES PINHEIRO	707603271882190	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
MARIANA DE SOUZA VIDAL	700506396191655	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
OLAVO DUARTE LEITE	703206300643891	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	12	12	24
RAMILLE GONCALVES OLIVEIRA	706706570942610	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
WILSSES BARBOSA VICTOR	705000018177096	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	COOPERADO	NAO SE APLICA		0	6	6	12

Total de profissionais

26

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

Ativar c
Acesse Cc
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:
OUTUBRO/2025

INDICADOR QUANTITATIVO			
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR – OUTUBRO/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	4,79

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
2325105817683	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																				13
2325105817617	MEDICA		X	1																															1
2325105817606	MEDICA		X	1	1	1	1	1																											5
2325105817584	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1																										6
2325105817595	MEDICA	X	X					1	1																										2
2325105817848	MEDICA	X	X					1	1	1	1	1	1	1	1																				8
2325105817969	MEDICA	X	X																1	1	1														3
2325105817672	PEDIATRIA	X	X					1	1	1	1	1	1	1	1	1																			9
2325105817925	PEDIATRIA	X	X																1	1															2
2325105817881	PEDIATRIA	X	X																								1	1							2
2325105817573	PEDIATRIA	X	X																								1	1							2
2325105817914	PEDIATRIA	X	X																				1	1	1										3
2325105817782	PEDIATRIA	X	X																											1	1				2
2325105817738	MEDICA	X	X																				1	1	1										3
2325105817936	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1							6
2325105817750	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							22
2325105817705	MEDICA	X	X			1	1	1	1	1	1	1																							7
2325105817650	MEDICA	X	X		1	1																													2
2325105818013	MEDICA	X	X																														1	1	2
2325105817771	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1							6
2325105817903	MEDICA	X	X																							1	1	1							3
2325105818002	MEDICA	X	X																											1	1	1	1		4
2325105817661	MEDICA	X	X											1	1	1																			3
2325105817716	MEDICA	X	X					1	1	1	1	1	1																						6
2325105817980	MEDICA	X	X												1	1																			2
2325105818024	MEDICA	X	X																										1	1	1	1			4
2325105817958	MEDICA	X	X												1	1																			2
2325105817991	MEDICA	X	X						1	1	1	1																							4
2325105817892	MEDICA	X	X																1	1	1	1	1	1										6	
2325105818365	MEDICA	X	X																										1	1	1				3
2325105817860	MEDICA	X	X																					1	1	1	1								4
2325105817815	MEDICA	X	X			1	1	1	1	1	1	1	1	1																					8
2325105817640	MEDICA	X	X				1	1	1	1	1																								5
2325105817970	MEDICA	X	X										1	1	1																				3

[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 4,79 dias. Conforme demonstrado nos gráficos abaixo.



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

INDICADOR QUANTITATIVO			
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR – NOVEMBRO/2025			
INDICADOR	META	CÁLCULO	PONTUAÇÃO
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	< 6 DIAS	TOTAL DE PACIENTES-DIA DURANTE DETERMINAO PERÍODO (1 MÊS) / TOTAL DE PACIENTES EM DETERMINADO PERÍODO, INCLUINDO OS ÓBITOS	4,37

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
2325105818629	PEDIATRIA		X	1	1	1																												3
2325105818607	MEDICA		X	1	1	1																												3
2325105818409	MEDICA		X	1	1	1	1																											4
2325105818233	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1																							8
2325105818178	MEDICA		X	1	1	1	1	1																										5
2325105818266	MEDICA		X	1																														1
2325105818321	MEDICA		X	1	1	1																												3
2325105818090	MEDICA		X	1																														1
2325105818134	MEDICA		X	1	1	1																												3
2325105818080	MEDICA		X	1	1																													2
2325105818079	MEDICA		X	1																														1
2325105818519	MEDICA	X	X													1	1																	2
2325105818189	MEDICA	X	X								1																							1
2325105818530	MEDICA	X	X																		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10	
2325105818255	MEDICA	X	X											1	1	1	1																	4
2325105818410	OBSTETRICIA	X	X																									1	1					2
2325105818145	OBSTETRICIA	X	X		1	1																												2
2325105818475	PEDIATRIA	X	X																1	1	1	1	1										5	
2325105818497	PEDIATRIA	X	X																	1	1	1	1										4	
2325105818453	PEDIATRIA	X	X																				1	1										2
2325105818541	PEDIATRIA	X	X																										1	1	1	1	1	5
2325105818222	PEDIATRIA	X	X						1	1	1	1	1																					5
2325105818156	PEDIATRIA	X	X	1	1																													2
2325105818520	PEDIATRIA	X	X																			1	1	1	1	1								5
2325105818640	PEDIATRIA	X	X																	1	1													2
2325105818332	PEDIATRIA	X	X										1	1																				2
2325105818343	PEDIATRIA	X	X										1	1																				2
2325105818300	PEDIATRIA	X	X										1	1																				2
2325105818596	MEDICA	X	X															1	1	1														3
2325105818486	MEDICA	X	X																	1	1													2
2325105818464	MEDICA	X	X																				1	1										2
2325105818398	MEDICA	X	X											1	1	1	1																	4
2325105818387	MEDICA	X	X											1	1																			2
2325105818574	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9
2325105818552	MEDICA	X	X																										1	1	1	1	1	5
2325105818585	MEDICA	X	X																								1	1	1	1	1			5
2325105818288	MEDICA	X	X											1	1	1	1	1	1	1														7
2325105818167	MEDICA	X	X							1	1	1	1																					4
2325105818277	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1														5
2325105818630	MEDICA	X	X		1	1	1	1	1	1	1	1	1																					9
2325105818651	MEDICA	X	X			1	1																											2
2325105818673	MEDICA	X	X																			1	1	1	1	1								5
2325105818662	MEDICA	X	X																	1	1	1	1										4	
2325105818618	MEDICA	X	X				1	1	1	1	1	1	1																					7

[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 4,37 dias. Conforme demonstrado nos gráficos abaixo.



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

INDICADOR QUANTITATIVO			
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR – DEZEMBRO/2025			
INDICADOR	META	CÁLCULO	PONTUAÇÃO
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	< 6 DIAS	TOTAL DE PACIENTES-DIA DURANTE DETERMINAO PERÍODO (1 MÊS) / TOTAL DE PACIENTES EM DETERMINADO PERÍODO, INCLUINDO OS ÓBITOS	3,84

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
2325105818981	MEDICA		X	1	1	1																													3
2325105818882	MEDICA		X	1	1	1	1	1																											5
2325105818849	MEDICA		X	1	1																														2
2325105819014	MEDICA		X	1	1	1	1																												4
2325105818827	MEDICA		X	1	1																														2
2325105818805	MEDICA		X	1	1	1	1																												4
2325105818850	MEDICA		X	1	1	1	1	1	1	1	1	1																							8
2325105818794	MEDICA		X	1	1																														2
2325105818893	MEDICA		X	1																															1
2325105818761	MEDICA		X	1	1	1	1																												4
2325105819025	MEDICA		X	1																															1
2325105818915	MEDICA		X	1																															1
2325105818959	MEDICA	X	X									1	1																						2
2325105818871	MEDICA	X	X		1																														1
2325105819410	MEDICA	X	X																					1	1	1									3
2325105818783	MEDICA	X	X		1																														1
2325105819047	OBSTETRICIA	X	X									1																							1
2325105818992	OBSTETRICIA	X	X												1	1																			2
2325105818772	OBSTETRICIA	X	X				1	1	1																										3
2325105818948	PEDIATRIA	X	X								1	1	1																						3
2325105818739	PEDIATRIA	X	X		1	1	1																												3
2325105819256	PEDIATRIA	X	X												1	1	1	1	1																5
2325105818838	PEDIATRIA	X	X	1	1	1																													3
2325105819290	MEDICA	X	X													1	1	1	1																4
2325105819300	MEDICA	X	X															1	1																2
2325105818970	MEDICA	X	X		1	1																													2
2325105819278	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1	1	1	1	1										8	
2325105819003	MEDICA	X	X												1	1																			2
2325105819421	MEDICA	X	X		1	1	1	1	1	1	1	1																							7
2325105819399	MEDICA	X	X																											1	1				2
2325105819388	MEDICA	X	X																					1	1	1	1	1	1	1					7
2325105819377	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1							7
2325105819400	MEDICA	X	X																				1	1	1	1	1	1							7
2325105819245	MEDICA	X	X															1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							9	
2325105818860	MEDICA	X	X					1	1	1																									3
2325105819355	MEDICA	X	X																								1	1	1	1	1				5
2325105819322	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1														5	
2325105818684	MEDICA	X	X								1	1																							2
2325105819267	MEDICA	X	X													1	1	1	1	1	1	1												7	
2325105819179	MEDICA	X	X											1	1	1	1	1	1																6
2325105818904	MEDICA	X	X							1	1																								2
2325105818695	MEDICA	X	X				1	1	1	1	1	1																							6
2325105818717	MEDICA	X	X			1	1	1	1	1	1	1																							7
2325105818728	MEDICA	X	X	1	1	1	1																												4
2325105819234	MEDICA	X	X									1	1	1	1	1	1	1	1																8
2325105818740	MEDICA	X	X		1	1	1																												3

[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 3,84 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 outubro 17%, novembro 17% e dezembro 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		OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
85%	MÉDIA DE PACIENTE DIA (1 MÊS) /N° DE LEITOS X100	17%	17%	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 Outubro a Dezembro 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		
OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
29	25	25

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 outubro atingiu 100, novembro 100 e dezembro 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: OUTUBRO/2025

RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL INDICADORES QUANTITATIVOS COMPETÊNCIA: OUTUBRO/2025		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2325105817683	MEDICA	
2325105817617	MEDICA	
2325105817606	MEDICA	
2325105817584	MEDICA	
2325105817595	MEDICA	X
2325105817848	MEDICA	X
2325105817969	MEDICA	X
2325105817672	PEDIATRIA	X
2325105817925	PEDIATRIA	X
2325105817881	PEDIATRIA	X
2325105817573	PEDIATRIA	X
2325105817914	PEDIATRIA	X
2325105817782	PEDIATRIA	X
2325105817738	MEDICA	X
2325105817936	MEDICA	X
2325105817750	MEDICA	X
2325105817705	MEDICA	X
2325105817650	MEDICA	X
2325105818013	MEDICA	X
2325105817771	MEDICA	X
2325105817903	MEDICA	X
2325105818002	MEDICA	X
2325105817661	MEDICA	X
2325105817716	MEDICA	X
2325105817980	MEDICA	X
2325105818024	MEDICA	X
2325105817958	MEDICA	X
2325105817991	MEDICA	X
2325105817892	MEDICA	X
2325105818365	MEDICA	X
2325105817860	MEDICA	X
2325105817815	MEDICA	X
2325105817640	MEDICA	X
2325105817970	MEDICA	X
2325105817727	MEDICA	X

2325105817947	MEDICA	X
2325105817793	MEDICA	X
2325105818046	MEDICA	X
2325105818035	MEDICA	X
2325105817749	MEDICA	X
2325105817870	MEDICA	X
2325105817804	MEDICA	X
2325105817694	MEDICA	X
2325105818068	MEDICA	X
2325105817859	MEDICA	X
2325105817760	MEDICA	X
2325105818629	PEDIATRIA	X
2325105818607	MEDICA	X
2325105818409	MEDICA	X
2325105818233	MEDICA	X
2325105818178	MEDICA	X
2325105818266	MEDICA	X
2325105818321	MEDICA	X
2325105818090	MEDICA	X
2325105818134	MEDICA	X
2325105818080	MEDICA	X
2325105818079	MEDICA	X

COMPETÊNCIA: NOVEMBRO/2025

RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL INDICADORES QUANTITATIVOS COMPETÊNCIA: NOVEMBRO/2025		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2325105818629	PEDIATRIA	
2325105818607	MEDICA	
2325105818409	MEDICA	
2325105818233	MEDICA	
2325105818178	MEDICA	
2325105818266	MEDICA	
2325105818321	MEDICA	
2325105818090	MEDICA	
2325105818134	MEDICA	
2325105818080	MEDICA	
2325105818079	MEDICA	
2325105818519	MEDICA	X
2325105818189	MEDICA	X
2325105818530	MEDICA	X
2325105818255	MEDICA	X
2325105818410	OBSTETRICA	X
2325105818145	OBSTETRICA	X
2325105818475	PEDIATRIA	X
2325105818497	PEDIATRIA	X
2325105818453	PEDIATRIA	X
2325105818541	PEDIATRIA	X
2325105818222	PEDIATRIA	X
2325105818156	PEDIATRIA	X
2325105818520	PEDIATRIA	X
2325105818640	PEDIATRIA	X
2325105818332	PEDIATRIA	X
2325105818343	PEDIATRIA	X
2325105818300	PEDIATRIA	X
2325105818596	MEDICA	X
2325105818486	MEDICA	X
2325105818464	MEDICA	X
2325105818398	MEDICA	X
2325105818387	MEDICA	X
2325105818574	MEDICA	X
2325105818552	MEDICA	X

2325105818585	MEDICA	X
2325105818288	MEDICA	X
2325105818167	MEDICA	X
2325105818277	MEDICA	X
2325105818630	MEDICA	X
2325105818651	MEDICA	X
2325105818673	MEDICA	X
2325105818662	MEDICA	X
2325105818618	MEDICA	X
2325105818563	MEDICA	X
2325105818299	MEDICA	X
2325105818420	MEDICA	X
2325105818442	MEDICA	X
2325105818431	MEDICA	X
2325105818508	MEDICA	X
2325105818200	MEDICA	X
2325105818244	MEDICA	X
2325105818101	MEDICA	X
2325105818190	MEDICA	X
2325105818123	MEDICA	X
2325105818310	MEDICA	X
2325105818354	MEDICA	X
2325105818112	MEDICA	X
2325105818981	MEDICA	X
2325105818882	MEDICA	X
2325105818849	MEDICA	X
2325105819014	MEDICA	X
2325105818827	MEDICA	X
2325105818805	MEDICA	X
2325105818850	MEDICA	X
2325105818794	MEDICA	X
2325105818893	MEDICA	X
2325105818761	MEDICA	X
2325105819025	MEDICA	X
2325105818915	MEDICA	X

COMPETÊNCIA: DEZEMBRO/2025

RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL INDICADORES QUANTITATIVOS COMPETÊNCIA: DEZEMBRO/2025		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2325105818981	MEDICA	
2325105818882	MEDICA	
2325105818849	MEDICA	
2325105819014	MEDICA	
2325105818827	MEDICA	
2325105818805	MEDICA	
2325105818850	MEDICA	
2325105818794	MEDICA	
2325105818893	MEDICA	
2325105818761	MEDICA	
2325105819025	MEDICA	
2325105818915	MEDICA	
2325105818959	MEDICA	X
2325105818871	MEDICA	X
2325105819410	MEDICA	X
2325105818783	MEDICA	X
2325105819047	OBSTETRICIA	X
2325105818992	OBSTETRICIA	X
2325105818772	OBSTETRICIA	X
2325105818948	PEDIATRIA	X
2325105818739	PEDIATRIA	X
2325105819256	PEDIATRIA	X
2325105818838	PEDIATRIA	X
2325105819290	MEDICA	X
2325105819300	MEDICA	X
2325105818970	MEDICA	X
2325105819278	MEDICA	X
2325105819003	MEDICA	X
2325105819421	MEDICA	X
2325105819399	MEDICA	X
2325105819388	MEDICA	X
2325105819377	MEDICA	X
2325105819400	MEDICA	X
2325105819245	MEDICA	X
2325105818860	MEDICA	X
2325105819355	MEDICA	X

2325105819322	MEDICA	X
2325105818684	MEDICA	X
2325105819267	MEDICA	X
2325105819179	MEDICA	X
2325105818904	MEDICA	X
2325105818695	MEDICA	X
2325105818717	MEDICA	X
2325105818728	MEDICA	X
2325105819234	MEDICA	X
2325105818740	MEDICA	X
2325105819190	MEDICA	X
2325105818960	MEDICA	X
2325105819344	MEDICA	X
2325105819333	MEDICA	X
2325105819311	MEDICA	X
2325105819366	MEDICA	X
2325105819289	MEDICA	X
2325105819180	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		OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
≤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 $\leq 2\%$.

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 outubro a dezembro 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 outubro/2025 a dezembro/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	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
N° DE PACIENTES COM ALTA HOSPITALAR	46	58	54
ÓBITOS EM PACIENTES INTERNADOS	4	4	4
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	9%	7%	7%

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

4.0 INDICADOR 10: Nº DE CONSULTAS MÉDICAS

Considerando a análise do período outubro a dezembro de 2025, observamos o quantitativo mensal de atendimentos em consultas médicas foi superior à meta pactuada no contrato de gestão, obtendo 161,96% em outubro, 151% em novembro e 138,76% em dezembro.

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	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Nº DE CONSULTAS PACTUADAS	2.500	2.500	2.500
Nº DE CONSULTAS REALIZADAS	4.044	3.775	3.469
PORCENTAGEM ATINGIDA	161,96%	151%	138,76%

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



Análise: Para a linha de atendimento relacionado a consultas médicas, observa-se que no 4º trimestre, (outubro a dezembro), 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 11.293 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 1.783 exames de radiografia e 552 Eletrocardiograma – ECG.

SADT	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
RADIOGRAFIA	548	616	619	1.783
ELETROCARDIOGRAMA	191	182	179	552

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 11.293 atendimentos de urgência e/ou emergência conforme a tabela abaixo:

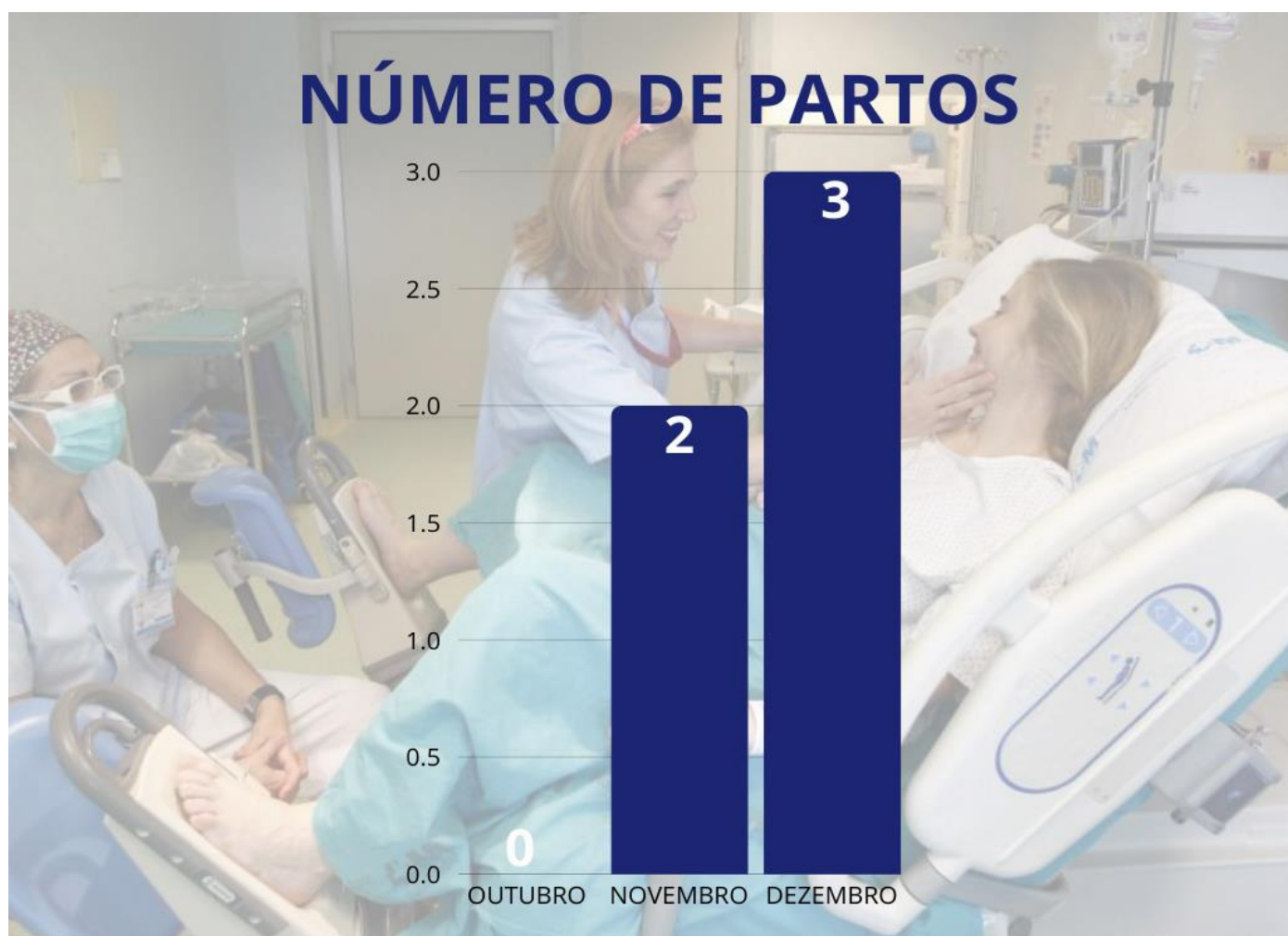
OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
4.049	3.775	3.469	11.293

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 OUTUBRO houve o maior número de consultas de urgência devido ao período sazonal de gripes, viroses e doenças respiratórias.

7. NÚMEROS DE PARTOS

MÊS	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
PARTOS	0	2	3
TOTAL	5		



Análise Crítica: Na Maternidade e Hospital Santa Isabel durante o trimestre houve registro de **6** partos normais e algumas ocorrências que foram encaminhadas para outros hospitais de referência.

No trimestre, 02 recém-nascido foi do sexo masculino e 03 recém-nascido foi do sexo feminino.

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 Outubro.

OBSERVAÇÃO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
TOTAL	198	170	174	542

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 12.451 atendimentos realizados no trimestre.

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

SERVIÇO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
COLETA DE EXAMES	803	1.141	515	2.459
CURATIVOS	67	71	87	225
MEDICAÇÃO	3.420	3.219	3.128	9.767

10. NÚMEROS DE ATENDIMENTOS COM REMOÇÃO

No trimestre foram realizados 337 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 24 horas/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 cópias neste relatório.

12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO/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 – HORÁRIO 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: OUTUBRO														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	OT	
ESMERALDA RAFAELY RABELO	TEC. ENFERMAGEM	1.513.169-TE	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT		
ANTÔNIA ERIVANEIDE DO NASCIMENTO	TEC. ENFERMAGEM	1.328.318-TE				PD				PD					PD					PD								PD							15	180
NERINEUDA MARIA DE FREITAS	TEC. ENFERMAGEM	1.571.156-TE				PN				PN					PN					PN								PN							15	180
ADRIANA DANIELMA LIMA DA COSTA	TEC. ENFERMAGEM	1.958.523-TE				PD				PD					PD					PD							PD							16	192	
ANA SOARES DO NASCIMENTO	TEC. ENFERMAGEM	1.328.683-TE				PN				PN					PN					PN							PN							16	192	

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nenissa Oliveira de Almeida
COEN-275.836

COORDENADORA GERAL: CS



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 – HORÁRIO 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: OUTUBRO														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	OT	
ANTÔNIA GERDA BARROS DOS SANTOS	TEC. ENFERMAGEM	76.630-TE				PD				PD					PD					PD								PD							15	180
LUIZMA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	TEC. ENFERMAGEM	1.230.485-TE				PN				PN					PN					PN								PN							15	180
ANTONIA MIKAELY PEDROSA BEZERRA	TEC. ENFERMAGEM	1.677.577-TE				PD				PD					PD					PD							PD							16	192	
KAROLINA DE SOUZA FONSECA	TEC. ENFERMAGEM	1.629.607-TE				PN				PN					PN					PN							PN							16	192	

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: Nenissa Oliveira de Almeida
COEN-275.836

COORDENADORA GERAL: CS

12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO/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: OUTUBRO												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	Ch
ENFERMEIRA	ENFERMEIRA	275.836-ENF	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M		
LUZIANNY VITOR LIMA	ENFERMEIRA	201.028-ENF	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT		

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: OUTUBRO												ANO: 2025																				
SETOR: EPIDEMIOLOGIA	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
TECNICA DE ENFERMAGEM	TEC. ENFERMAGEM	076.632-TE	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT		

Nerissa Lúiza Leitão de Almeida
 Coordenadora de Enfermagem
 COREN 275.836

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM:






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: OUTUBRO												ANO: 2024																				
SETOR: OMR/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	Ch
TECNICO DE ENFERMAGEM	TEC. ENFERMAGEM	1.179.343-TE	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT		

Nerissa Lúiza Leitão de Almeida
 Coordenadora de Enfermagem
 COREN 275.836

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM:




12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OUTUBRO/2025

SETOR: RECEPÇÃO		CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO																															
		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																
		LC - LICENÇA CORRIDA															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
Antônia Lucas Bezerra	192 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	16
Antônia Cícera Lopes de Sousa	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
Sabrina Mara Holanda Pinheiro	192 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	16
Marimar Lima Silva	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	16
Fernanda Barbosa de Freitas	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	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	23
Gerlândia de Oliveira Castro	184 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	23
Liana Martins Pereira Viciara	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	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT	23
Fernando da Rocha Forte Junior	184 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	23
Sidney Monteiro Cambrala	184 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	23

FERIADO: 12 - PADROEIRA DO BRASIL


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizete 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



CS Digitalizada com CamScanner



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OUTUBRO/2025

SETOR: PORTARIA		CATEGORIA PROFISSIONAL: VIGILANTES																															
		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																
		LC - LICENÇA CORRIDA															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
Regivan Ribeiro de Oliveira	192 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	16
Marcos Antônio Leite Costa	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
Marcos Aurélio Felisberto de Souza	192 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	16
Pedro Luiz dos Santos Silva	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	15
Cleto Bertoldo de Souza	96 hs			PD	PD								PD	PD				PD	PD						PD	PD							8

FERIADO: 12 - PADROEIRA DO BRASIL


 ASSINATURA/CARIMBO
 Francisca Lizete 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



CS Digitalizada com CamScanner

12.1 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OUTUBRO/2025



CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS OPERACIONAIS																																		
SETOR: MANUTENÇÃO		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h 12 hs																LS: LICENÇA SAÚDE																
		FN - 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	T.P	
Deuzimar Rodrigues Vieira	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
Francisco Ivanildo Ferreira Nogueira	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

FERIADO: 12 - PADROEIRA DO BRASIL



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



Rosa Branca



SENADOR POMPEU

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





Digitalizada com CamScanner



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OUTUBRO/2025



CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO																																		
SETOR: SAME		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h 12 hs																LS: LICENÇA SAÚDE																
		FN - 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	T.P	
Cleora Amanda Felix da Silva Cavalcante	184 h	MT	MT	MT					MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT	23

FERIADO: 12 - PADROEIRA DO BRASIL



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



Rosa Branca



SENADOR POMPEU

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





Digitalizada com CamScanner







12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO/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 - HORÁRIO COMERCIAL

LP - LICENÇA PREMIO

LS - LICENÇA SAÚDE

F - FOLGA

FE - FÉRIAS

FR - FÉRIADO

EXT - EXTRA

LM - LICENÇA MATERNIDADE

LSR - LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ENFERMEIROS TRIAGEM

ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: NOVEMBRO														ANO: 2025																		
SETOR	FUNÇÃO	COREN	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	GR	
TRIAGEM																																			
JAIANA JACOB DE OLIVEIRA	ENFERMEIRA	418.764-ENF	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	180
MATHEUS GOMES DA SILVA	ENFERMEIRO	780.980-ENF	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	180
NARA LÚZIA DE S. M. BARRETO	ENFERMEIRA	432.012-ENF	PN																															10	120
FRANCISCO GESIVAN FERREIRA ROCHA	ENFERMEIRO	64.314-ENF																																10	120
LEONARDO GUALBERTO PASSOS REGO	ENFERMEIRO	418.373-ENF																																10	120
EMERGÊNCIA																																			
MARIA RAYANNE FELIPE DA SILVA	ENFERMEIRA	746.431-ENF	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	
JOSÉ ITAMAR FRUTUOSO RODRIGUES	ENFERMEIRO	534.854-ENF	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	
CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/OBSTETRICIA																																			
CARLOS MAURICIO MOREIRA DAMASCE	ENFERMEIRO	761.642-ENF	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	
FERNANDO DOUGLAS R. DE SOUSA	ENFERMEIRO	534.289-ENF	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	
HERBAS VITOR DA SILVA	ENFERMEIRO	418.373-ENF	PN																															10	120
DINY KELMA FREITAS DA SILVA	ENFERMEIRA	297.182-ENF																																10	120
ANTÔNIO CARLOS DE ARAÚJO JUNIOR	ENFERMEIRO	590.854-ENF	PN																															10	120

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: **Nereza Leão de Almeida**

COORDENADORA GERAL: **FRANCISCA ALEMEIDE E SILVA**

INSTITUTO ROSA BRANCA IRB

COREN 275.836



CS Digitalizada com CamScanner



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 - HORÁRIO 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: NOVEMBRO														ANO: 2025																		
SETOR	FUNÇÃO	COREN	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	GR	
TECNICOS DE ENFERMAGEM																																			
KAROLINA DE SOUZA FONSECA	TEC. ENFERMAGEM	1.629.607-TE																																	
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	15	180	
MAYANY DE ARAÚJO DO Ó	TEC. ENFERMAGEM	1.184.112-TE	PN																															15	180
NERINEUDA MARIA DE FREITAS	TEC. ENFERMAGEM	1.571.156-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																															15	180

COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: **Nereza Leão de Almeida**

COORDENADORA GERAL: **FRANCISCA ALEMEIDE E SILVA**

INSTITUTO ROSA BRANCA IRB

COREN 275.836



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO/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 – HORÁRIO COMERCIAL																																																																																																																																																																																																																																						
	LP: LICENÇA PREMIO																																																																																																																																																																																																																																						
LS: LICENÇA SAÚDE	F: FOLGA FE: FÉRIAS FR: FÉRIADO EXT: EXTRA LM: LICENÇA MATERNIDADE LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO																																																																																																																																																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ESCALA DE SERVIÇO</th> <th colspan="12">MÊS: NOVEMBRO</th> <th colspan="12">ANO: 2025</th> </tr> <tr> <th>SETOR: TRANSPORTE DE PACIENTES/ VIAGENS</th> <th></th> <th></th> <th>S</th><th>D</th><th>S</th><th>T</th><th>Q</th><th>Q</th><th>S</th><th>S</th><th>D</th><th>S</th><th>T</th><th>Q</th><th>Q</th><th>S</th><th>S</th><th>D</th><th>S</th><th>T</th><th>Q</th><th>Q</th><th>S</th><th>S</th><th>D</th><th>T</th><th>CH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TECNICOS DE ENFERMAGEM</td> <td>FUNÇÃO</td> <td>COREN</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>T</td><td>CH</td> </tr> <tr> <td>KATIA RODRIGUES CHAGAS</td> <td>TEC. ENFERMAGEM</td> <td>326.797-TE</td> <td>P</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td>192</td> </tr> <tr> <td>ELEÂNIA SILVÂNIA QUEIROZ DE LEMOS</td> <td>TEC. ENFERMAGEM</td> <td>1.394.390-TE</td> <td></td><td>P</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td>192</td> </tr> <tr> <td>ANTONIA DO NASCIMENTO. R. FERREIRA</td> <td>TEC. ENFERMAGEM</td> <td>562.953-TE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td>168</td> </tr> <tr> <td>ANTÔNIA HENRIQUE DE SOUZA</td> <td>TEC. ENFERMAGEM</td> <td>672.343-TE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td>168</td> </tr> </tbody> </table>		ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: NOVEMBRO												ANO: 2025												SETOR: TRANSPORTE DE PACIENTES/ VIAGENS			S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T	CH	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	T	CH	KATIA RODRIGUES CHAGAS	TEC. ENFERMAGEM	326.797-TE	P																														16	192	ELEÂNIA SILVÂNIA QUEIROZ DE LEMOS	TEC. ENFERMAGEM	1.394.390-TE		P																													16	192	ANTONIA DO NASCIMENTO. R. FERREIRA	TEC. ENFERMAGEM	562.953-TE																															14	168	ANTÔNIA HENRIQUE DE SOUZA	TEC. ENFERMAGEM	672.343-TE																															14	168
ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: NOVEMBRO												ANO: 2025																																																																																																																																																																																																																								
SETOR: TRANSPORTE DE PACIENTES/ VIAGENS			S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T	CH																																																																																																																																																																																																												
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	T	CH																																																																																																																																																																																																					
KATIA RODRIGUES CHAGAS	TEC. ENFERMAGEM	326.797-TE	P																														16	192																																																																																																																																																																																																					
ELEÂNIA SILVÂNIA QUEIROZ DE LEMOS	TEC. ENFERMAGEM	1.394.390-TE		P																													16	192																																																																																																																																																																																																					
ANTONIA DO NASCIMENTO. R. FERREIRA	TEC. ENFERMAGEM	562.953-TE																															14	168																																																																																																																																																																																																					
ANTÔNIA HENRIQUE DE SOUZA	TEC. ENFERMAGEM	672.343-TE																															14	168																																																																																																																																																																																																					
COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: <u>Nerissa Lúcia Leitão de Almeida</u> COREN 275.836																																																																																																																																																																																																																																							
COORDENADORA GERAL: <u>Francisca Luzinete L. F. Barros</u> 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 – HORÁRIO COMERCIAL																																																																																																																													
	LP: LICENÇA PREMIO																																																																																																																													
LS: LICENÇA SAÚDE	F: FOLGA FE: FÉRIAS FR: FÉRIADO EXT: EXTRA LM: LICENÇA MATERNIDADE LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ESCALA DE SERVIÇO</th> <th colspan="12">MÊS: NOVEMBRO</th> <th colspan="12">ANO: 2025</th> </tr> <tr> <th>SETOR: EMERGÊNCIA (CONCURSADO)</th> <th></th> <th></th> <th>S</th><th>D</th><th>S</th><th>T</th><th>Q</th><th>Q</th><th>S</th><th>S</th><th>D</th><th>S</th><th>T</th><th>Q</th><th>Q</th><th>S</th><th>S</th><th>D</th><th>S</th><th>T</th><th>Q</th><th>Q</th><th>S</th><th>S</th><th>D</th><th>T</th><th>CH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TECNICO DE ENFERMAGEM</td> <td>FUNÇÃO</td> <td>COREN</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>T</td><td>CH</td> </tr> <tr> <td>ELISKELVE DA SILVA ARAÚJO</td> <td>TEC. ENFERMAGEM</td> <td>717.807-1-TE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>13</td><td>156</td> </tr> </tbody> </table>		ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: NOVEMBRO												ANO: 2025												SETOR: EMERGÊNCIA (CONCURSADO)			S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T	CH	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	T	CH	ELISKELVE DA SILVA ARAÚJO	TEC. ENFERMAGEM	717.807-1-TE																															13	156
ESCALA DE SERVIÇO			MÊS: NOVEMBRO												ANO: 2025																																																																																																															
SETOR: EMERGÊNCIA (CONCURSADO)			S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	T	CH																																																																																																			
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	T	CH																																																																																												
ELISKELVE DA SILVA ARAÚJO	TEC. ENFERMAGEM	717.807-1-TE																															13	156																																																																																												
COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: <u>Nerissa Lúcia Leitão de Almeida</u> COREN 275.836																																																																																																																														
COORDENADORA GERAL: <u>Francisca Luzinete L. F. Barros</u> Coordenadora Geral INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB																																																																																																																														



12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO/2025:



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	D	S	T	Q	Q			PD					PD						PD							PD			
Antônio Deusimar Costa Siqueira - 28.153						PD							PD																	
Camila Marciely Barbosa dos Santos - 24.851															P	PD					PD								P	PD
Clarice Maria Moraes Ferreira - 28.023					PD							PD						PD							PD					
Danielly Batista Braga Ricarte - 25.692				P		P		P	P		P							P		P					P					
Enysia Marília Bandeira Almeida Alves - 25.172			PD							PD				PD			PD							PD				PD		
Francisco Conrado de Lima Alves - 26.265													P		PD	P					P						PD	PD	P	
Francisco Felipe Alves Moraes - 16.681																														
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													PD																	
Luiz Felipe Gonçalves Pinheiro - 26361	P	P			PD							PD							PD											
Mariana de Souza Vidal - 26.552							PD																				PN	PD		
Olavo Duarte Leite - 21.589																						P	P							
Ricardo Costa Bezerra - 27.100			P		PN		PN	PD	PD	P		PN		PN			P		PN					P		PN		PN		
Ana Cecília Pinheiro Jucá Cintra - RQE 9527				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			

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



NOVEMBRO/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 CORRÍDO																6 hs		LM: LICENÇA MATERNIDADE															
			LP: LICENÇA PÊNIO																		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	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.	
Francisca Lizomede Lira da Franca Paiva			160 hs				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT	MT	MT			20

FERIADO: 02 - FINADOS
15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA

ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizomede Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHI
Francisca Lizomede 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 NOVEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/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 FÊMIO																																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	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																		
Antônia Lucas Bezerra		180 hs			PD			PD			PD			PD			PD			PD			PD			PD			PD			PD				15														
Antônia Cicera Lopes de Sousa		180 hs	PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			15														
Sabrina Mara Holanda Pinheiro		180 hs			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			PN			15															
Marimar Lima Silva		180 hs	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	0															
Gerlândia de Oliveira Castro		160 hs			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					20															
Liana Martins Pereira Vieira		160 hs			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					20															
Fernando da Rocha Forte Junior		160 hs			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					20															
Sidney Monteiro Cambráia		160 hs			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT					20															

FERIADO: 02 - FINADOS

15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA

20 - CONSCIÊNCIA NEGRA

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

NOVEMBRO/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								15
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		180 hs								PD					PD				PD					PD				PD						PD		15	
Pedro Luiz dos Santos Silva		180 hs			PD					PD					PD				PD					PD				PD						PD		15	
Cícero Bertoldo de Souza		120 hs		PD	PD													PD	PD															PD	PD	10	

FERIADO: 02 - FINADOS

15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA

20 - CONSCIÊNCIA NEGRA

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



12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS OPERACIONAIS		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h		12 hs		LS: LICENÇA SAÚDE																											
		PS - 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		FR: FÉRIAS																											
D/N: 07:00 às 07:00		24 hs		EX: EXTRA		LM: LICENÇA MATERNIDADE																											
MT - HORÁRIO COMERCIAL		8 hs		LH: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																													
HC - HORÁRIO CORRIDO		6 hs																															
LP: LICENÇA PÊNIA																																	
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.
Deuzimar Rodrigues Vieira	160 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	29
Francisco Inácio Ferreira Nogueira	160 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	29

FERIADO: 02 - FINADOS
15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA



ASSINATURACARIMBO
Francisca Lizeide Lira da França Paiva
Coord. Geral - MHSI

Francisca Lizeide 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




Digitalizada com CamScanner



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO		PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h		12 hs		LS: LICENÇA SAÚDE																											
		PS - 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		FR: FÉRIAS																											
D/N: 07:00 às 07:00		24 hs		EX: EXTRA		LM: LICENÇA MATERNIDADE																											
MT - HORÁRIO COMERCIAL		8 hs		LH: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																													
HC - HORÁRIO CORRIDO		6 hs																															
LP: LICENÇA PÊNIA																																	
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.
Cícera Amanda Felix da Silva Cavalcante	160 h	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	29

FERIADO: 02 - FINADOS
15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA



ASSINATURACARIMBO
Francisca Lizeide Lira da França Paiva
Coord. Geral - MHSI

Francisca Lizeide 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




Digitalizada com CamScanner



NOVEMBER 2025

[illegible]

FEBRADO: 02 - ETNADOS

15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA

ASSINATURA/CARIMBO

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

Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral¹
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.720.421/0001-82

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



CS Digitalizada com CamScanner



MATERIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL.

NOVEMBER 2025

[illegible]

FEBRADO: 02 - FINADOS

15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA

ASSINATURA/ CARIMBO

Francisca Lizzoneide Lira da Franca Pajv
Coord. Geral - MHSI

Francisca Lizzoneide 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 NOVEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/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		PP: PONTO FACULTATIVO																	
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h												24 hs		PE - FÉRIAS																	
			D/N: 07:00 às 07:00												24 hs		PR: FERIADO																	
			MT - HORÁRIO COMERCIAL												6 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	D	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.
Antônio Jerry Barros / CRESS nº 10376	90 hs	MT																																
Erilaine Teixeira Pinheiro / CRESS nº 11835	90 hs	MT																																

FERIADO: 02 - FINADOS
15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA

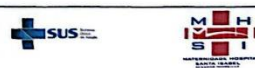


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coord. Geral - MHSI

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



Digitalizada com CamScanner



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/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		PP: PONTO FACULTATIVO																	
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h												24 hs		PE - FÉRIAS																	
			D/N: 07:00 às 07:00												24 hs		PR: FERIADO																	
			MT - HORÁRIO COMERCIAL												6 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	D	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.
Antônia Georjina Alves de Souza	120 hs	HC	HC	HC	HC	HC																												

FERIADO: 02 - FINADOS
15 - PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA
20 - CONSCIÊNCIA NEGRA



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



Digitalizada com CamScanner

12.2 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO/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		192hs	PD																																	16
MARIA DAS GRAÇAS DO NASCIMENTO SILVA		180hs		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 Lizonde 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	T.P
	Carga Horária		S	D	S	T	Q	S	S	D	S	T	Q	S	S	D	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	S	T	Q	Q	S	S	D	T.P
ALICE LUCAS BEZERRA	192 hs	PD																																16
ELAINE JUVINO DA SILVA	180 hs	PD																																15
FRANCISCA NEILIANE ALVES DE SOUZA	192 hs	PD																																16
ADA ELIANE HELOISA MAXIMO	180 hs	PD																																15
FRANCISCA REGIA LIMA NASCIMENTO LUCAS	180 hs	PN																																15
ANA SHEILHA DE SOUZA PINHEIRO	192 hs	PN																																16
LUCIENE ROCHA DA SILVA	0 hs																																	0
ISABEL APARECIDA PINHEIRO	8 hs	MT																																1

F-FERIADO: 10 - DIA DOS PAIS


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

CS Digitalizada com CamScanner







12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO/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

SETOR: CMR/EXPURGO			MÊS: DEZEMBRO																												ANO: 2024											
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							
LUZIA RIBEIRO VIEIRA TORRES	TEC. ENFERMAGEM	1.179.943-TE	MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT																				

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

COORDENADORA GERAL: Francisco L. F. Paiva
 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: FÉRIADO
 EXT: EXTRA
 LM: LICENÇA MATERNIDADE
 LSR: LICENÇA SEM RENUMERAÇÃO

ESCALA DE SERVIÇO

SETOR: CORDENADOR DE ENFERMAGEM/NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)			MÊS: DEZEMBRO																												ANO: 2025											
ENFERMEIRA	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	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M																					
LUZIANNY VITOR LIMA	ENFERMEIRA	201.029-ENF	MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT																					

ESCALA DE SERVIÇO

SETOR: EPIDEMIOLOGIA			MÊS: DEZEMBRO																												ANO: 2025											
TECNICA 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							
MARIA VIRLEDA MARQUES	TEC. ENFERMAGEM	076.631-TE	MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT																					

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

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

12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO/2025:



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
Aline Silva Esmeraldo Araújo - 24.436		PD		PD					PD		PD					PD		PD					PD		PD					PD	
Antônio Deusimar Costa Siqueira - 28.153					PD					P											P				P						
Camila Marciely Barbosa dos Santos - 24.851																				P	PD					PD					
Danielly Batista Braga Ricarte - 25.692		P		P					P							P		P					P							P	
Enysia Marília Bandeira Almeida Alves - 25.172	PD							PD				PD			PD				PD			PD							PD		
Francisco Conrado de Lima Alves - 26.265																				PD	P					P					
Francisco Felipe Alves Moraes - 16.681													P	P																	
Jéssica Tavares Santos Leite - 21.590																											P	P			
Jorge William Pereira - 23.453			PD			PD	PD			PD							PD							PD							PD
Luiz Felipe Gonçalves Pinheiro - 26361			PD			P	P			PD							PD						PD								PD
Mariana de Souza Vidal - 26.552					PD							PD							PD												
Olavo Duarte Leite - 21.589																											PD	PD			
Ricardo Costa Bezerra - 27.100	P		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)

CS Digitalizada com CamScanner

Cecília Pinheiro
Diretora Clínica
CRM 42891
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde

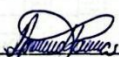


MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

DEZEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: COORDENADORA GERAL. NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)																																			
SETOR: COORDENADORIA	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 / 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	Q	
Francisca Lizzoneide Lira da Franca Paiva		184 hs	MT	MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	FR	MT			MT	MT	MT	23

FERIADO: 25 - NATAL


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



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO/2025:



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

DEZEMBRO/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		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	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	T.P																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Antônia Lucas Bezerra		180 hs																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

FERIADO: 25 - NATAL


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


 ASSINATURA
 Fernando da Rocha Forte Junior
 Coord. Administrativo - 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@senadompompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
 Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
 Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

DEZEMBRO/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		180 hs																																	
Marcos Antônio Leite Costa		192 hs																																	
Marcos Aurelio Felisberto de Souza		180 hs																																	
Pedro Luiz dos Santos Silva		192 hs																																	
Cicero Bertoldo de Souza		96 hs																																	

FERIADO: 25 - NATAL


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


 ASSINATURA
 Fernando da Rocha Forte Junior
 Coord. Administrativo - 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@senadompompeu.ce.gov.br



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

DEZEMBRO/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																			
NOME COMPLETO		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	Q			
Deuzimar Rodrigues Vieira		184 hs		MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT			MT	MT	MT			23	
Francisco Ivanildo Ferreira Nogueira		184 hs		MT	MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	FE	FE		23

FERIADO: 25 - NATAL


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


ASSINATURA
Fernando da Rocha Forte Júnior
Coord. Administrativo - 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

DEZEMBRO/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO																																			
SETOR: SAME	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	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	
Cicera Amanda Felix da Silva Cavalcante		184 h		MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT				MT	MT	MT	FR	MT			MT	MT	MT	23

FERIADO: 25 - NATAL


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



12.3 ESCALAS REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO/2025:



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

DEZEMBRO/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- HORARIO COMERCIAL																8 hs	EX: EXTRA																
		HC- HORÁRIO CORRIDO																5 hs	LM: LICENÇA MATERNIDADE																
		LP: LICENÇA PÊMIO																	LR: LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO																
NOME COMPLETO		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	Q	T.P	
Antonio Natanael da Silva Marcelino		180 hs		PD																															15
Cleane Mara de Oliveira Chagas		180 hs		PN																															15
Ingryth Onora Alves Vieira		192 hs		PD																															16
Daniele Serra Correa		192 hs		PN																															16
FARMACÊUTICO / N° CONSELHO																																			
Lyzandra Mota Meira / CRF nº 10724		85 hs		FE	FE	HC	HC																												17
Dalton Pompeu de S. B. Neto / CRF nº 3498		184 hs		MT	MT	MT	MT	MT																											23

FERIADO: 25 - NATAL

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

ASSINATURA
Lyndra Mota Meira
Coord. de Farmácia - 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

DEZEMBRO/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	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			
Antonio Valdivino Pimentel Neto/CRTR nº 00817N		96 hs							PD	PD																										8	
Antônio Elder de S. Pinheiro/CRTR nº 05939T		108 hs		PD	PD							PD	PD																							9	
Antônio Valdenes V. Alencar / CRTR nº 3822T		108 hs						PD																													9
Matheus Victor M. de Idaira B. / CRTR nº 5698T		108 hs					PD																														9

FERIADO: 25 - NATAL

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



[illegible]


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da França Paiva
Coord. Geral - MHSI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROMÂNIA-NCIA IRB



Francisca Lizzoneide L. F.
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROMANOLÍNGUA



			CATEGORIA PROFISSIONAL: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS																																	
SETOR: ZELADORIA			PD - PLANTÃO DIURNO: 07:00 às 19:00h																																	
			PN - PLANTÃO NOTURNO: 19:00 às 07:00h																																	
			P - PLANTÃO DIA E NOITE: 07:00 às 07:00h																																	
			D/N: 07:00 às 07:00																																	
			MT- HORÁRIO COMERCIAL																																	
			LP: Licença Prêmio																																	
			FR: Férias																																	
			LS: Licença Saúde																																	
			LM: Licença Maternidade																																	
			LSR: Licença sem Remuneração																																	
			FR - FÉRIAS																																	
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			
			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		T.P	
LUCIENE ROCHA DA SILVA	180 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15	
ELAINE JUVINO DA SILVA	192 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		16	
FRANCISCA NEILIANE ALVES DE SOUZA	180 hs			PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		15
FRANCISCA CONSTANCIA R MAGALHAES	192 hs		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		PD		16	
ANA SHILJHA DE SOUZA PINHEIRO	180 hs			PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		15
FRANCISCA REGIA NASCIMENTO LUCAS	192 hs		FE	FE	PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		PN		16	
ADA ELIANE HELOISA MAXIMO	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	MT	23	
ISABEL APARECIDA PINHEIRO	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	MT	23	


ASSINATURA/CARIMBO
Francisca Lizoneide Lira da França Paiva
Coord. Geral - MIISI
Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO DA CRIANÇA - ICB



Francisca Lizoneide L. F. Paiva
Coordenadora Geral
INSTITUTO ROSA BRANCA - IREB

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: OUTUBRO/2025

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OUTUBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
J.LS	83	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.M.P.V	93	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.M.L.B	33	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
E.L.A	75	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
S.D.O.F	57	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	I219- INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
B.V.M	89	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
I.C.M	84	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OUTUBRO/2025- CLINICA MEDICA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
F.M.N.C	50	I469-PARADA CARDIACA NAO ESPECIFICADA	I469-PARADA CARDIACA NAO ESPECIFICADA	2	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.G.N.F.	62	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	7	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
C.F	87	A419-COLELITIASE	A419-COLELITIASE	9	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.F.N	94	A419- OUTRAS SEPTICEMIAS	A419- OUTRAS SEPTICEMIAS	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

MÊS DE REFERÊNCIA: NOVEMBRO/2025

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
A.R.P	92	C73 – NEOPLASIA MALIGNA DA GLÂNDULA TIREOIDE	C73 – NEOPLASIA MALIGNA DA GLÂNDULA TIREOIDE	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.F.S.F	51	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.H.S.L	95	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
F.E.H.F	14	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.A.F.N	48	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

NOVEMBRO/2025- CLINICA MEDICA

NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
F.G.S	76	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	9	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.J.S	82	A419- SEPTICEMIA	A419- SEPTICEMIA	3	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.P.N	84	J969- INSUFICIENCIA CARDIACA	J969- INSUFICIENCIA CARDIACA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
J.V.L	87	A419. SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	A419. SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da ortografia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica

MÊS DE REFERÊNCIA: DEZEMBRO/2025

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
DEZEMBRO/2025- OBITO EMERGÊNCIA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
M.M.C	89	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.E.M.M	88	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.V.P	80	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
H.A.O.N	58	CAUSA INDETERMINADA	CAUSA INDETERMINADA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
S.I.T.N	71	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.P.A	96	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
A.A.A	63	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	-	NAO	NAO	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL							
DEZEMBRO/2025- OBITO CLINICA MEDICA							
NOME	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: contém
A.P.S.	78	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
M.E.H.S.S.	59	C349- neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificada,	C349- neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificada,	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
I.N.L	69	J449- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J449- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	2	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; Evolução da enfermagem; Evolução Médica
R.S.N	89	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	J189- PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	1	SIM	SIM	Nome; Legibilidade da orotgrafia; 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 31 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

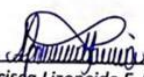
Referência: Comissão Núcleo de Segurança do Paciente

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

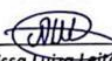
Nomear os membros da comissão **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE** da Maternidade Hospital Santa Isabel, da seguinte forma:

- 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

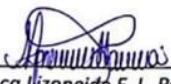
Referência: Comissão de Revisão de Prontuários

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

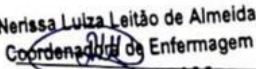
A Maternidade Hospital Santa Isabel, localizado na Avenida Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu – CE.

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: OUTUBRO

	
REUNIÕES E COMISSÕES	OUTUBRO 2025
COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	14/10 às 09:00hs
OUTUBRO ROSA	21/10 às 09:00hs
COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIO	21/10 às 13:00hs
COMISSÃO REVISÃO DE ÓBITO	21/10 às 14:00hs
REUNIÃO DAS COORDENAÇÕES	30/10
	

AGENDA DE REUNIÕES / COMISSÕES
MÊS: NOVEMBRO



CCIH

11/11 às 09:00hs

**COMISSÃO EDUCAÇÃO
CONTINUADA**

11/11 às 10:00hs

**COMISSÃO ÉTICA DA
ENFERMAGEM**

11/11 às 10:30hs

**COMISSÃO REVISÃO
DE PRONTUARIOS**

18/11 às 13:00hs

**COMISSÃO REVISÃO DE
ÓBITOS**

18/11 às 14:00hs

20/11 Novembro azul



15. REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

Comissão revisão de Prontuários e Óbitos.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS REUNIÕES DE COMISSÕES

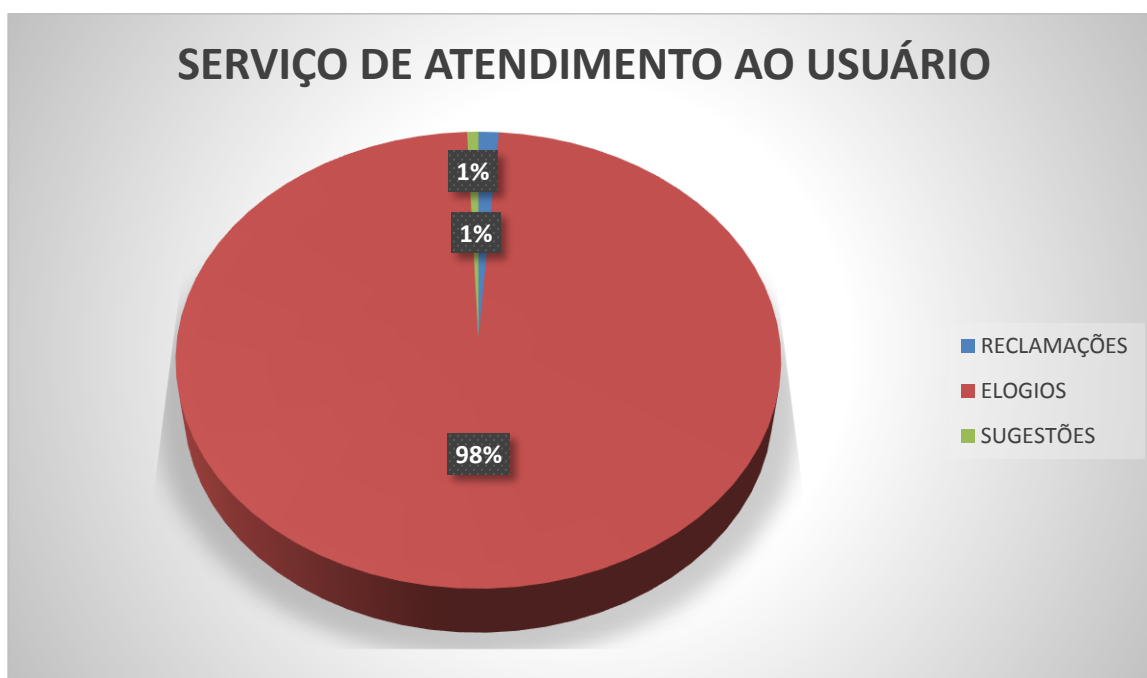
Comissão revisão de prontuários e óbitos.



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 98% de satisfação dos usuários, ficando com 1% reclamações e 1% de sugestões.



PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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

TÍTULO: CAÇÃO (OPCIONAL)
 Nome: Natália Aguiar de Alencar
 Data: 28/10/25
 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		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Parabéns pelo atendimento humanizado, profissional e bem simpático.

Fiquei muito satisfeita com a atenção.

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: FRANCISCO DE ASSIS VITORIANO MOREIRA
 Idade: 36
 Data: 10/10/2025
 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?

MÉDICA DR. DANIELLY MUITO SIMPÁTICA, EXCELENTE
MUITO PRESTATIVA
ÓTIMO ATENDIMENTO

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Francisco das Encinas
Idade: 63 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@amhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: João Evonqilata
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?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: _____
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?

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: _____
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?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Patricia
Idade: 32
Data: _____
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@hsmi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Monellm
Idade: 65
Data: _____
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 4º 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: Rafaela
Idade: 07
Data: _____
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: Maria Vanda Sereia da Silva
Idade: 63
Data: _____
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 4º 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: Cláudia Santiago
Data: 26/10/2025
Idade: nao
Telefone: nao

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?
onde são maravilhosos por serem que
gostei muito que trabalham no nosso
hospital todos são de parabéns!
abraço a todos e fiquem com Deus.

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: Matheus Lima
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?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Simone Vitoria Lima
Idade: 39
Data: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
1 Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
2 Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
3 Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
4 Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
5 Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
6 Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
7 Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
8 Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
9 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: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Simone Vitoria Lima
Idade: 39
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?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Simone Vitoria Lima
Idade: 39
Data: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE					
ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
1 Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
2 Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
3 Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
4 Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
5 Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
6 Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
7 Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
8 Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
9 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: ouvidoriamhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Simone Vitoria Lima
Idade: 39
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?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Maurane Rodrigues da Silva
Idade: 33 anos Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Bom	Ruim	Péssimo
1	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐
2	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐
3	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐
4	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐
5	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐
6	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐
7	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐
8	Informações ao paciente/acompanhante	☐	☒	☐	☐
9	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: ouvidor@amhs@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Juliete Dominges da Silva
Idade: 35 Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	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?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Levi Belton de Araújo
 Idade: 88 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: ouvidoriamhsi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL) 101: R. Belton de Araújo

Nome: _____
 Idade: 42 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 4º 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 Vilela

Idade: 75 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: Paula Alice Faria

Idade: 34 anos Data: _____

E-mail: Jaime 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?

Tomada para a queto

Alimentação variada (ovo, verduras cozidas)

Separação da cura

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Francisco Gomes
Idade: 62 Data: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Pessimo
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@hsmi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Rosinete Pereira Cabral
Idade: 35 anos Data: _____
E-mail: _____ Telefone: 88 921469600

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Pessimo
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

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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 refula da Silva Rodriguez
 Idade: 23 Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Pessimo
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: Maria Cibele Barros Oliveira
 Idade: 58 Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Pessimo
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 4º 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

FICHAÇÃO (OPCIONAL)
Marcia Regina Lima
53
 Data: _____
 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: ANILDA FERREIRA DE SOUZA
 Idade: 23/06/1987
 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 4º 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: Intencao Tereza R. de Souza
Idade: 6.7005 Data: _____
Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
comodação 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?

CS Digitalizada com CamScanner

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: Adriana Coelho Lima
Idade: 30 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?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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)
maria algaris acompanhante (paciente, Francisco guilherme
Data:
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 bom e ótimo

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
os serviços de atendimento do hospital como
um todo. Funcionam bem - todos e
firmes e certos.

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: Manoel Francisco Ramos de Araújo
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		

Serviço bom e ótimo

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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)
 Acompanhante: maria Regilene / Paciente maria Brito
 Data: _____
 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?

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 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		

serviço social → ótimo

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Antônio E. R. de Almeida
 Idade: 52 Data: 10/10/2025
 E-mail: antoniomedealmeida@gmail.com Telefone: 819998033027

AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
1	Atendimento da recepção	☐	☒	☐	☐	☐
2	Atendimento da enfermagem	☐	☒	☐	☐	☐
3	Atendimento do médico	☐	☒	☐	☐	☐
4	Acomodação e conforto da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
5	Higiene e limpeza da unidade	☐	☒	☐	☐	☐
6	Coleta de exames	☐	☒	☐	☐	☐
7	Alimentação fornecida	☐	☒	☐	☐	☐
8	Informações ao paciente/ acompanhante	☐	☒	☐	☐	☐
9	Como você avalia a unidade de forma geral	☐	☒	☐	☐	☐
10	Você recomendaria a unidade?	() SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Atender mais a noite
custos a qualquer momento
transporte particular


 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: Mônica Viana
 Idade: 210 Data: 26-11-25
 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?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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

FICHAÇÃO (OPCIONAL)
Acompanhante, Marivanda Alves Vieira
Data: _____
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 geral - ótimo

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: *Acompanhante, Alboniza Martins da Silva*
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				

Serviço geral - Bom.

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Adriana Cristina
 Idade: 26
 Data: 15/11/2025
 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 (X) NÃO				

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Pics que melhore

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: Antônia V. L. Silva
 Idade: 24
 Data: 15/11/2025
 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?	(X) SIM () NÃO				

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?
Tudo maravilhoso, e principalmente pra quem fica internado as noites são boas e tranquilas.

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Karla Bezerra de Silva

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		

Serviço geral - ótimo

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Rafael Rafael
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?

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Jailma Viana
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 4º 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

AÇÃO (OPCIONAL)

Data: _____
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?

UANDO

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: EDUARDO ARAUJO
Idade: 21 Data: 08/12/09
E-mail: _____ Telefone: 99 9174 2212

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?

Reclamação Sobre Dr. Willeses Bona Vito
mãe paraviver, expresseu, disse que o
paciente não estava sentindo nada.
Não possui medicação.
A mãe do paciente possui pelo outro
médico que atendeu corretamente.

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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

AÇÃO (OPCIONAL)
Transmissão Antenar

Data: _____
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: Transmissão Antenar

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?

CS Digitalizada com CamScanner

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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 Moura

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?


 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: Priscila Kelly de Lima

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 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: maria de lúcia costar
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?

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Antonio Pereira
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 4º 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: Roberto
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: Elizangela
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 4º 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: João Rodrigues
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?

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: Auto
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 4º TRIMESTRE

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: F. C. J. da Silva
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?

CS Digitalizada com CamScanner

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

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

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Telesinha
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 4º TRIMESTRE

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

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: José Geova
Data: _____
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: Dna. Brucha
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 4º 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: Antonio Nilton de Carvalho Ribeiro
Data: _____
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	☐	☒	☐	☐	☐
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: FRANCISCO ANTONIO
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 4º 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: João Carlos da Silva Neto
Data: _____
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: Elaine Araújo
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 4º 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)
e: Jonas Cesar Soares
Data: _____
Idade: _____ 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?	(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: ouvidoria@hsmi@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)
Nome: Antônio Lima
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?	(X) SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO APLICADAS NO 4º 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: Edilene Sales
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?

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: Edilene Sales
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?



Digitalizada com CamScanner

17. DESEMPENHO GERENCIAL

O desempenho gerencial da Maternidade e Hospital Santa Isabel apresentou avanços significativos no período avaliado, evidenciando a efetividade das decisões estratégicas adotadas pela coordenação assistencial.

Após análise dos fluxos de atendimento, foi identificada a necessidade de fortalecer o setor de triagem, especialmente em relação à classificação de risco e ao elevado número de pacientes não classificáveis. Como medida interventiva, foi implantado um **enfermeiro exclusivo para o setor de triagem**, garantindo maior organização, qualificação do atendimento e supervisão contínua do processo.

A partir dessa ação gerencial, observou-se uma **redução de aproximadamente 90% no número de pacientes não classificáveis**, demonstrando melhora expressiva na qualidade da triagem, maior segurança do paciente e assertividade na classificação de risco.

Essa intervenção refletiu positivamente na dinâmica do serviço, promovendo maior agilidade no atendimento, melhor direcionamento dos pacientes e otimização dos recursos humanos, além de contribuir para a melhoria da experiência do usuário e para o fortalecimento da governança assistencial da unidade.

Dessa forma, os resultados alcançados reforçam a importância da atuação gerencial baseada em indicadores, planejamento e tomada de decisão estratégica, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada.

18. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO PRÓXIMO TRIMETRE

Com base na avaliação dos resultados assistenciais e gerenciais do período anterior, a Maternidade e Hospital Santa Isabel estabelece o planejamento das ações a serem executadas no próximo trimestre, com foco na consolidação das melhorias alcançadas, na qualificação contínua da assistência e no fortalecimento da gestão dos serviços de saúde.

Gestão Assistencial:

- Manutenção do enfermeiro exclusivo no setor de triagem, garantindo a continuidade da redução dos pacientes não classificáveis e a qualidade do acolhimento com classificação de risco;
- Reavaliação e padronização dos fluxos assistenciais da maternidade e do hospital, visando maior agilidade e segurança no atendimento.

Qualidade e Segurança do Paciente:

- Fortalecimento das ações de segurança do paciente, com monitoramento sistemático de indicadores assistenciais;
- Realização de auditorias internas nos setores críticos, com foco na melhoria contínua dos processos.

Gestão de Pessoas:

- Capacitação periódica da equipe de enfermagem e multiprofissional, com ênfase em triagem, classificação de risco, assistência obstétrica e protocolos institucionais;

- Acompanhamento do desempenho das equipes, promovendo feedbacks e orientações contínuas.

Organização dos Fluxos e Processos:

- Revisão dos fluxos de atendimento desde a admissão até a alta hospitalar;
- Integração entre os setores assistenciais para otimizar o tempo de resposta e reduzir retrabalhos.

Monitoramento e Avaliação:

- Acompanhamento mensal dos indicadores assistenciais e gerenciais;
- Avaliação dos resultados das ações implementadas, com ajustes sempre que necessário.

O planejamento proposto reafirma o compromisso da gestão com a excelência do cuidado, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

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 						
CONTROLE DIÁRIO DE REFEIÇÕES - PACIENTES INTERNADOS						
Nº	Nome do Paciente	Leito	Tipo de dieta	Refeição		Data: ____/____/2022
						Assinatura do paciente ou acompanhante
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	
				☐ Café da manhã	☐ Lanche da manhã	

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, baião de dois, cuscuz de milho, salada	Torrada com café	Bife acebolado, baião 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, salada	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, baião de dois, cuscuz de milho e salada	Biscoito doce/salgado, café e leite	Bisteca suína, baião 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			
Anote 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

Com o objetivo de aprimorar a organização dos serviços, garantir maior segurança ao paciente e fortalecer a eficiência assistencial e gerencial, a Maternidade e Hospital Santa Isabel iniciou a implantação de novos processos operacionais e assistenciais.

Entre os principais processos implantados, destaca-se a reorganização do setor de triagem, com a definição de fluxo padronizado e a atuação de enfermeiro exclusivo para o acolhimento e classificação de risco, promovendo maior assertividade, redução de falhas e melhoria no direcionamento dos pacientes.

Foram também implantados processos de monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais, permitindo à gestão acompanhar de forma sistemática os resultados, identificar oportunidades de melhoria e tomar decisões baseadas em dados.

No âmbito da assistência, houve a padronização de rotinas e protocolos institucionais, com foco na segurança do paciente, redução de retrabalhos e qualificação do cuidado prestado. Esses novos processos contribuíram para a melhoria da comunicação entre as equipes, maior organização do serviço e otimização dos recursos humanos.

A implantação dos novos processos representa um avanço significativo na governança assistencial da unidade, reforçando o compromisso da gestão com a melhoria contínua, a qualidade do atendimento e a humanização da assistência.

22. AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE

Reunião com os enfermeiros.



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE

Reunião com a equipe de nutrição..



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE



Ame-se.
Cuide-se.
Previna-se.

outubro
rosa

Convidamos todos para participarem da palestra especial do Outubro Rosa, um momento de reflexão e conscientização sobre a importância da prevenção e do autocuidado na saúde da mulher.

Sua participação é essencial para fortalecermos juntos essa causa tão importante!

Data: **21/10**

Local: **Audiotório MHSI**

Hora: **9:30hs**

Palestrante: **Nerissa luiza**



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE

Outubro Rosa



**UM TOQUE PODE
SALVAR A SUA VIDA**
Mês de Prevenção ao Câncer de Mama

AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE



EM NOVEMBRO SOMOS TODOS AZUL.

MÊS MUNDIAL DE **COMBATE**
AO **CÂNCER DE PRÓSTATA**

PREVINA-SE! FAÇA O EXAME.



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE

Alinhamento do setor de nutrição.



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE



MÊS DE **PREVENÇÃO** AO
CÂNCER DE PELE

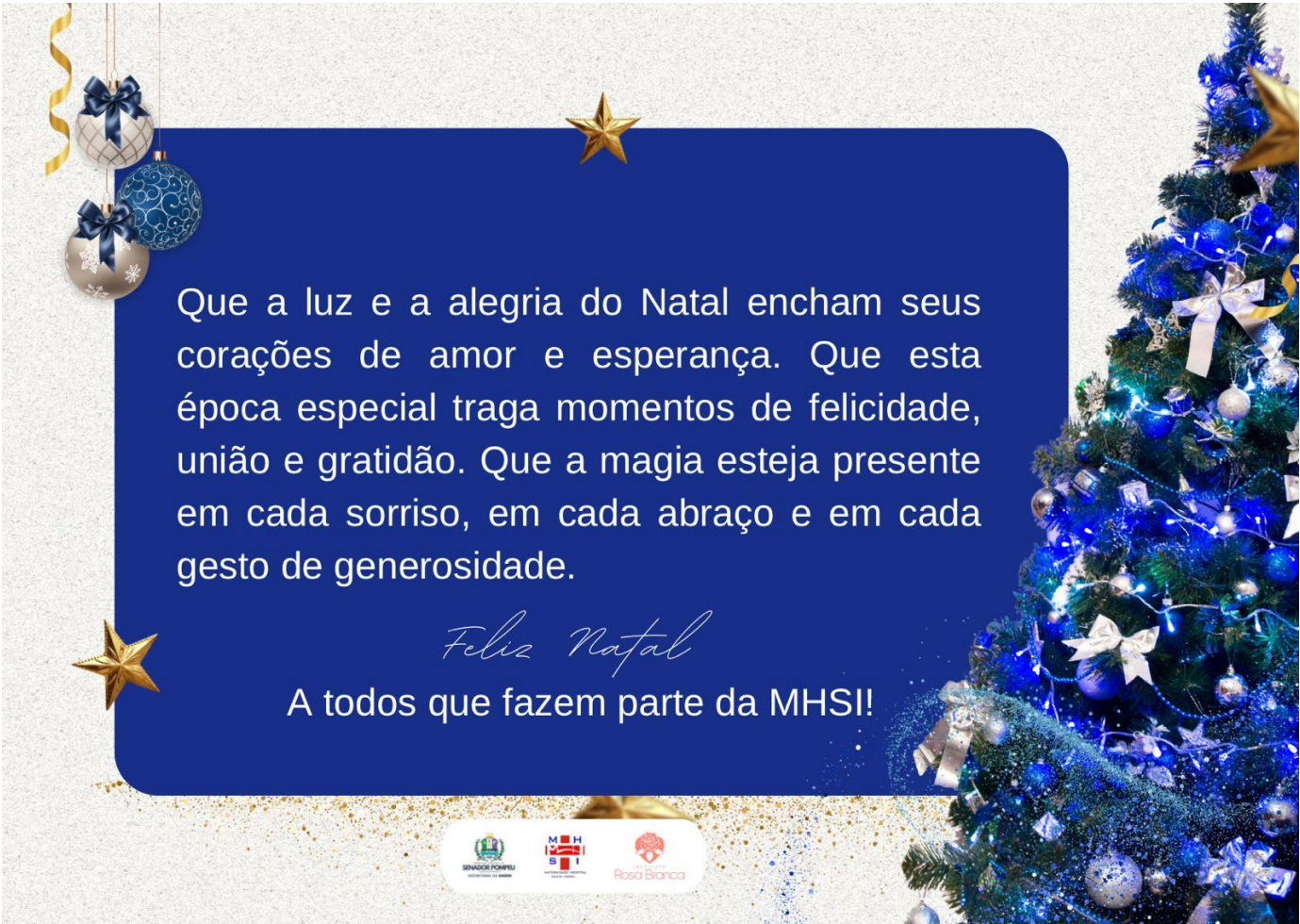
DEZEMBRO

Laranja

O **CÂNCER DE PELE** PODE
SER PREVENIDO. INCLUA O
PROTETOR SOLAR NA SUA
ROTINA E **APROVEITE O SOL**
COM SEGURANÇA.



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE



Que a luz e a alegria do Natal encham seus corações de amor e esperança. Que esta época especial traga momentos de felicidade, união e gratidão. Que a magia esteja presente em cada sorriso, em cada abraço e em cada gesto de generosidade.

Feliz Natal

A todos que fazem parte da MHSI!



AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE





INSTITUTO
Rosa Branca

AÇÕES E CAPACITAÇÕES DESENVOLVIDAS NO 4º TRIMESTRE



Um novo ano se inicia, trazendo novas oportunidades de cuidar, acolher e transformar vidas.

Seguimos firmes em nossa missão de oferecer saúde com responsabilidade, humanização e excelência.

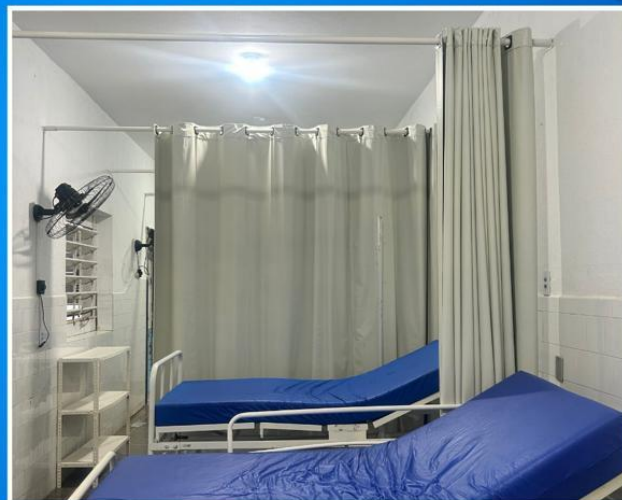
Que 2026 seja um ano de esperança, conquistas e muitas vidas tocadas pelo bem!



INSTITUTO
Rosa Branca

23. AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

Instalações de cortinas nas observação.



AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

Aquisição de 15 lençóis.



AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

Aquisição de um liquidificador.



AQUISIÇÕES DO TRIMESTRE

Revitalização do sofá do posto 01.



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 – OUTUBRO 2025 MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL (SENADOR POMPEU)

À
Instituto Rosa Branca,

ITEM	EQUIPAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
1	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VERIFICADA INTEGRIDADE DOS ACESSÓRIOS
2	VENTILADOR MECÂNICO AEOMED- VG70	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE FUGAS DO CIRCUITO
3	MONITOR MULTIPARAMETROS MINDRAY – IMEC 12	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VERIFICADA INTEGRIDADE DOS ACESSÓRIOS
4	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO CORRETIVA – SUBSTITUÍDA ABRAÇADEIRA PNI E SENSOR DE OXIMETRIA
5	DESFIBRILADOR PHILIPS – HEARTSTART XL	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DAS PÁS
6	ELETCARDIOGRAMA BIONET – CARDIOCARE 2000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DE ELETRODOS
7	BISTURI ELÉTRICO WEM – SS200A	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTE DE PEDAL
8	AUTOCLAVE BANCADA BSDIGITALE – 75LTS	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ORIENTAÇÃO SOBRE TESTES
9	LARINGOSCÓPIO	MANUTENÇÃO PREVENTIVA –TESTE EM TODAS AS LÂMINAS (Cabo com rosca da pilha ruim)
10	ASPIRADOR PORTÁTIL MEDICATE – MD100	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUCÇÃO
11	ASPIRADOR PORTÁTIL HK – ASPIRATX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUCÇÃO
12	ASPIRADOR PORTÁTIL NS – ASPIRAMAX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUCÇÃO
13	MANÔMETROS O2	VERIFICADO MANOMETROS SALA DE EMERGÊNCIA
14	FLUXÔMETRO O2	SUBSTITUÍDO

FOTOS NO ANEXO I

LUIS EDSON NOGIMO
FILHO
LTDA:42187164000110

Assinado de forma digital por LUIS
EDSON NOGIMO FILHO
LTDA:42187164000110
Dados: 2025.10.31 09:33:50 -03'00'

Quixadá, 31 de Outubro de 2025.

MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

ANEXO I



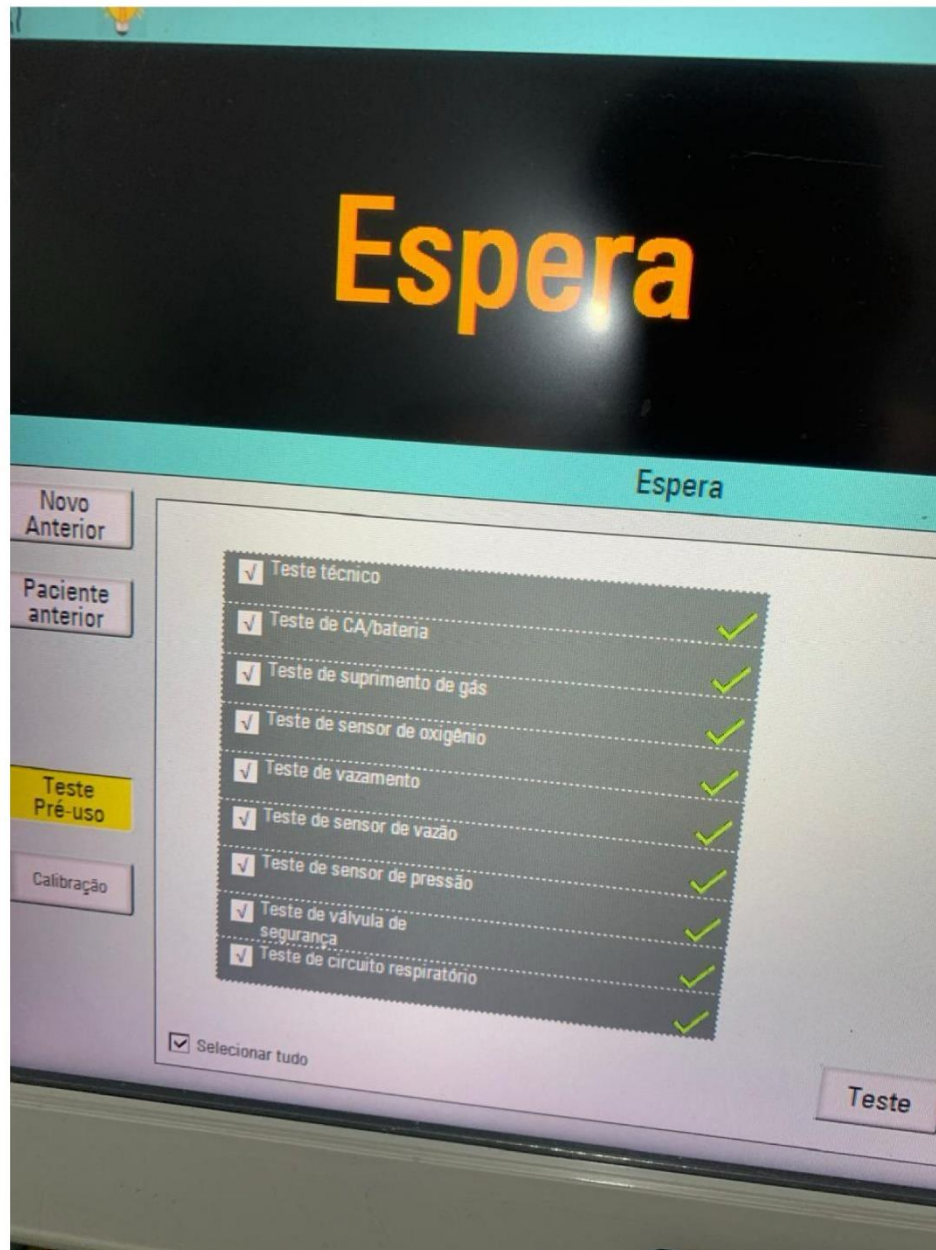
MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



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 – NOVEMBRO 2025 MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL (SENADOR POMPEU)

À
Instituto Rosa Branca,

ITEM	EQUIPAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
1	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTES
2	VENTILADOR MECÂNICO AEOMED- VG70	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE FUGAS DO CIRCUITO
3	MONITOR MULTIPARAMETROS MINDRAY – IMEC 12	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTES
4	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO E TESTES
5	DEFIBRILADOR PHILIPS – HEARTSTART XL	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE COM CARGA
6	ELETROCARDIOGRAMA BIONET – CARDIOCARE 2000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ORIENTADO UTILIZAR ELETRODO DESCARTÁVEL
7	BISTURI ELÉTRICO WEM – SS200A	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO DE CABOS E CANETA
8	AUTOCLAVE BANCADA BSDIGITALE – 75LTS	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DE FILTRO
9	LARINGOSCÓPIO	MANUTENÇÃO PREVENTIVA –TESTE EM TODAS AS LÂMINAS
10	ASPIRADOR PORTÁTIL MEDICATE – MD100	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO SATISFATÓRIO
11	ASPIRADOR PORTÁTIL HK – ASPIRATEX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO SATISFATÓRIO
12	ASPIRADOR PORTÁTIL NS – ASPIRAMAX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO SATISFATÓRIO
13	MANÔMETROS O2	VERIFICAÇÃO DE VAZAMENTOS NA SALA DE EMERGÊNCIA
14	RAIO X – RAY TEC	MANUTENÇÃO CORRETIVA – CONSTATADO TENSÃO BAIXA, AJUSTATO TEMPO DE AQUECIMENTO DO TUBO

FOTOS NO ANEXO I

LUIS EDSON NOGIMO
FILHO
LTDA:42187164000110

Assinado de forma digital por LUIS
EDSON NOGIMO FILHO
LTDA:42187164000110
Dados: 2025.11.28 10:49:34 -03'00'

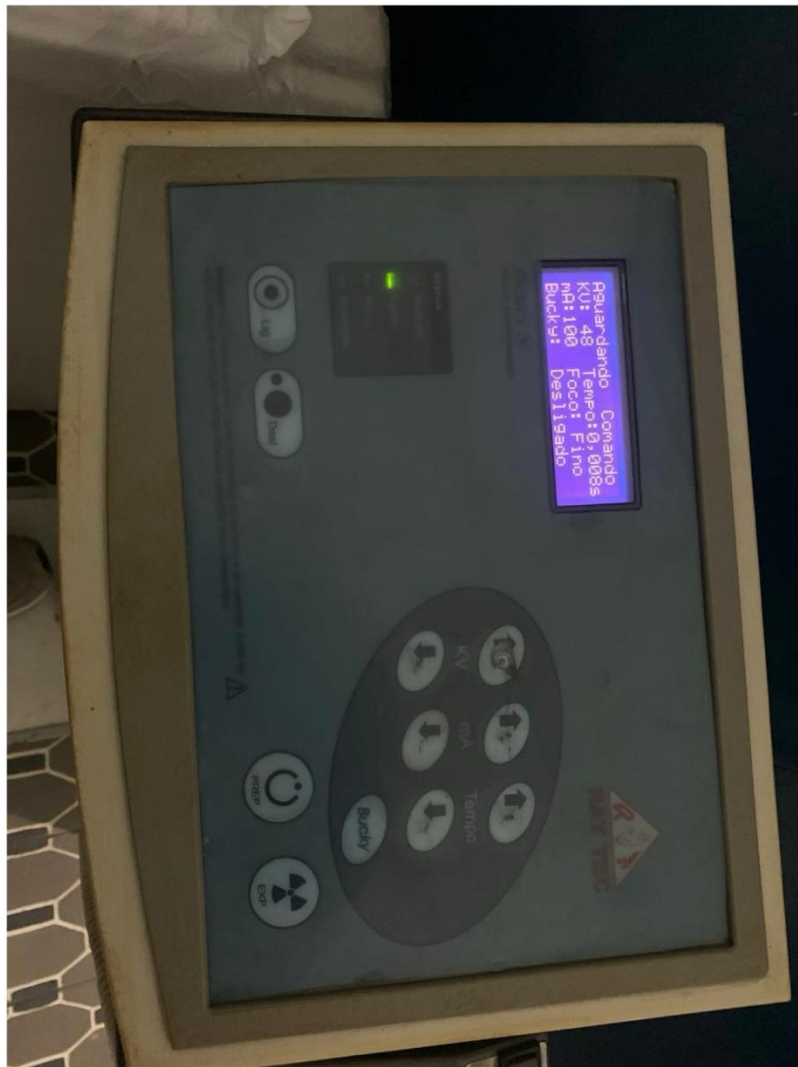
Quixadá, 28 de Novembro de 2025.

MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

ANEXO I



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



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 – DEZEMBRO 2025 MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL (SENADOR POMPEU)

À
Instituto Rosa Branca,

ITEM	EQUIPAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
1	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VERIFICAÇÃO DE INTEGRIDADE DA ABRAÇADEIRA PNI
2	MONITOR MULTIPARAMETROS MINDRAY – IMEC 12	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VERIFICAÇÃO DE INTEGRIDADE DA ABRAÇADEIRA PNI
3	MONITOR MULTIPARAMETROS LEPU MEDICAL – UP7000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VERIFICAÇÃO DE INTEGRIDADE DA ABRAÇADEIRA PNI
4	VENTILADOR MECÂNICO AEOMED- VG70	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ORIENTADO SOBRE PRESSÃO DE TRABALHO
5	DEFIBRILADOR PHILIPS – HEARTSTART XL	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE COM CARGA
6	ELETROCARDIOGRAMA BIONET – CARDIOCARE 2000	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – SOLICITADO PÊRAS E ELETRODOS
7	BISTURI ELÉTRICO WEM – SS200A	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – INSPEÇÃO DE CABOS E CANETA
8	AUTOCLAVE BANCADA BSDIGITALE – 75LTS	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – LIMPEZA DE FILTRO
9	LARINGOSCÓPIO	MANUTENÇÃO PREVENTIVA –TESTE EM TODAS AS LÂMINAS
10	ASPIRADOR PORTÁTIL MEDICATE – MD100	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO SATISFATÓRIO
11	ASPIRADOR PORTÁTIL HK – ASPIRATEX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO SATISFATÓRIO
12	ASPIRADOR PORTÁTIL NS – ASPIRAMAX	MANUTENÇÃO PREVENTIVA – TESTE DE SUÇÃO SATISFATÓRIO

FOTOS NO ANEXO I

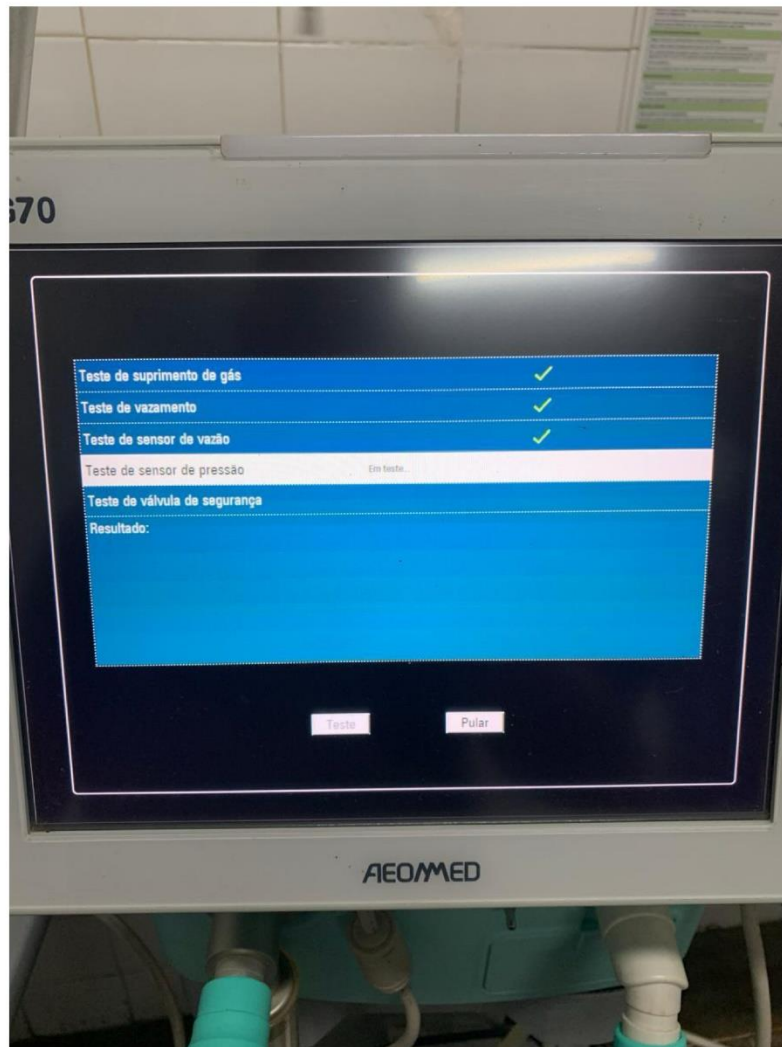
Quixadá, 31 de Dezembro de 2025.

LUIS EDSON
NOGIMO FILHO
LTDA:4218716
4000110

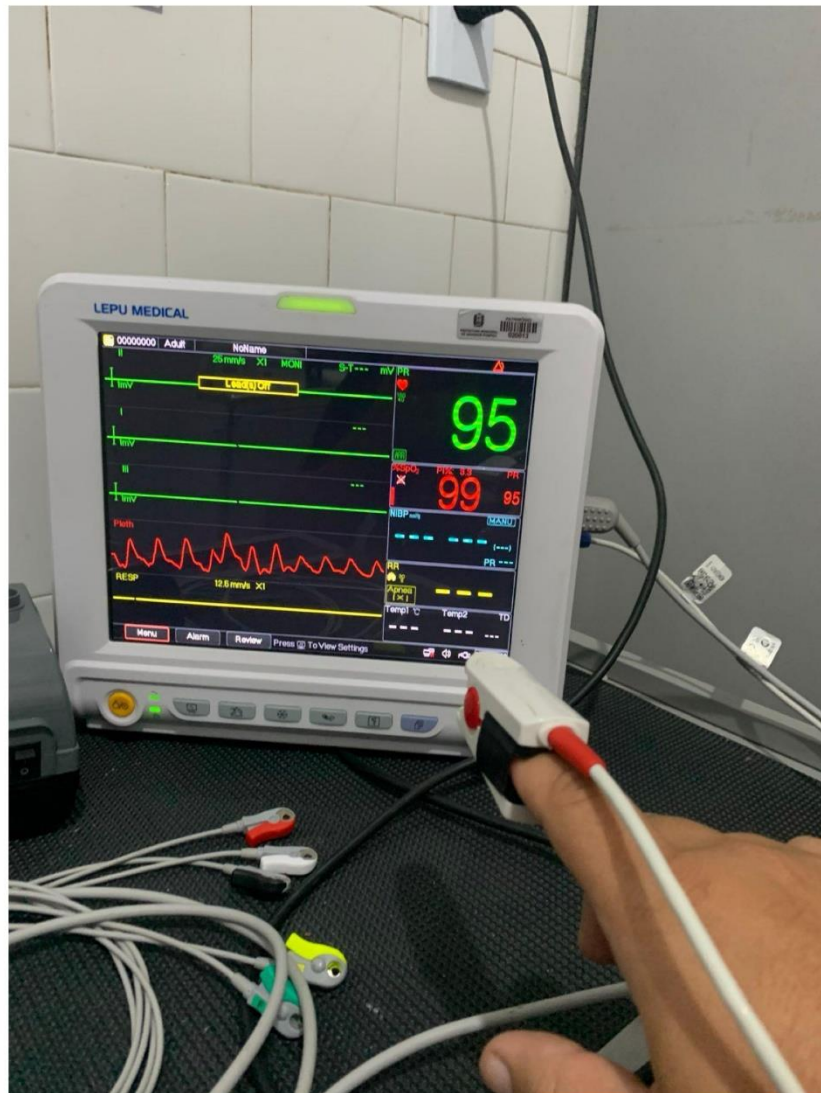
Assinado de forma
digital por LUIS EDSON
NOGIMO FILHO
LTDA:42187164000110
Dados: 2025.12.31
10:59:50 -03'00'

MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

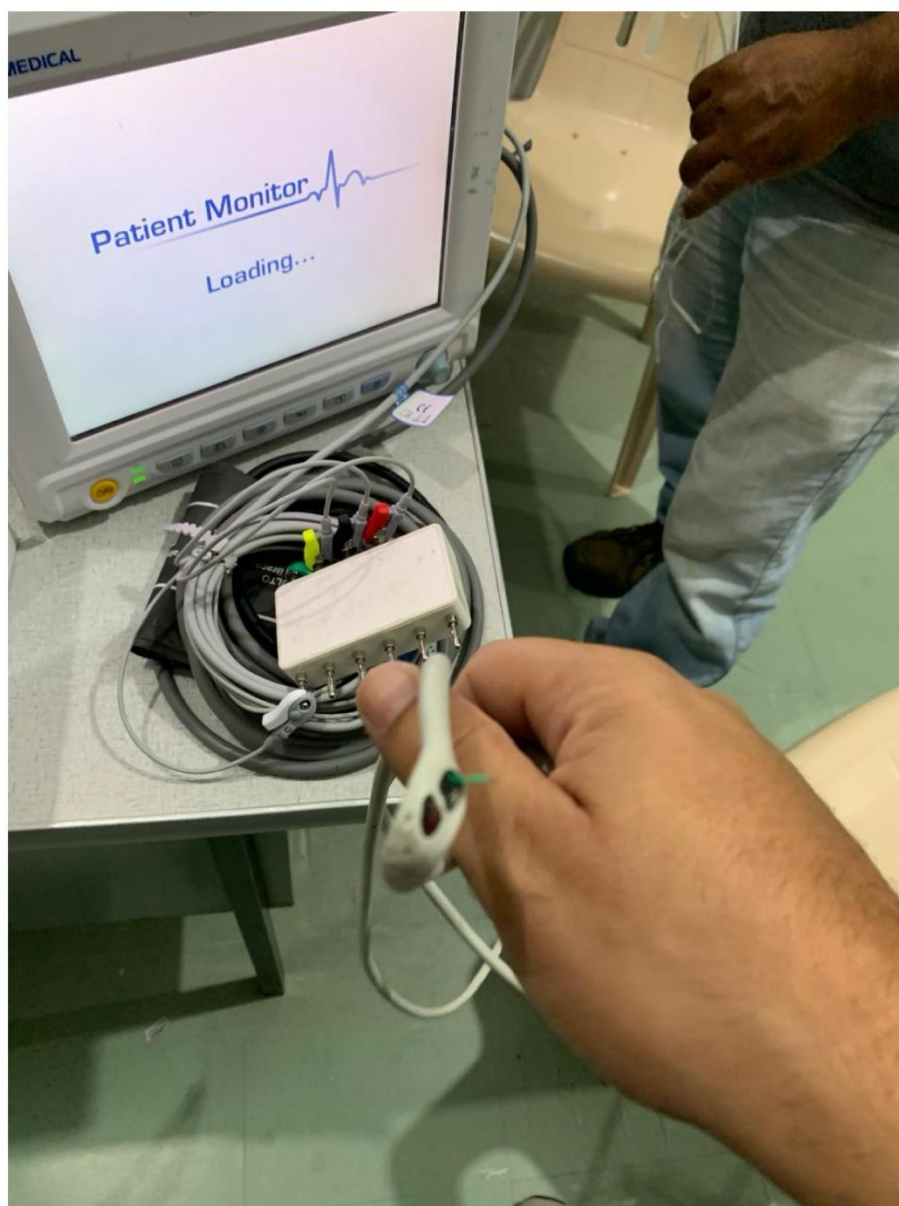
ANEXO I



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



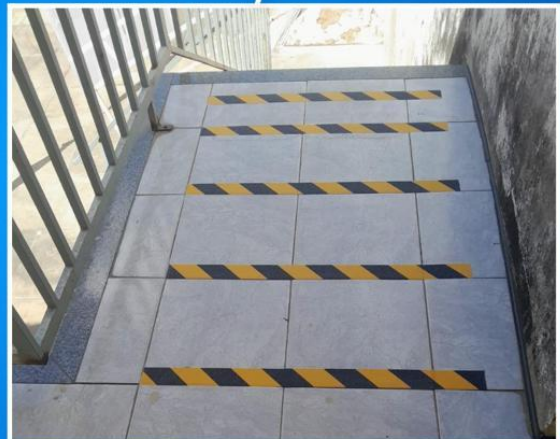
MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Aplicação de faixa antiderrapante

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Lavagem do freezer das proteínas.



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Restauração da porta do ecg.

Antes *Depois*



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Revitalização da enfermaria 02.

Antes *Depois*



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Revitalização das enfermarias.

Antes



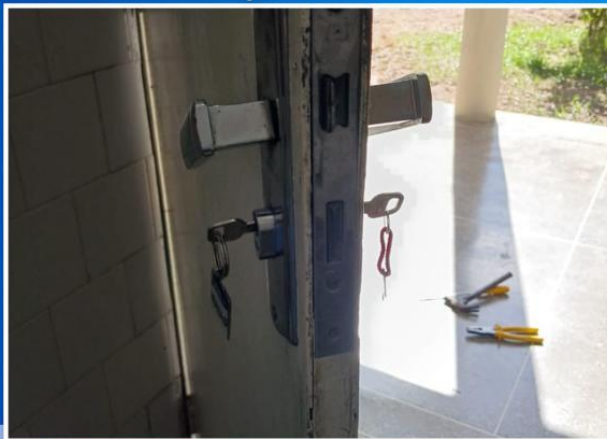
Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca da fechadura do repouso dos técnicos.

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Troca da fechadura do consultório 01

Antes



Depois



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Limpeza no muro do hospital.



MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS DO TRIMESTRE

Revitalização da lavanderia.



25. ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**
Aniversariantes do mês de outubro.

NARA	MARINEZ	DR.MARIANA	MATHEUS
			
07/10	09/10	18/10	26/10



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Aniversariantes do mês de Novembro

Ingryth



15/11

Neiliane



19/11

Herbas



20/11

DinyKelma



21/11

Katia



25/11



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**

Aniversariantes do mês de Novembro

Gerlandia



26/11

Dr. Ricardo



26/11

Mauricio



29/11



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**

Aniversariantes do mês de Novembro

Dr. Jorge



02/11

Valeska



05/11

Matheus



05/11

Antonia



06/11

Luciene



11/11



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE



ANIVERSARIANTES MÊS DE NOVEMBRO



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**

ANIVERSARIANTES MÊS DE DEZEMBRO

CICERA



02/12

SIDNEY



03/12

JERRY



04/12

NATANAEL



05/12

ELINAM



08/12



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**
ANIVERSARIANTES MÊS DE DEZEMBRO

LIANA



12/12

DR. JESSICA



18/12

LEONARDO



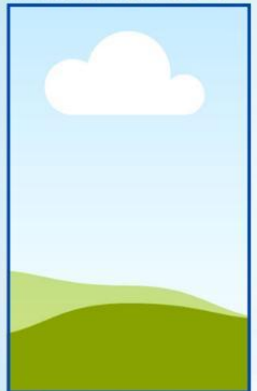
18/12

ANA SOARES



19/12

IVANILDO



21/12



ANIVERSARIANTES DO TRIMESTRE

**MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL**

ANIVERSARIANTES MÊS DE DEZEMBRO

NEILYANE



21/12

ANTONIA



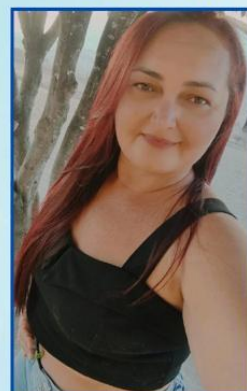
25/12

CLEANE



28/12

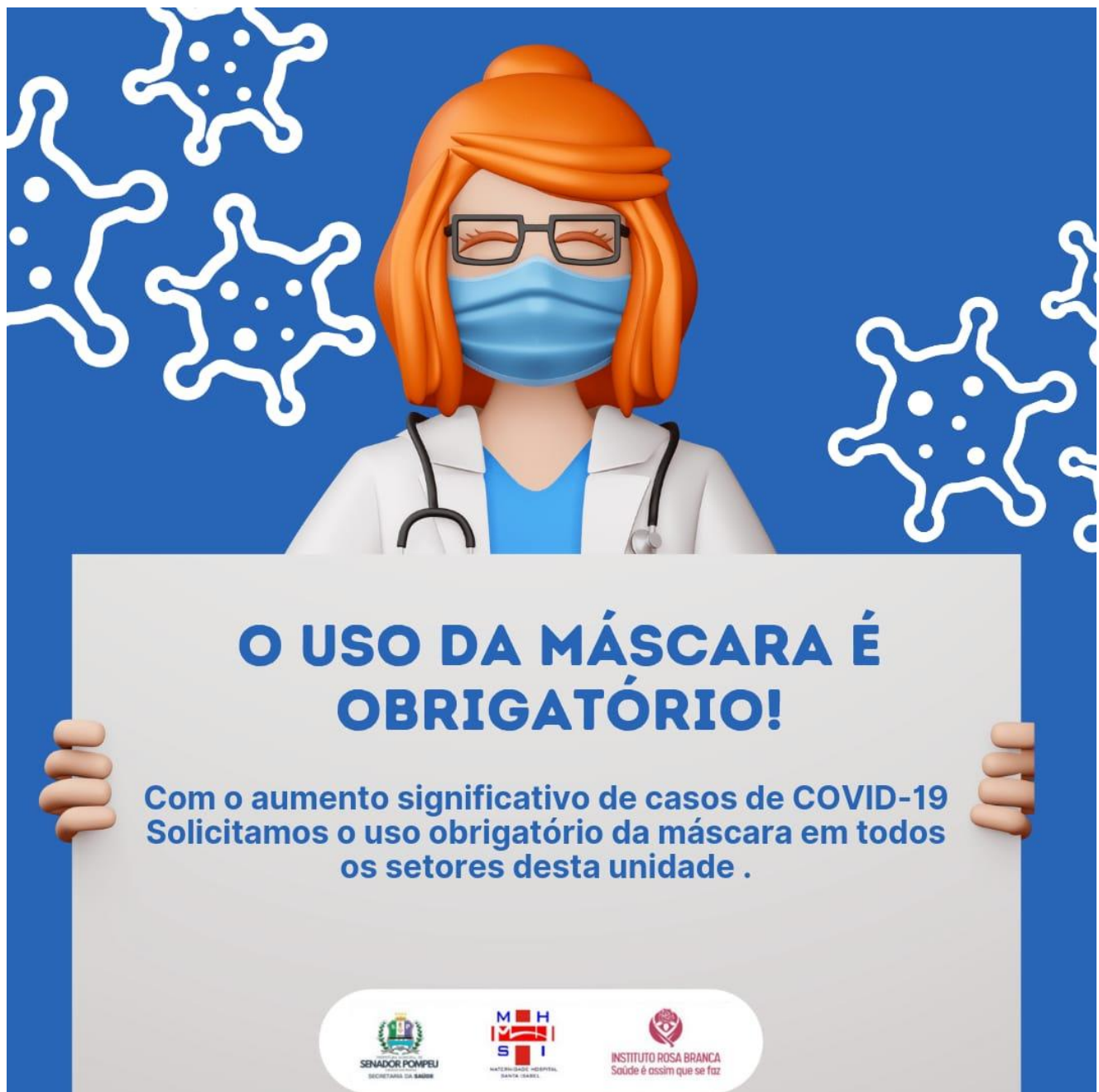
PELONIA



31/12



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!

M H
S I
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.


MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL


INSTITUTO
Rosa Branca
Saúde é assim que se faz


PREFEITURA DE
SENADOR POMPEU
CUIDANDO DAS PESSOAS

CAMPANHAS EDUCATIVAS

CAMPANHA ADORNO ZERO



ANEIS E
ALIANÇAS



BRINCOS



PULSEIRAS E
RELOGIOS



BROCHES E
BOTTONS



CORDÃO DE
CRACHÁ



LENÇOS E
CACHECOIS



PIERCINGS
APARENTES



SENADOR POMPEU
PREFEITURA DE ITABORAÍ



HOSPITAL SANTA CRUZ
ITABORAÍ



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**



SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



M H
S I
HOSPITAL MUNICIPAL
SANTA TEREZINHA



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



MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA TEREZA



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

O presente relatório trimestral evidencia o compromisso da Maternidade e Hospital Santa Isabel com a oferta de uma assistência segura, humanizada e resolutive, mantendo a qualidade dos serviços prestados à população ao longo do período avaliado. As ações desenvolvidas durante o trimestre demonstram avanços na organização dos processos assistenciais, no fortalecimento do trabalho em equipe e no acompanhamento sistemático dos indicadores, contribuindo para uma gestão mais eficiente e orientada a resultados.

Durante o período, a unidade manteve a regularidade dos atendimentos, garantindo o acesso da população aos serviços materno-infantis e hospitalares, com foco na qualidade do cuidado, na segurança do paciente e na humanização da assistência. A organização dos fluxos internos, o aprimoramento do acolhimento e o alinhamento contínuo das equipes contribuíram para a melhoria do atendimento e para maior agilidade na condução dos casos.

Destaca-se o empenho das equipes multiprofissionais, que atuaram de forma integrada e comprometida com as diretrizes institucionais, buscando atender às necessidades dos usuários com responsabilidade, ética e sensibilidade. O monitoramento dos dados assistenciais ao longo do trimestre permitiu identificar resultados alcançados, avaliar o desempenho dos setores e direcionar ações corretivas e de melhoria quando necessário.

Mesmo diante dos desafios inerentes à rotina hospitalar, a unidade manteve seu funcionamento de forma organizada, priorizando a otimização dos recursos disponíveis, o cumprimento dos protocolos assistenciais e a continuidade do cuidado. A análise dos indicadores reforça a importância do acompanhamento sistemático como ferramenta essencial para o planejamento e a tomada de decisões estratégicas.

Para o próximo trimestre, a gestão seguirá direcionando esforços para o fortalecimento dos processos assistenciais, a qualificação permanente das equipes, a melhoria da estrutura e a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, à eficiência operacional e à ampliação da resolutividade dos serviços.

Assim, a Maternidade e Hospital Santa Isabel reafirma seu compromisso com a excelência na assistência, a humanização do cuidado e a melhoria contínua dos serviços, mantendo-se em constante processo de avaliação, planejamento e aprimoramento, com o objetivo de garantir um atendimento cada vez mais qualificado à população.

Senador Pompeu, 29 de Janeiro de 2026

ANDERSON
FARIAS
PINTO:085028377
96

Assinado de forma digital
por ANDERSON FARIAS
PINTO:08502837796
Dados: 2026.02.10
18:30:32 -03'00'

Anderson Farias

Documento assinado digitalmente



FRANCISCA LIZONEIDE LIRA DA FRANCA PAIVA
Data: 19/02/2026 10:52:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Francisca Lizoneide Lira da Franca Paiva
Coordenadora Geral – MHSI

Documento assinado digitalmente



NERISSA LUIZA LEITAO DE ALMEIDA
Data: 06/02/2026 22:41:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nerissa Luiza Leitão de Almeida
Coordenadora de Processos e Gestão Assistencial - IRB