



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL

COMPETÊNCIA: AGOSTO A OUTUBRO 2023



**PREFEITURA DE
MONSENHOR
TABOSA**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinha Farias Leitão
Monsenhor Tabosa - CE



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

RELATÓRIO DE GESTÃO

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

PERÍODO

AGOSTO A OUTUBRO/2023

INÍCIO DA GESTÃO 03 DE MAIO DE 2023



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

**RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL, TRIMESTRAL:
AGOSTO A OUTUBRO DE 2023, REFERENTE AO CONTRATO DE
GESTÃO Nº 20230502001/2023, QUE VISA ESTABELEECER O
COMPROMISSO ENTRE AS PARTES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA
GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DO HOSPITAL E
MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO.**



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	05
GESTÃO DO INSTITUTO ROSA BRANCA.....	07
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	09
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	13
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS.....	14
PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES.....	19
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.....	19
ÍNDICE DE APRESENTAÇÃO DE AIH.....	25
TAXA DE GLOSA DE AIH.....	25
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR.....	26
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS.....	27
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.....	27
NÚMERO DE CONSULTAS SALA DE ESTABILIZAÇÃO.....	30
NÚMERO DE PARTOS.....	31
INTERNAMENTOS.....	32
NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE COLETA DE EXAMES, CURATIVOS E MEDICAÇÕES.....	33
NÚMERO DE ATENDIMENTOS COM REMOÇÃO.....	33
RECURSOS HUMANOS.....	34
COMISSÕES.....	39
CRONOGRAMA DE REUNIÕES DAS COMISSÕES.....	46
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	46
NUTRIÇÃO.....	48
HOTELARIA.....	49
ATENÇÃO AO USUÁRIO.....	50
SISTEMA INFORMATIZADO.....	56
AGOSTO DOURADO.....	57
SETEMBRO AMARELO.....	62
SETE DE SETEMBRO.....	65
OUTUBRO ROSA.....	67
REFORMA, ADEQUAÇÕES DOS AMBIENTES E INSTALAÇÕES.....	75
DESEMPENHO GERENCIAL.....	78
AGENDA DE REUNIÕES.....	79
AÇÕES COMEMORATIVA.....	83
CARDS INFORMATIVOS.....	86
CONCLUSÃO.....	103
ANEXOS.....	104



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

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 Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, vem por meio deste relatório gerencial, disponibilizar todas as informações técnicas pertinentes e de forma transparente à Secretaria Municipal de Saúde de Monsenhor Tabosa e Comissão de Saúde do Município de Monsenhor Tabosa - CE, sobre as ações e atividades desenvolvidas no período de **01 de Agosto a 31 de outubro de 2023**.

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) *Produções Assistenciais;*
- c) *Implantação da Pesquisa de Satisfação do Usuário;*
- d) *Implantação das Comissões de Saúde;*

 (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

 www.institutorosabranca.org  institutorosabranca28@gmail.com

 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro – Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

- e) *Implantação do Sistema Informatizado;*
- f) *Implantação do Ponto Digital;*
- g) *Atividades de Educação Permanente;*
- h) *Realização de Reparos e Manutenções Prediais;*
- i) *Relatório Fotográfico das Ações;*
- j) *Materiais de Publicidade.*

O INSTITUTO ROSA BRANCA comprometido em realizar uma gestão resolutiva e eficiente, pautada pela transparência de suas ações, nesta oportunidade apresenta o presente relatório assistencial, executado, com o intuito de demonstrar os resultados obtidos no período indicado no presente relatório.

Por oportuno, coloca-se a disposição para apresentar esclarecimentos ou dirimir dúvidas que possam advir dos dados e informações ora apresentados.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

1. INTRODUÇÃO

1.1 GESTÃO DO INSTITUTO ROSA BRANCA

O presente relatório, relata as ações realizadas nos meses de agosto a outubro de 2023 no Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão.

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 analisados, considerando as metas estabelecida com o contrato de gestão.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



(21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

www.institutorosabranca.org institutorosabranca28@gmail.com

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

1.3 EQUIPE DE GESTÃO

UNIDADE ORGANIZACIONAL	CHEFIA RESPONSÁVEL
DIRETOR CLÍNICO	ROMEU PARENTE
GERENTE ASSISTENCIAL	NILCELHA ALVES SANTANA
COORDENAÇÃO FARMACÊUTICA	TAMARA DE MOURA
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	FRANCISCA ALANA A. AZEVEDO
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	ANA LÚCIA GOMES DE SOUSA
COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO	MÔNICA SOUTO A. CAVALCANTE
COORDENAÇÃO DE LIMPEZA E HOTELARIA	MARIA DAS DORES B. DE SOUZA
SADT	CAMILA DE OLIVEIRA SOARES
SAME	FRANCISCO GILVAN F. ALENCAR
MANUTENÇÃO	WELINGTON LIMA SOUSA

1.4 CAPACIDADE INSTALADA

A infraestrutura e serviços ofertados pelo Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão é composta conforme sua capacidade instalada apresentada abaixo no Quadro 1:

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
ENFERMARIA CLÍNICA	22 LEITOS
ENFERMARIA OBSTÉTRICA	06 LEITOS
ENFERMARIA CIRÚRGICA	11 LEITOS
LEITOS DE PEDIATRIA	08 LEITOS
OUTRAS ESPECIALIDADES	02 LEITOS
SALA DE ESTABILIZAÇÃO	02 LEITOS

 (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

 www.institutorosabranca.org  institutorosabranca28@gmail.com

 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



SALA CIRURGICA	01
SALA DE PARTO	01
SALA PRÉ-PARTO	01
SALA DE VACINA	01
CME	01
TRIAGEM	01
CONSULTÓRIO AMBULATORIAIS	02
SALA DE MEDICAÇÃO	01
SALA DE CURATIVO	01
SALA DE RAIOS X	01
SALA DE ECG	01
POSTO DE ENFERMAGEM	02

2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência em regime de hospitalização compreende o conjunto de serviços ofertados ao paciente desde sua admissão até a alta hospitalar, contemplando-se todos os atendimentos e procedimentos necessários à obtenção ou complementação do diagnóstico e as terapêuticas necessárias ao seu tratamento.

Os pacientes internados recebem atendimentos clínicos e multiprofissionais, conforme a necessidade identificada, visando sua recuperação e alta.

Visando contemplar a demanda dos pacientes/usuários do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, são ofertados atendimentos clínicos



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

/Urgência e Emergência, 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 Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - é um instrumento reorganizador dos processos de trabalho que estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do paciente. O 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.

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 Taboenses, desenvolvemos indicadores de performance nos processos de atendimentos que possibilitará realizar os ajustes necessários para o bom andamento do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão.

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.



2.4 INDICADORES QUANTITATIVOS

Os indicadores quantitativos, destacamos o potencial da gestão da informação na construção do planejamento estratégico do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, 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.

Apresentamos a seguir o quadro geral dos atendimentos realizados.

2.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E MELHORIA

Considerando 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 **21.521** atendimentos, o mês de outubro obteve o maior número de atendimentos. 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 do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão.







Para garantir de maneira fundamental a oferta de atendimentos o Hospital 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: Enfermagem e Nutrição.



2.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

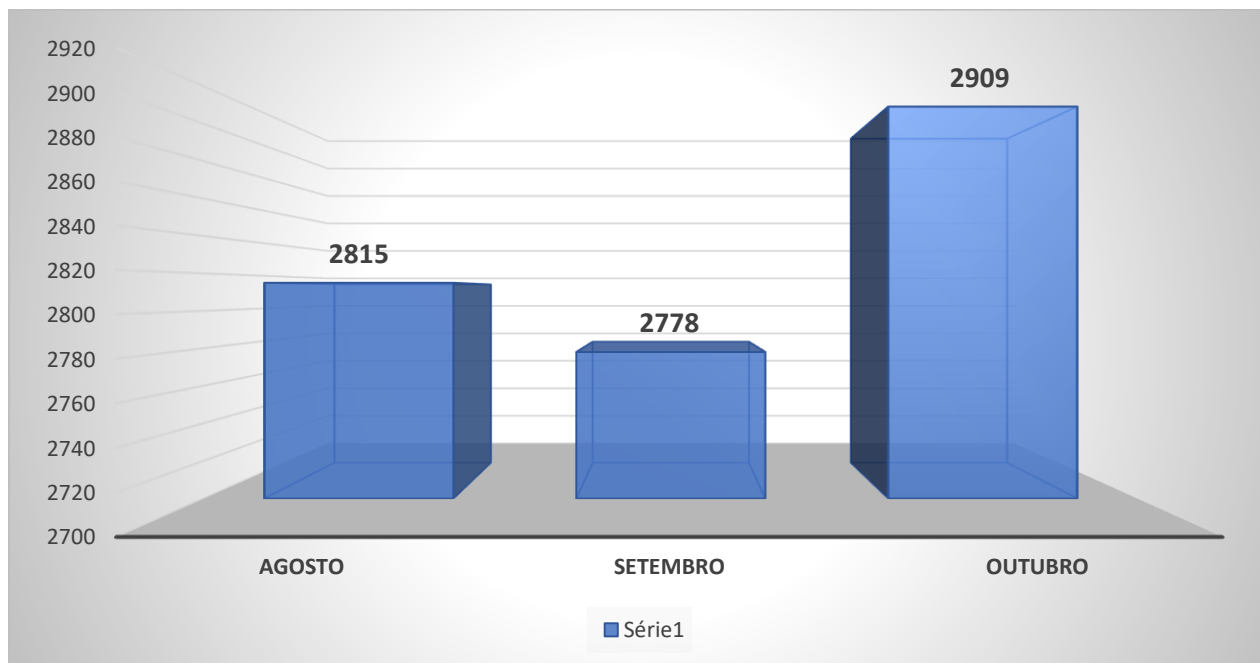
Tabela: Consolidado trimestral de atendimentos por classificação de risco.

ATENDIMENTOS		AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
	EMERGÊNCIA	10	11	8
	MUITO URGENTE	61	30	31
	URGENTE	597	454	583
	POUCO URGENTE	1.550	1.517	1.561
	NÃO URGENTE	602	776	726
	NÃO CLASSIFICADOS	X	X	X
TOTAL		2.815	2.778	2.909
% PACIENTES ATENDIDOS COM RISCO CLASSIFICADO		100%	100%	100%

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - mostra resultados positivos como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na perspectiva de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Sendo um instrumento de humanização, que visa estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento dos usuários.



GRÁFICO: COMPARATIVO DO TOTAL DE ATENDIMENTOS E TOTAL DE ATENDIMENTOS COM RISCO CLASSIFICADO



O gráfico acima demonstra o maior número de atendimentos em outubro.

3. TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS

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

11.1 Tabela: CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE ÓBITOS E PRONTUÁRIOS REVISADOS

MÊS	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
TOTAL DE PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS QUE VIERAM A ÓBITOS	03	02	02
TOTAL DE PRONTUÁRIOS REVISADOS	03	02	02
TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS	100%	100%	100%



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

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

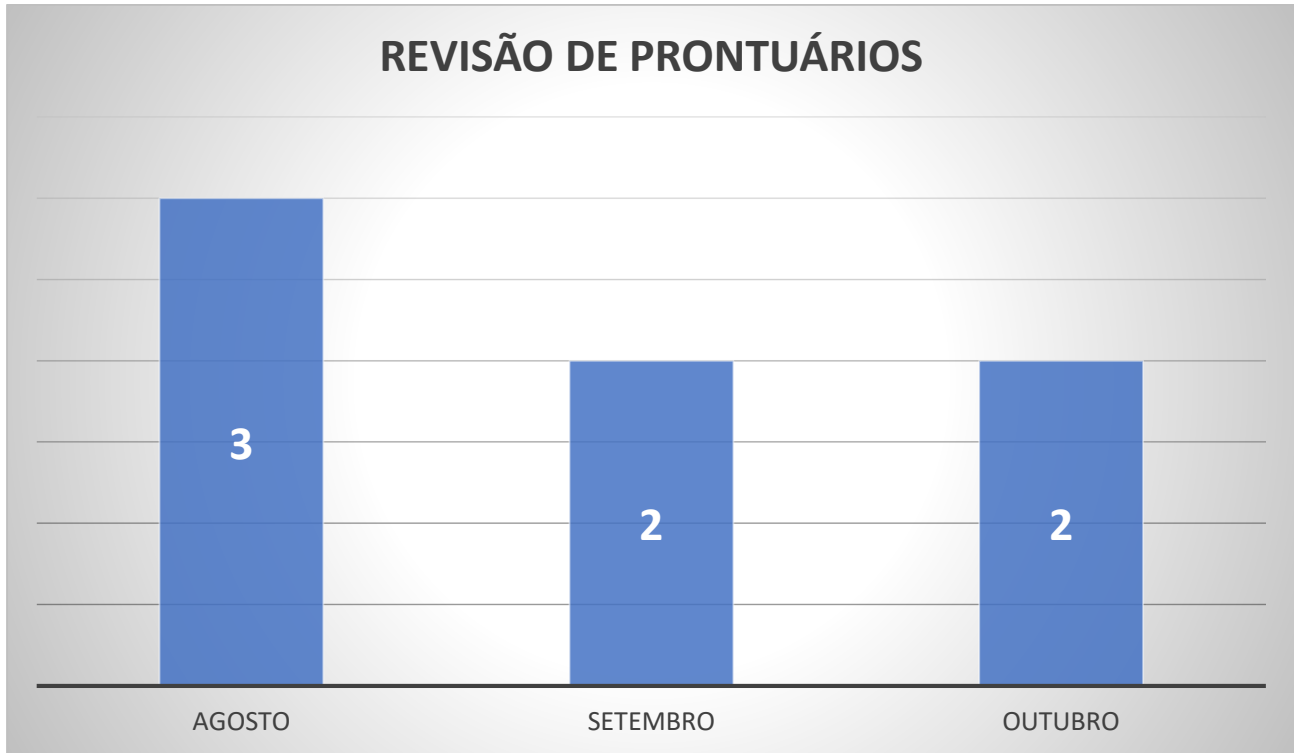


TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2023 PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

AGOSTO/2023 – ÓBITOS NA EMERGÊNCIA

NOME	SEXO	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
R.P.	M	106	J15	J15	X	X	X	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2023 PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO								
AGOSTO/2023 – ÓBITOS NA CLÍNICA MÉDICA								
NOME	SEXO	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: CONTÉM
J. F. X.	M	87	J15	J15	2	X	X	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica
J. F. C.	M	73	J15	J15	4	X	X	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica.

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: SETEMBRO/2023 PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO								
SETEMBRO/2023 – ÓBITOS NA EMERGÊNCIA								
NOME	SEXO	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AValiação: CONTÉM
R.V. S.	F	81	1461	1461	-	-	-	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: SETEMBRO/2023 PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E HOSPITAL FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO								
SETEMBRO/2023 – ÓBITOS NA CLÍNICA MÉDICA								
NOME	SEXO	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
A.N.S	F	83	J449	146.0	5	SIM	SIM	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica

TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: OUTUBRO/2023 PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO								
OUTUBRO/2023 – ÓBITOS NA CLÍNICA MÉDICA								
NOME	SEXO	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
F. C. S.	M	53	J15	C71	7	SIM	SIM	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica



TABELA: REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – MÊS DE REFERÊNCIA: OUTUBRO/2023

PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA MÉDICA

PLANILHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MATERNIDADE E FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO								
OUTUBRO/2023 – ÓBITOS NA EMERGÊNCIA								
NOME	SEXO	IDADE	CID - ADMISSÃO	CID - FINAL	DIAS INTERNADOS	RECEBEU MEDICAÇÃO	EXAME	AVALIAÇÃO: CONTÉM
R.V. S.	F	81	1461	1461	-	-	-	Nome, Legibilidade da ortografia, Evolução de Enfermagem e Evolução médica

Foram avaliados 7 óbitos ocorridos na Unidade no trimestre. Destes, 04 pacientes foram do sexo feminino, e 03 do sexo masculino.



4. TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES

TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES			
META	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
TOTAL DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NA UNIDADE	118	116	124
TOTAL DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES	118	116	124
TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES	100%	100%	100%



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

4.1 CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÊS DE REFERÊNCIA: AGOSTO/2023

ANEXO I

4.2 CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÊS DE REFERÊNCIA: SETEBRO/2023

ANEXO I

4.3 CNES – LISTAGEM DE PROFISSIONAIS MÉDICOS DE REFERÊNCIA: OUTUBRO/2023

ANEXO I

The screenshot displays the 'Dados Estabelecimento' (Establishment Data) section of the CNES system. The interface includes a sidebar menu with categories like 'Básico', 'Conjunto', 'Ambulatorial', 'Hospitalar', 'Mantenedora', 'Profissionais', 'Habilitações', 'Regras Contratuais', 'Contrato de Gestão', 'Incentivos', 'Equipes', 'Residência Terapêutica', and 'Telessaúde'. The main content area shows the following data:

Dados Estabelecimento		
CNES	CNPJ Próprio	Nome Fantasia
2414864	35.046.234/0001-54	HOSP MATERN F FARIAS LEITAO
Tipo de Estabelecimento	Gestão	Natureza Jurídica(Grupo)
HOSPITAL GERAL	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CNPJ Mantenedora	Nome da Mantenedora	
---	---	
Cadastrado em	Atualização na Base Local	Última atualização Nacional
26/11/2001	10/07/2023	12/10/2023

Profissionais				
Nome	CNS	CBO	Descrição	SI
ANA CARLA DA COSTA LEITAO MELO	707001891344635	223505	ENFERMEIRO	SI
ANA LUCIA GOMES DE SOUSA	700504911547154	411010	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SI
ANDREIA BARBOSA DOS SANTOS	708506318022177	516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SI
ANDREZA MARIA	707608281162798	223505	ENFERMEIRO	SI

5. 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 do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

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.

5. 1 A COMPETÊNCIA: AGOSTO/2023 – RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

INTERNAÇÕES AGOSTO/2023		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2323104562889	MÉDICA	X
2323104562856	MÉDICA	X
2323104562977	MÉDICA	X
2323104563318	MÉDICA	X
2323104563329	MÉDICA	X
2323104563054	MÉDICA	X
2323104562845	MÉDICA	X
2323104563065	MÉDICA	X
2323104562999	MÉDICA	X
2323104562911	MÉDICA	X
2323104563000	PEDIÁTRICA	X
2323104562890	MÉDICA	X



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

2323104563274	OBSTÉTRICA	X
2323104563110	MÉDICA	X
2323104563252	OBSTÉTRICA	X
2323104562713	PEDIÁTRICA	X
2323104563263	OBSTÉTRICA	X
2323104563175	MÉDICA	X
2323104563164	MÉDICA	X
2323104563076	MÉDICA	X
2323104563032	MÉDICA	X
2323104562834	MÉDICA	X
2323104562988	PEDIÁTRICA	X
2323104562867	MÉDICA	X
2323104562274	MEDICA	X
2323104563219	OBSTÉTRICA	X
2323104563010	MÉDICA	X
2323104563043	MÉDICA	X
2323104562966	PEDIÁTRICA	X
2323104563230	PEDIÁTRICA	X
2323104563241	MÉDICA	X
2323104563186	MÉDICA	X
2323104563330	MÉDICA	X
2323104563197	MÉDICA	X



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

5.2 COMPETÊNCIA: SETEMBRO/2023 – RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

INTERNAÇÕES SETEMBRO/2023		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2323104563758	MÉDICA	X
2323104563241	MÉDICA	X
2323104563516	MEDICA	X
2323104563780	MÉDICA	X
2323104563505	MÉDICA	X
2323104563285	MÉDICO	X
2323104563384	PEDIÁTRICA	X
2323104563395	PEDIÁTRICA	X
2323104563417	MÉDICA	X
2323104563560	MÉDICA	X
2323104563131	MÉDICA	X
2323104562922	OBSTÉTRICA	X
2323104563340	MÉDICA	X
2323104563072	MÉDICA	X
2323104563527	MÉDICA	X
2323104563307	MÉDICA	X
2323104563208	MÉDICA	X
2323104563582	MÉDICA	X
2323104563351	MÉDICA	X
2323104563550	MÉDICA	X



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

2323104562581	MÉDICA	X
2323104563538	MÉDICA	X
2323104563593	MÉDICA	X
2323104562889	MÉDICA	X
2323104563291	MÉDICA	X
2323104563219	PEDIÁTRICA	X
2323104560722	MÉDICA	X
2323104562856	MÉDICA	X
2323104563252	PEDIÁTRICA	X
2323104563175	MÉDICA	X
2323104563164	MÉDICA	X
2323104563208	MÉDICA	X
2323104563307	MÉDICA	X
2323104563197	MÉDICA	X
2323104563186	MÉDICA	X

5.3 COMPETÊNCIA: OUTUBRO/2023 – RELAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR NÚMERO DE AIH

INTERNAÇÕES OUTUBRO/2023		
Nº AIH	CLÍNICA	INTENADO NO MÊS
2323104563714	MDICA	X
2323104563494	MEDICA	X
2323104563483	PEDIAATRIA	X
2323104563670	OBSTÉTRICA	X
2323104563879	PEDIATRIA	X

(21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

www.institutorosabranca.org institutorosabranca28@gmail.com

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

2323104563770	PEDIATRIA	X
2322104401782	MÉDICA	X
2323104563834	MÉDICA	X
2323104563604	MEDICA	X
2323104563736	MEDICA	X
2323104563747	PEDIÁTRIA	X
2323104563692	MÉDICA	X
2323104563725	MÉDICA	X
2323104563824	MÉDICA	X
2323104563825	MÉDICA	X
2323104563802	MÉDICA	X
2323104563296	MÉDICA	X
2323104563549	MÉDICA	X
2323104563296	MÉDICA	X
2323104563659	MÉDICA	X
2323104563681	MÉDICA	X
2323104563703	MÉDICA	X
2323104563791	OBSTÉTRICA	X
2323104563813	MÉDICA	X
2323104563450	PEDIÁTRIA	X
2323104563461	PEDIÁTRIA	X
2323104563769	MÉDICA	X
2323104563637	MÉDICA	X
2323104636263	MÉDICA	X



2323104563835	MÉDICA	X
2323104563604	MÉDICA	X
2323104563659	PEDIÁTRICA	X
2323104563868	PEDIÁTRICA	X
2323104563461	PEDIÁTRICA	X
2323104563626	MÉDICA	X

6 TAXA DE GLOSA DE AIH

Metodologia de cálculo: N° de AIH rejeitadas / N° de AIH apresentadas X 100.

TAXA DE GLOSA DE AIH				
META		AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
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.

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 maio a julho de 2023.



O acompanhamento das AIH rejeitadas versus AIH apresentadas pelo Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, portanto o índice de ocorrências de rejeições em glosas no SIH na competência de agosto/2023 a outubro/2023 foi de 0%.

7 TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR

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

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

TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR			
MÊS	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
N° DE PACIENTES COM ALTA HOSPITALAR	26	35	35
ÓBITOS EM PACIENTES INTERNADOS	3	2	2
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	0,78%	0,7%	0,7%

Justificativa: Considerando a apresentação dos dados referentes a mortalidade hospitalar no período de agosto a outubro/2023, observamos a taxa em conformidade no indicador contratual.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

8 Nº DE CONSULTAS MÉDICAS

Considerando a análise do período de agosto a outubro de 2023, observamos o quantitativo mensal de 8.502 consultas médicas.



Análise: Para a linha de atendimento relacionado a consultas médicas, observa-se que no trimestre, (agosto a outubro), o quantitativo de consultas ambulatoriais realizado pelo HMFFL, obteve um maior número de atendimentos no mês de outubro/2023.

9. 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 do HMFFL e atendimentos ambulatoriais.

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

A demanda disponível para o SADT Externo, é especificamente para pacientes que necessitam realizar exames HMFFL, é ofertada via programação com equipe de regulação da Secretária Municipal de Saúde. Os exames realizados no trimestre obtiveram os resultados apresentados abaixo:

EXAME	QUANTIDADE
BIOQUÍMICA	596
RAIO-X	509
ELETROCARDIOGRAMA	103



Análise: Para a linha de atendimento relacionado a consultas médicas, observa-se que no trimestre, (agosto a outubro), o quantitativo de exames realizado pelo HMFFL, obteve um maior número de atendimentos no mês de outubro/2023.

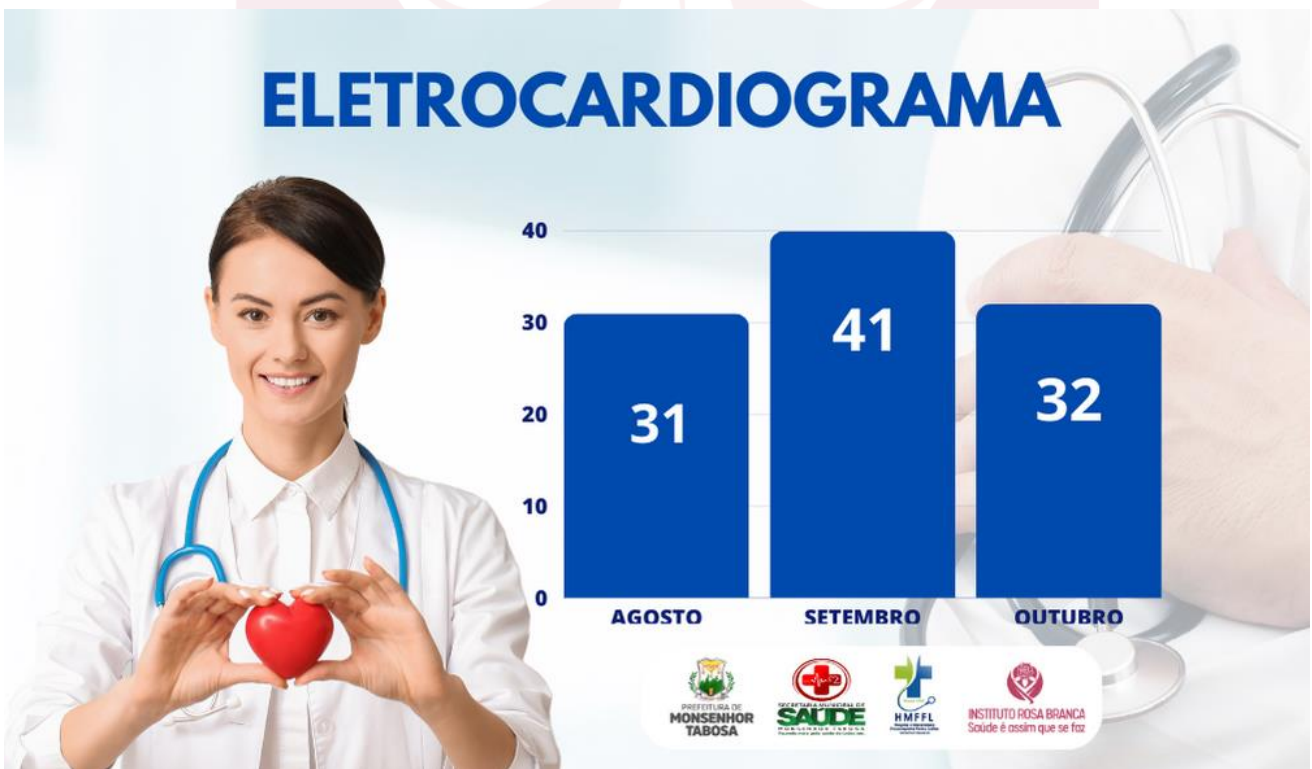
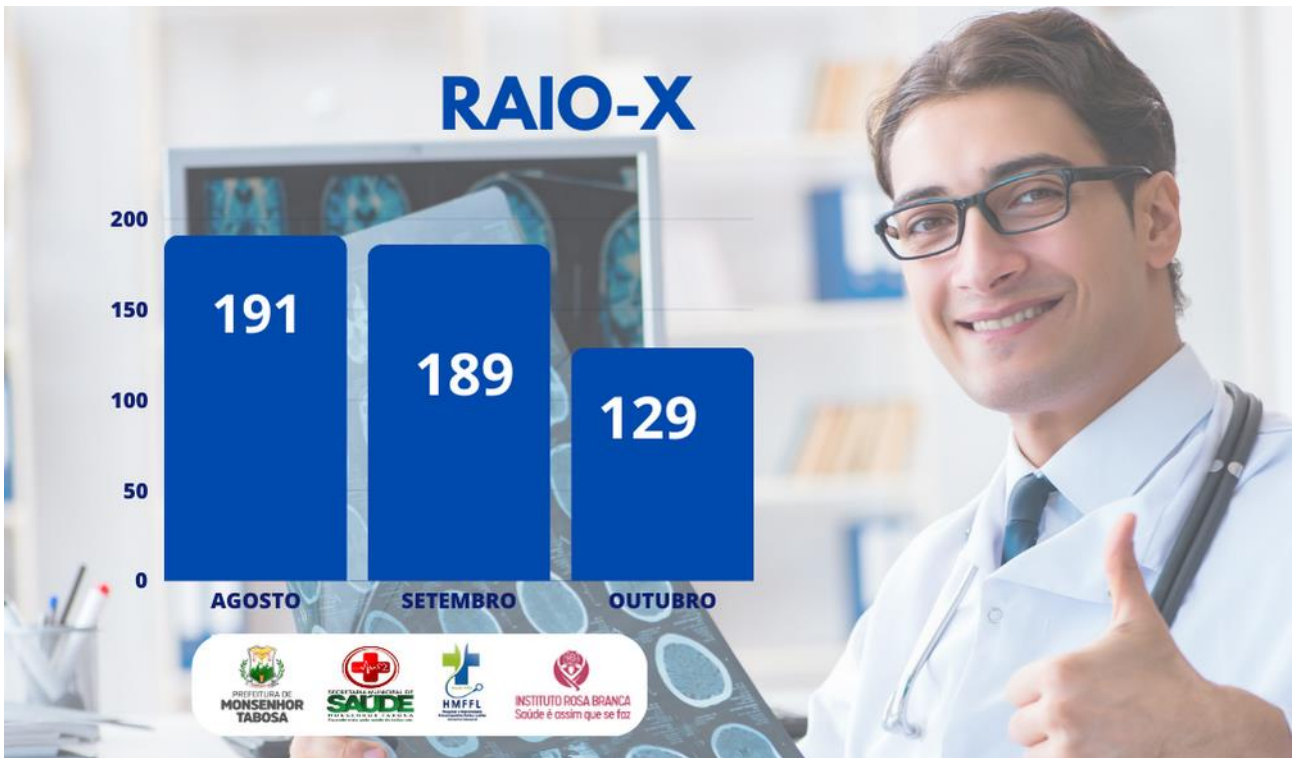
(21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

www.institutorosabranca.org institutorosabranca28@gmail.com

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



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 exame 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.

10. NÚMEROS DE CONSULTAS SALA DE ESTABILIZAÇÃO

O Atendimento de Urgência e Emergência é realizado na sala de emergência/estabilização 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 8.485 atendimentos de urgência e/ou emergência, em outubro houve o maior número de conforme a planilha abaixo:

NÚMERO DE OCORRÊNCIAS ATENDIDAS	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Causas Traumáticas	23	11	17
Causas Clínicas	2334	2139	2231
Causas Cardiológicas (IAM)	5	3	4
AVC	3	8	10
Parada Cardiorrespiratória – PCR	23	15	18
Causas Psiquiátricas	2	2	2
Suicídio/Tentativa de Suicídio	2	4	3
Gineco/Obstétrica	14	6	6
Causas pediátricas (0 – 12 anos)	392	590	618
TOTAL DE ATENDIMENTOS	2798	2778	2909



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 consultas de urgência e emergência, conforme gráfico abaixo:

11. NÚMEROS DE PARTOS

A melhoria da qualidade na atenção obstétrica passa, essencialmente, pela mudança no atendimento à mulher durante o parto. Com isso, espera-se a diminuição no quantitativo de cesarianas desnecessárias, do adoecimento e mortes evitáveis a partir da adoção de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Dentro do seu perfil assistencial, o HMFFL busca otimizar sua capacidade instalada e obter elevado grau de resolutividade na atenção perinatal, evitando os encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços obstétricos e neonatais de referência no estado tendo como objetivo a redução da taxa de cesárea para 10% anual do total de partos ocorridos no estabelecimento;

MÊS	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
PARTOS	06	02	03
TOTAL	11		



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Análise Crítica: No Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão durante o trimestre maio a julho houve registro de 11 partos e ocorrências de alta complexidade encaminhadas para hospitais de referência.

12. INTERNAMENTO

A internação hospitalar consiste no atendimento que exige a ocupação de leito. Normalmente, os pacientes da internação hospitalar exigem trabalho 24 horas ou diárias excedentes, pois eles precisam de cuidados constantes.

Para garantir prática do atendimento humanizado foi implantado para que todas as necessidades físicas e emocionais dos pacientes fossem atendidas, tornando esta experiência mais satisfatória tanto para os clientes como para os médicos e colaboradores. No trimestre foram realizadas 104 internações.





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

13. NÚMEROS DE ATENDIMENTOS DE CURATIVOS E MEDICAÇÕES

A coleta de exames, aerossol, curativos e administração de medicamentos são atividades frequente da enfermagem dentro do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão. Na tabela abaixo demonstra 8.877 atendimentos realizados no trimestre.

SERVIÇO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	TOTAL
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVO, AEROSOL, RETIRADA DE PONTOS	2.885	2.853	3.021	8.759

14. NÚMEROS DE ATENDIMENTOS COM REMOÇÃO

No trimestre foram realizados 145 atendimentos com o Serviço de Remoção Inter-hospitalar

assistida, o serviço tem como objetivo agilizar o atendimento na complexidade do diagnóstico de cada paciente. Considerando o trimestre anterior

obtivemos um número menor de remoções, no que reflete os avanços da assistência ofertada aos pacientes da nossa unidade hospitalar.



(21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

www.institutorosabranca.org institutorosabranca28@gmail.com

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



15. RECURSOS HUMANOS

A gestão de recursos humanos corresponde aos processos de seleção, contratação, treinamento, remuneração e estabelecimento de toda a 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/ COMISSIONADO	TOTAL
COORDENADORA GERAL		01	01
GERENTE ASSISTENCIAL	01		01
COORDENADORA HOTELARIA		01	01
COORDENADORA NUTRIÇÃO	01		01
COORDENADORA ENFERMAGEM	01		01
COORDENADORA NIR		01	01
MÉDICO	08		08
FARMACÊUTICO	01		01
RECEPÇÃO	06		06
AUXILIAR DE FARMÁCIA	03	01	04
CONTROLADOR DE ACESSO	01	05	06
ASG	08		08
LAVANDERIA		04	04
ROUPARIA		02	02
COZINHEIRA		05	05
COPEIRA	01	01	02



AUX ADM SAME	02	01	01
TÉCNICO RADIOLOGIA	03		03
ENFERMEIRO	08	03	11
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	25	16	41
DIRETOR CLÍNICO	01		01
LAVADOR		01	01
CONDUTOR DE AMBULÂNCIA	04	10	14
TÉCNICO MANUTENÇÃO	01		01

16. PONTO ELETRÔNICO COM CAPTURA BIOMÉTRICA

O ponto eletrônico é todo sistema que possibilita aos fiscais baixarem o conteúdo com os dados contidos no equipamento de horas trabalhadas. Os equipamentos homologados possuem uma entrada USB que permite a baixa de tais dados. O equipamento possui um software específico e permitir a impressão de quatro comprovantes diários relativos à entrada e saída dos funcionários no começo e no fim da jornada de trabalho e na saída e volta do horário de almoço, além da permissão para que se registrem as horas extras trabalhadas.





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

17. ENTREGA DE UNIFORMES E CRACHÁS

Visando padronizar a identificação dos profissionais que atuam no Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, consequentemente melhorando as condições de atendimento, trabalho das equipes e higienização. No trimestre foram realizadas entregas de scrub, jalecos, botas e luvas para os profissionais que atuam na assistência, serviços administrativos, serviços de lavanderia, nutrição e serviços gerais, assim demonstrando nosso compromisso e reconhecimento com os trabalhadores por isso reforçamos A importante função que desempenham no atendimento à população.



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

18. ESCALAS DE TRABALHO MENSAL

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

Departamentos:

- Recepção;
- Administrativo e Coordenação;
- Farmácia;
- Condutores de Ambulância
- Nutrição e Copa;
- Hotelaria;
- Enfermagem;
- Médicos.

18.1 ESCALAS REFERENTE AO MESES DE AGOSTO A OUTUBRO DE 2023:

ANEXO II, DESTE RELATÓRIO.



19. N.I.R.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR), que, como se sabe, é o setor responsável pela regulação dos leitos da unidade, de acordo com as normas vigentes.

O NIR é uma unidade técnico-administrativa que realiza o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar.

Ele constitui a interface com as centrais de regulação, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos.

O setor também é responsável pelas transferências internas e externas dos pacientes oriundos da porta de entrada, respeitando a pactuação com os coordenadores de serviços e protocolos estabelecidos.



O Objetivo é obter-se grau de máxima eficiência no processo de regulação.



20. COMISSÕES

As Comissões Hospitalares destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada

de decisões e melhoria dos serviços prestados. O

HMFFL 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.

20.1 COMISSÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Comissão de Ética de Enfermagem foi implantada para assessorar tecnicamente os profissionais de enfermagem na busca de melhores soluções para as questões éticas que surgem diariamente dentro do HMFFL. Esta Comissão pretende divulgar o código de ética dos Profissionais de enfermagem, incentivar e assessorar, promover medidas educativas que



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

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.

20.2 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

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

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

20.3 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.

A fim de evitar as IRAS, ações de biossegurança são adotadas de acordo com normas e procedimentos que garantam a segurança para a saúde dos pacientes, bem como dos profissionais.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Uma das medidas mais importantes é a correta higienização das mãos, que são as principais vias de transmissão de microrganismos e o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

20.4 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 hospitalar, pelo processo de monitorização e análise dos documentos que compõe o Prontuário Médico.

REUNIÃO MENSAL *Comissão de Análise de Prontuários*



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



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 Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão 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.

20.5 COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

A comissão Analise de Óbitos do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, tem como objetivo ajudar no sentido de vigilância continua dos relatórios/atestados de óbitos, aferindo os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

20.6 AÇÕES REALIZADAS NO QUADRIMESTRE:

- Analise e parecer sobre os assuntos relativos à óbitos do quadrimestre;
- Auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

- 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;



20.7 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 do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão.

Compete ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde:

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

- 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;

ABAIXO APRESENTAMOS O CRONOGRAMA DE REUNIÕES DE AGOSTO A DEZEMBRO DE 2023.

REUNIÃO MENSAL				
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
🕒 09:00 HORAS				
AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
22/08	26/09	24/10	28/11	19/12

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES				
🕒 15:00 HORAS				
AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
10/08	14/09	12/10	09/11	07/12

REUNIÃO MENSAL				
COMISSÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM				
🕒 09:00 HORAS				
AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
10/08	14/09	12/10	09/11	07/12

COMISSÃO EDUCAÇÃO CONTINUADA				
🕒 15:00 HORAS				
AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
10/08	14/09	12/10	09/11	07/12



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

REUNIÃO MENSAL
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
🕒 09:00 HORAS

AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
22/08	26/09	24/10	28/11	19/12

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES
🕒 15:00 HORAS

AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
22/08	26/09	24/10	28/11	19/12

REUNIÃO MENSAL
COMISSÃO ANÁLISE DE ÓBITOS
🕒 09:00 HORAS

AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
08/08	12/09	10/10	14/11	12/12

COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
🕒 15:00 HORAS

AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
08/08	12/09	10/10	14/11	12/12

21. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A farmácia hospitalar é atualmente uma unidade do hospital que tem, dentre outros objetivos: garantir o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos e contribuir com suporte técnico operacional com medicamentos.

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 5 (cinco) colaboradores distribuídos em plantões, sendo 01 (um) 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.

📞 (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



22. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

O SND - Serviço de Nutrição e Dietética tem como objetivo principal realizar a prestação de assistência nutricional individualizada, embasada em fundamentos técnico-científicos, aos pacientes internados.

Como objetivo secundário consideramos o fornecimento de alimentação adequada a pacientes, acompanhantes e equipe de profissionais conforme Manual de Boas Práticas de Fabricação elaborado de acordo com a legislação vigente do segmento garantindo a prestação de serviços com qualidade e segurança.

O serviço de Nutrição segue a Portaria CVS - 6/99, onde “Estabelece os critérios de higiene e de boas práticas operacionais para alimentos produzidos / fabricados / industrializados / manipulados e prontos para o consumo, para subsidiar as ações da Vigilância Sanitária e a elaboração dos manuais de boas práticas de manipulação e processamento”.

Em anexo relatórios.



23. SERVIÇO DE HOTELARIA

O setor tem como objetivo a implementação de um serviço de qualidade e segurança direcionados às áreas de Processamento de Roupas e Higienização. A finalidade do Serviço de Hotelaria Hospitalar na busca por melhorias, visa à promoção do bem-estar, conforto e segurança na hospitalidade, oferecendo qualidade, valor e satisfação para os pacientes, acompanhantes e equipe, durante sua permanência no hospital, com foco na qualidade do atendimento humanizado no ambiente hospitalar. E, neste aspecto, o conceito de hotelaria hospitalar ganha cada vez mais destaque, “A hospitalidade pode e reduz radicalmente o sofrimento de pacientes e clientes, minimizando a dor para pacientes e familiares em momentos de dor e fragilidade “.

Relatório anexo.

24. ATENÇÃO AO USUÁRIO

O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias e avaliar os serviços prestados pela Equipe HMFFL. A partir das informações trazidas pelos usuários, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares no hospital.

Para isso, o Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão disponibilizam folders do SAU (Serviço de Atenção ao Usuário), conforme imagem abaixo,



que será distribuído ao paciente e/ou acompanhante, e uma vez preenchidos serão depositados em uma urna e/ou entregues na recepção.

Apresentamos abaixo os resultados obtidos durante o trimestre.

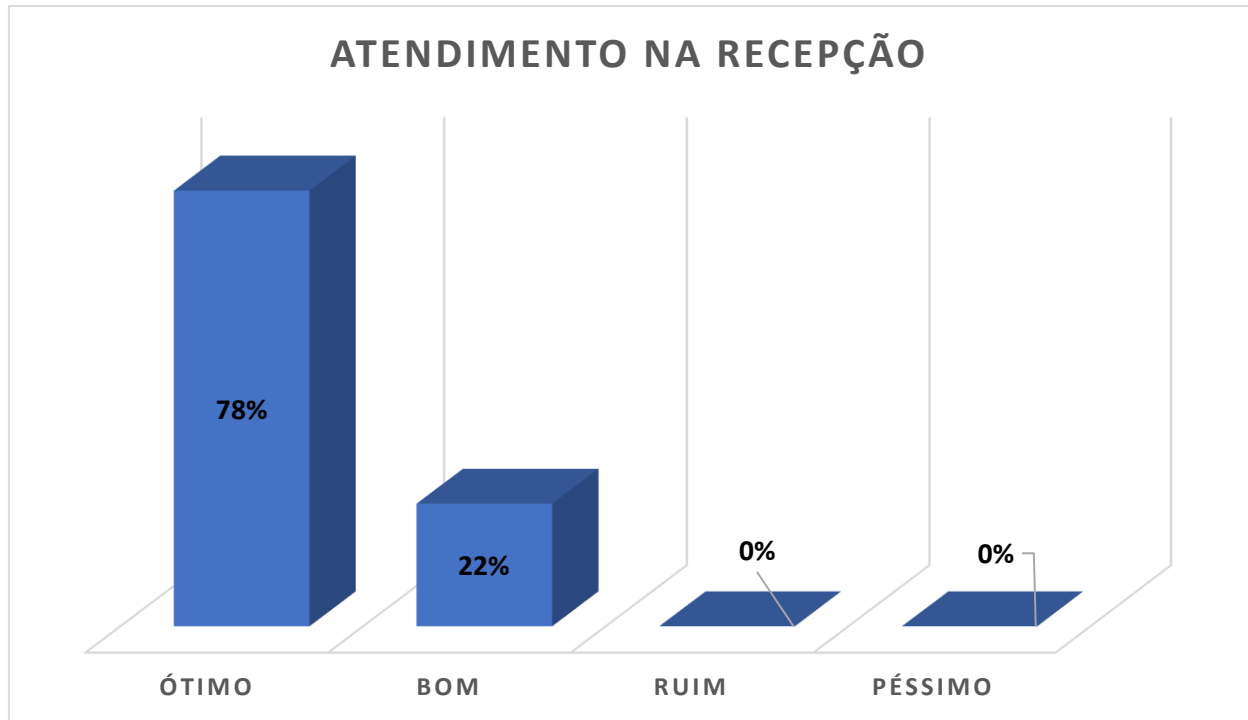
Essa pesquisa considerou recepção (onde registra o primeiro atendimento), atendimento do acolhimento (onde afere os sinais vitais), classificação de risco, atendimento médico, enfermagem, acomodação e conforto, limpeza do ambiente, coleta de exames, alimentação fornecida, informação ao paciente, como avalia a unidade e se recomendaria a unidade. Considerando que alguns tópicos da ficha de avaliação não foram preenchidos por não utilizar o serviço pelos usuários, fazendo uma análise da média das respostas, os resultados.

E para assegurar a satisfação, saber como medir a qualidade do atendimento ao cliente é essencial e de fundamental importância a pesquisas de satisfação para o serviço de atendimento à saúde desta unidade hospitalar.

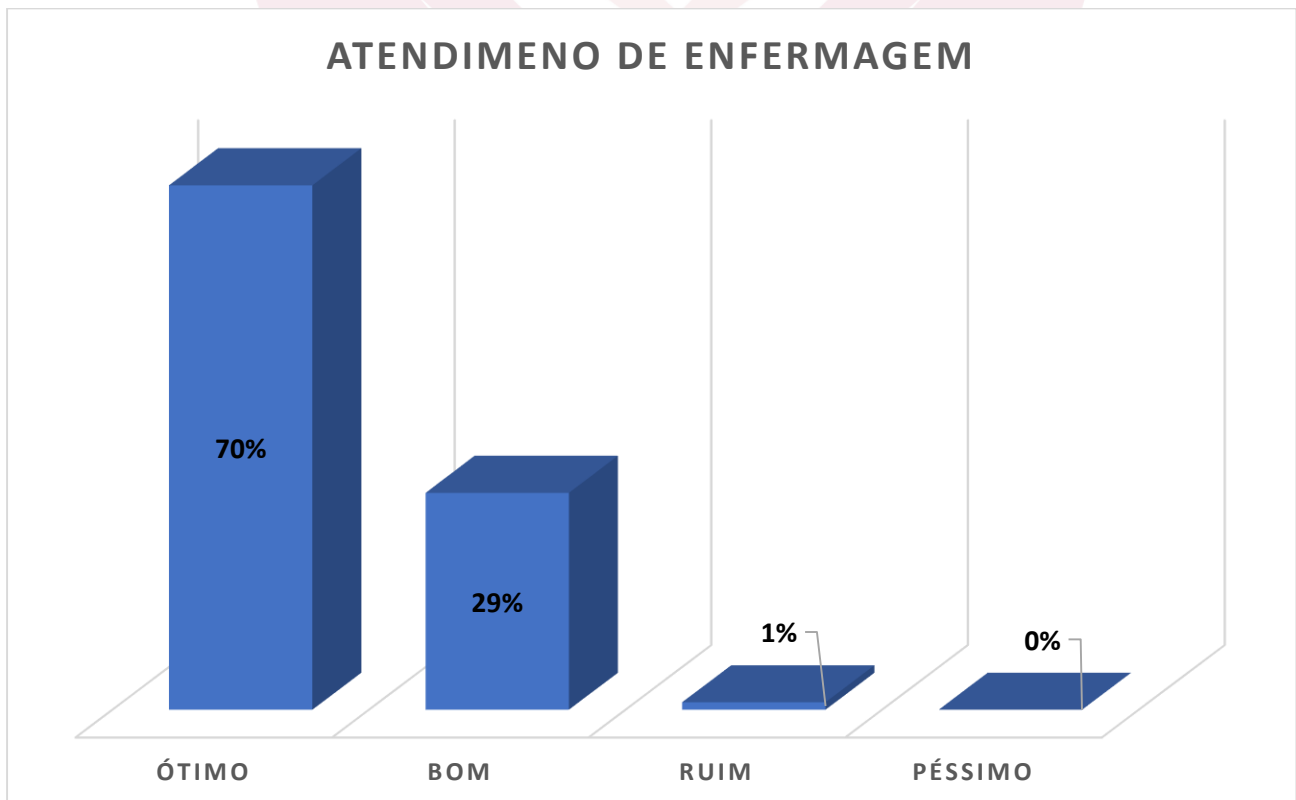
Apresentamos os resultados das pesquisas realizadas durante o trimestre.



24. 1 ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO

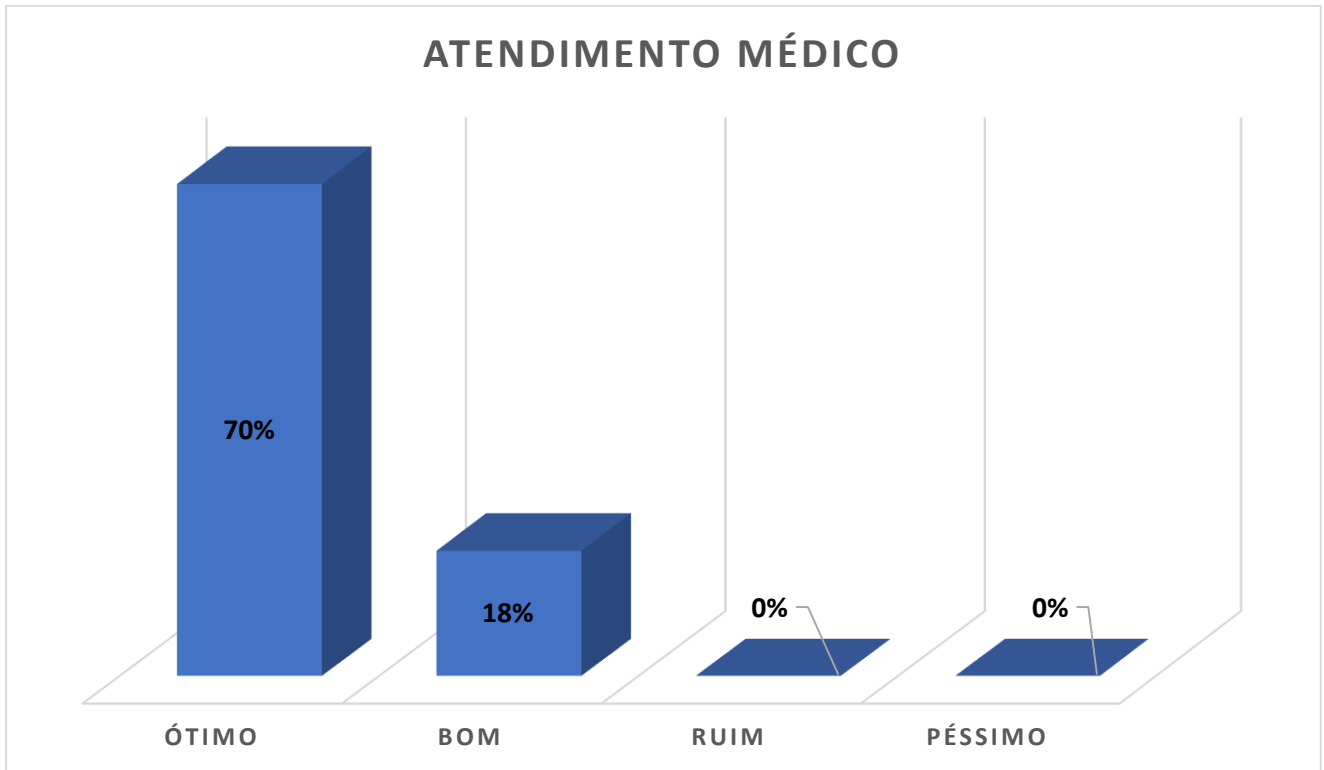


24. 2 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

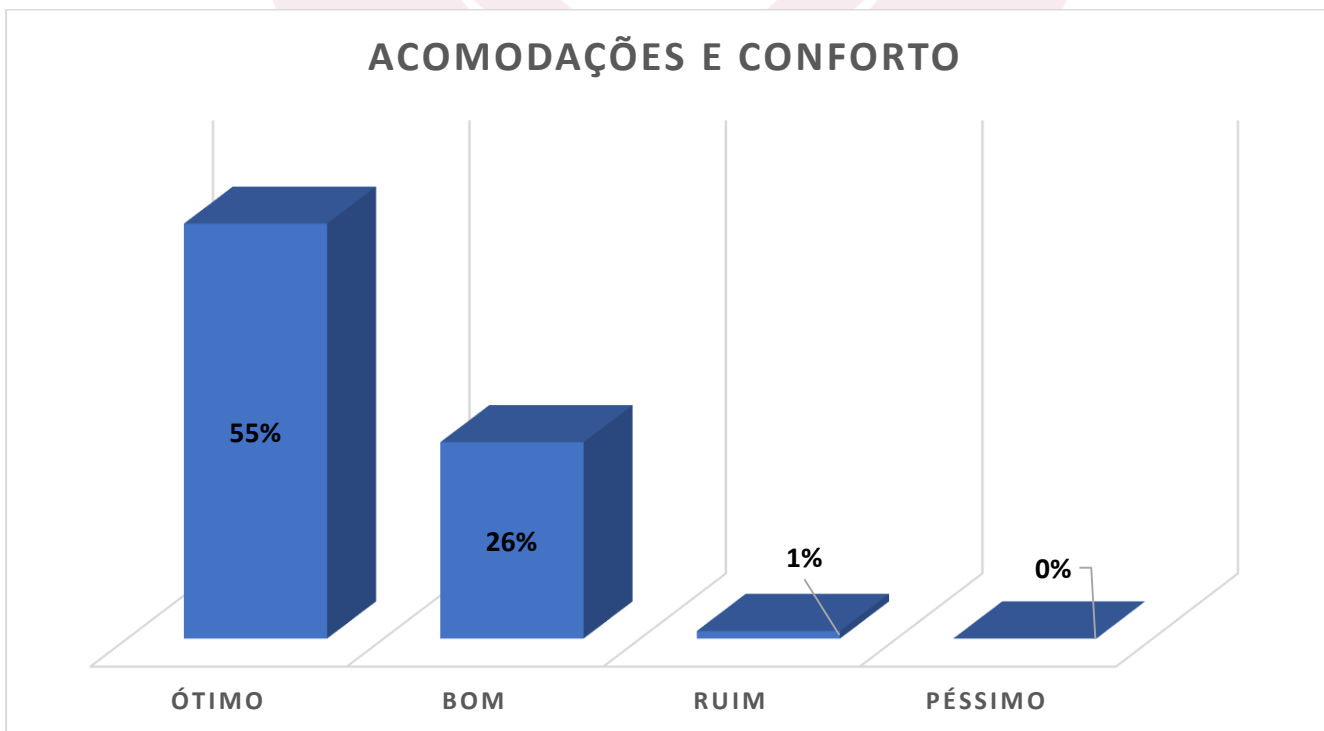




24. 3 ATENDIMENTO MÉDICO

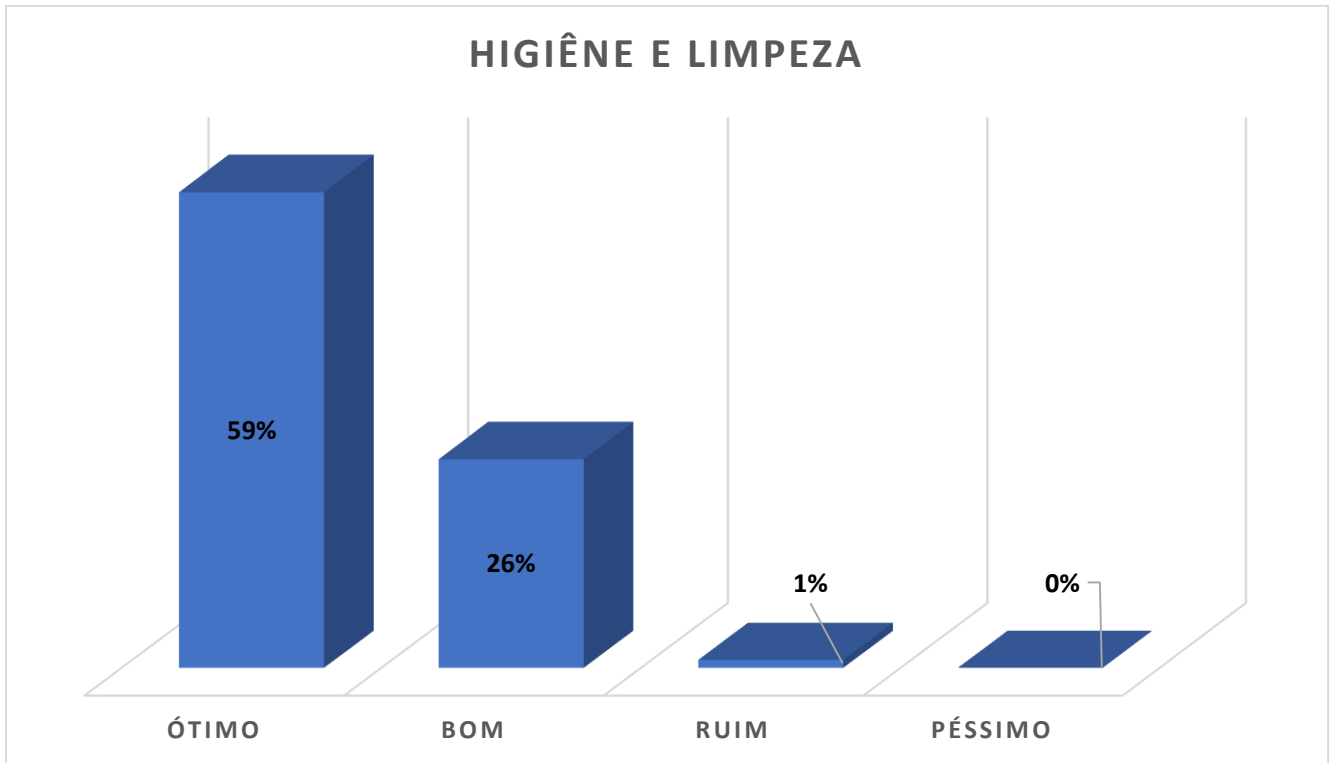


24. 4 ACOMODOÇÃO E CONFORTO

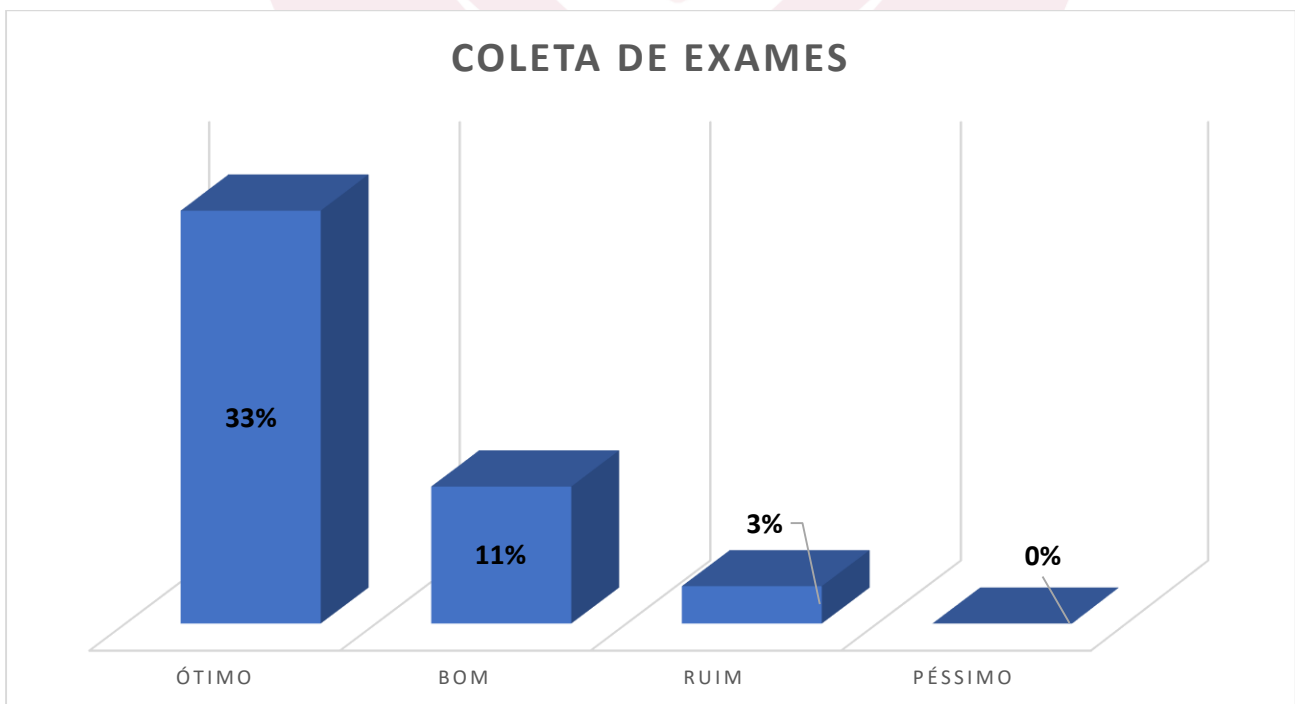




24. 5 HIGIÊNE E LIMPEZA

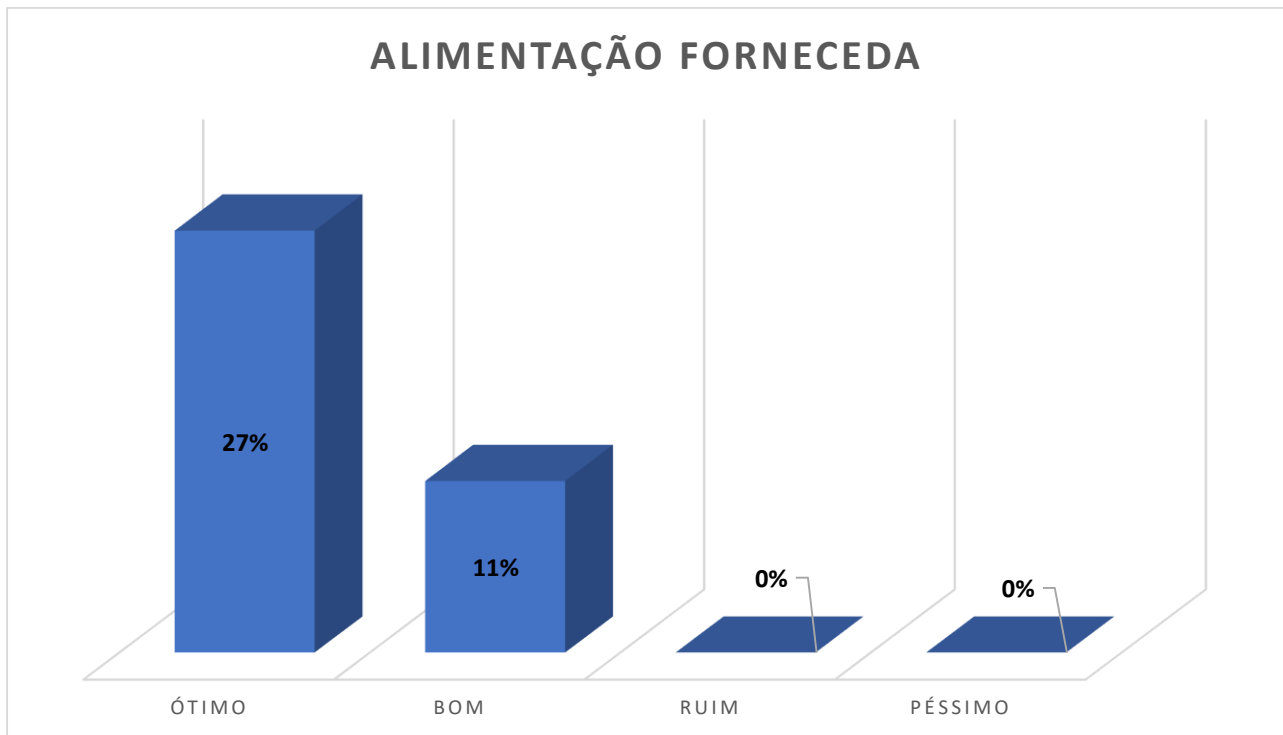


24. 6 COLETA DE EXAMES

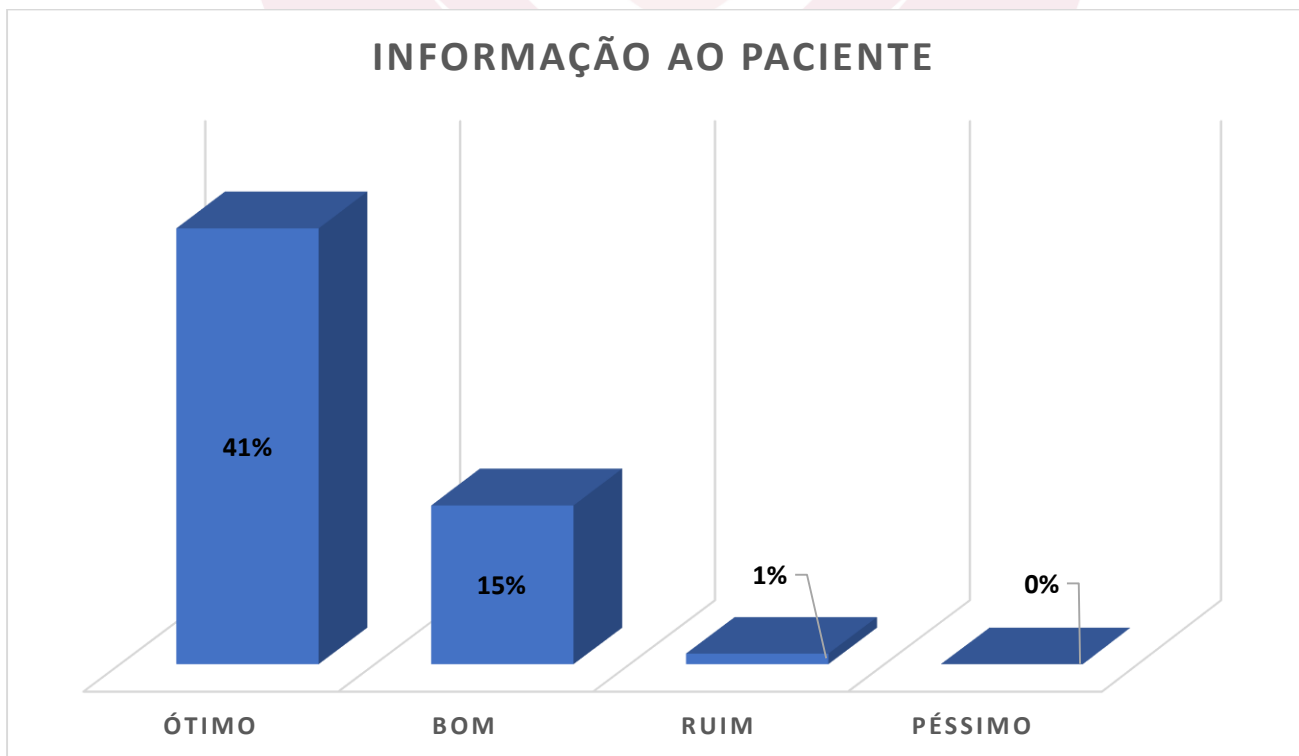




24. 7 ALIMENTAÇÃO FORNECIDA

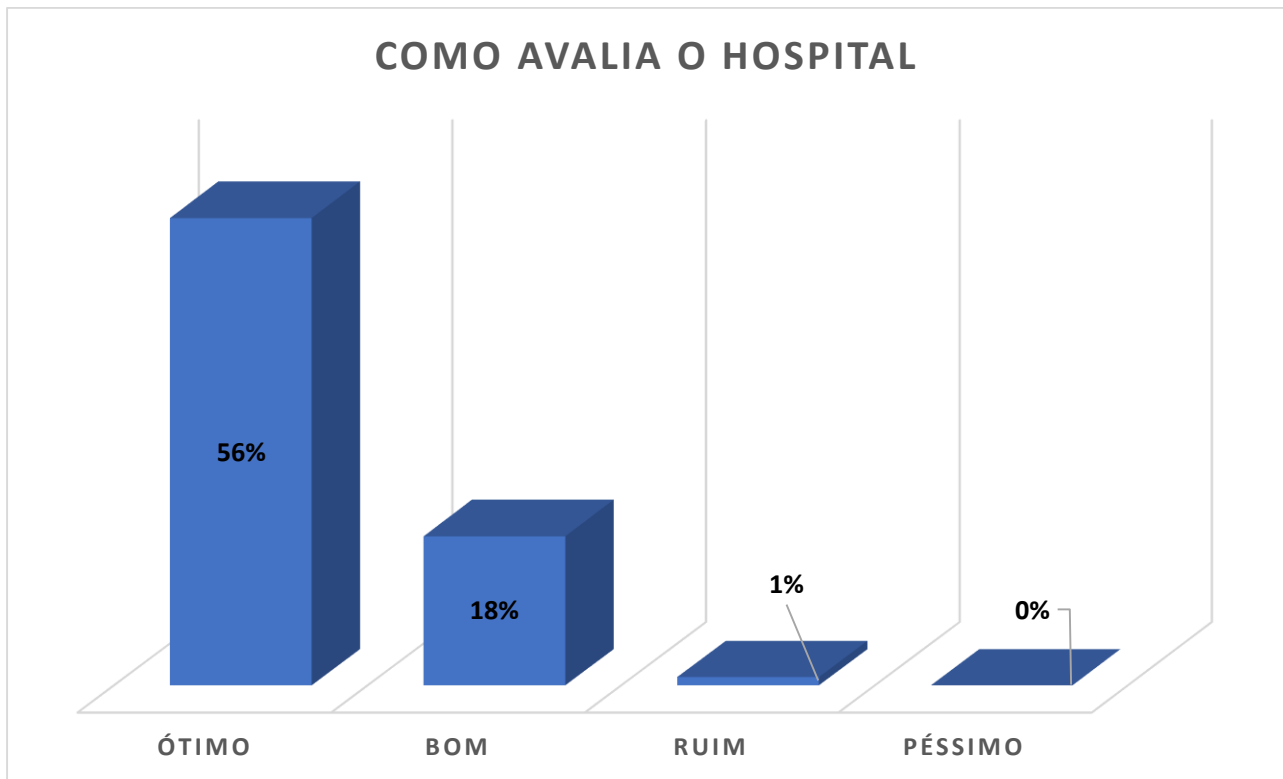


24. 8 INFORMAÇÃO AO PACIENTE

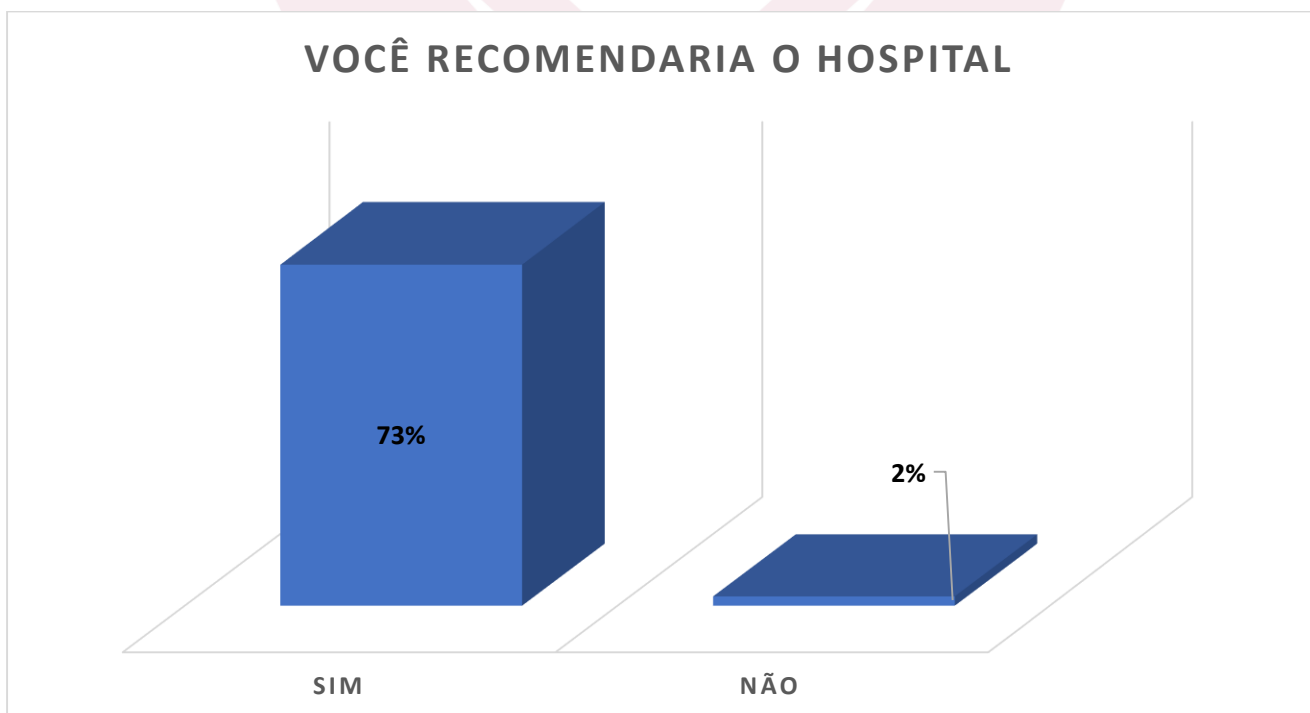




24. 9 COMO AVALIA O HOSPITAL



24. 10 VOCÊ RECOMENDARIA O HOSPITAL





25. SISTEMA INFORMATIZADO

O sistema de gestão hospitalar CEHosp otimiza todos os processos assistenciais para que o Hospital alcance cuidados mais integrados e coordenados. A tecnologia permite um atendimento centrado no paciente, garantindo segurança e qualidade nos atendimentos.



HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
CEP.: Monsenhor Tabosa-CE
Contatos: // E-mail:



ATENDIMENTOS REALIZADOS NO PERÍODO DE 01/07/2023 À 31/07/2023

Foram realizados 606 atendimentos Não Urgente, 1241 Pouco Urgente, 567 Urgente, 114 Muito Urgente e 26 Emergência, totalizando em 2554 atendimentos no período de 01/07/2023 À 31/07/2023, onde 2554 foram finalizados e 0 cancelados.

LISTA DE ATENDIMENTOS

GUIA	PACIENTE	GRAU	DATA	NASCIMENTO	CNS	MÉDICO(A)
464	EMANUEL DOS SANTOS MAGALHÃES	Pouco Urgente	01/07/2023 00:37	20/08/1990	708202661206742	Romeu Parente de Moraes Fonseca
464	EMANUEL DOS SANTOS MAGALHÃES	Pouco Urgente	01/07/2023 00:37	20/08/1990	708202661206742	Romeu Parente de Moraes Fonseca
465	JOSÉ GARDENIO GOMES SOUSA	Urgente	01/07/2023 05:33	28/09/1969	404701751009131	Márcia Vanessa Bezerra do Nascimento
466	JARDESON DA COSTA CARDOSO	Urgente	01/07/2023 07:07	12/11/2013	702806679662965	Márcia Vanessa Bezerra do Nascimento
467	CARLOS DA SILVA FRANÇA	Não Urgente	01/07/2023 07:08	15/01/1979	701209073285411	Romeu Parente de Moraes Fonseca
468	GLAUCE BARBOSA QUEIROZ	Não Urgente	01/07/2023 07:12	18/02/1979	700509694165952	Romeu Parente de Moraes Fonseca
469	MARIA DE JESUS RODRIGUES MESQUITA	Muito Urgente	01/07/2023 08:05	18/08/1999	702803131914568	Romeu Parente de Moraes Fonseca
470	TIAGO SCARCELAS DOS SANTOS	Urgente	01/07/2023 08:09	14/09/1999	708405194546785	Romeu Parente de Moraes Fonseca
471	GESSILENE MACHADO OLIVEIRA	Urgente	01/07/2023 08:24	08/07/1970	708706125234499	Romeu Parente de Moraes Fonseca
472	HEITOR DE SOUZA SAMPAIO POTYGUARA	Pouco Urgente	01/07/2023 08:29	05/07/2021	700509693239555	Romeu Parente de Moraes Fonseca
473	EURAN ARAÚJO DE ALMEIDA	Pouco Urgente	01/07/2023 08:30	16/07/1969	702007875635884	Romeu Parente de Moraes Fonseca
474	MARINA ABREU VASCONCELOS	Pouco Urgente	01/07/2023 08:58	18/08/1982	708003375808925	Romeu Parente de Moraes Fonseca
475	ANTÔNIA SUELY CASTRO DE MELO	Urgente	01/07/2023 09:00	20/01/1980	708209571149561	Romeu Parente de Moraes Fonseca
477	MARIA SAMPAIO DA SILVA	Urgente	01/07/2023 09:27	24/05/1958	705905403963715	Romeu Parente de Moraes Fonseca
478	ANTÔNIA PAHÉ FEITOSA	Urgente	01/07/2023 09:31	29/01/1956	708208003717568	Romeu Parente de Moraes Fonseca
479	GUSTAVO SANTOS CAVALCANTE	Muito Urgente	01/07/2023 09:35	11/12/1994	702402772661160	Romeu Parente de Moraes Fonseca



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

26. AGOSTO DOURADO

No Brasil, a campanha do Agosto Dourado foi instituída pela Lei Federal nº 13.345, de 12 de abril de 2017, e a cor “dourada” foi escolhida para representá-la devido ao tom que simboliza o padrão ouro de qualidade do leite humano.

O incentivo ao aleitamento materno, principalmente após o retorno da mãe ao trabalho, que por vezes cessa esse processo essencial, é nossa bandeira este ano. Estamos sempre promovendo ações nesse sentido, da importância de amamentar, mas queremos chamar a atenção para o apoio e proteção da continuidade do aleitamento materno quando a mãe precisa retomar as atividades profissionais”.

No Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, foram realizadas diversas ações para o apoio, promoção

e incentivo à amamentação, sendo capacitações para profissionais, orientações as mães e familiares e a semana do bebê.



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

ORIENTAÇÃO AS MÃES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

O objetivo é a atualização de informações sobre o manejo da amamentação para serem replicadas aos demais profissionais da região e sensibilizar quanto às estratégias existentes, que buscam promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

O leite materno protege o bebê de inúmeras doenças, como diarreia, infecções respiratórias e alergias. Reduz o risco de a criança desenvolver hipertensão, colesterol alto, diabetes, sobrepeso e obesidade na vida adulta. Amamentar os bebês imediatamente após o nascimento pode reduzir a mortalidade neonatal – aquela que acontece até o 28º dia de vida.

“É na amamentação que os bebês recebem os anticorpos da mãe para a proteção contra diversas doenças. O leite materno também reduz o risco de asma, diabetes e obesidade, mesmo depois que elas param de mamar. Além disso, a amamentação é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, importante para que ela tenha dentes fortes e bonitos, desenvolva a fala e tenha uma boa respiração, sem falar nos vínculos afetivos promovidos entre a mamãe e o bebê e na redução da morbi-mortalidade infantil”.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

SEMANA DO BEBÊ
Todos juntos pela primeira Infância

Logos: Prefeitura Municipal de Itaboraí, SAÚDE, HMEFL, INSTITUTO ROSA BRANCA, Saúde é assim que se faz

SEMANA DO BEBÊ
Todos juntos pela primeira Infância

Logos: Prefeitura Municipal de Itaboraí, SAÚDE, HMEFL, INSTITUTO ROSA BRANCA, Saúde é assim que se faz

SEMANA DO BEBÊ
Todos juntos pela primeira Infância

Logos: Prefeitura Municipal de Itaboraí, SAÚDE, HMEFL, INSTITUTO ROSA BRANCA, Saúde é assim que se faz

SEMANA DO BEBÊ
Todos juntos pela primeira Infância

Logos: Prefeitura Municipal de Itaboraí, SAÚDE, HMEFL, INSTITUTO ROSA BRANCA, Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

SEMANA DO BEBÊ

Todos juntos pela primeira Infância



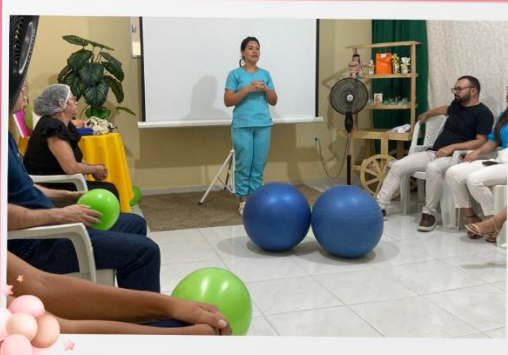
SEMANA DO BEBÊ

Todos juntos pela primeira Infância



SEMANA DO BEBÊ

Todos juntos pela primeira Infância



SEMANA DO BEBÊ

Todos juntos pela primeira Infância



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

SEMANA DO BEBÊ

Todos juntos pela primeira Infância



O pequeno Jhonatan Pereira da Silva nasceu de parto normal no Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, e recebeu o título das mãos do Prefeito Francisco Salomão e equipe Administrativa do Hospital. O bebê prefeito simboliza o compromisso do poder público com a garantia dos direitos da primeira infância.

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

27.SETEMBRO AMARELO

Setembro Amarelo marca a campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio. Durante todo o mês, o HMFFL realizou ações com o objetivo chamar a atenção para a importância de discutir e promover ações a respeito do suicídio.

Segundo a OMS, são registrados mais de 700 mil suicídios em todo o mundo. Mas também informa que existem episódios subnotificados, o que pode chegar a mais de 1 milhão de casos. No Brasil, a estimativa é de

14 mil casos por ano, o que leva em média trinta e oito pessoas cometem suicídio por dia. Entre 2010 e 2019, o país registrou em torno de 112.230 mil mortes por suicídio.

O HMFFL, por sua vez, exerce um papel importante, fomentando ações de promoção em saúde para trabalhadores e pacientes, para que possibilitem a prevenção de doenças, acidentes e mortes nos ambientes de trabalho e no ambiente hospitalar. Apresentamos abaixo registro fotográfico das ações.





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

SETEMBRO
Ajudar é Ouvir!
AMARELO

TAMO JUNTO



**INSTITUTO ROSA BRANCA**
Saúde é assim que se faz

SETEMBRO
Ajudar é Ouvir!
AMARELO

TAMO JUNTO



**INSTITUTO ROSA BRANCA**
Saúde é assim que se faz

SETEMBRO
Ajudar é Ouvir!
AMARELO

TAMO JUNTO



**INSTITUTO ROSA BRANCA**
Saúde é assim que se faz

SETEMBRO
Ajudar é Ouvir!
AMARELO

TAMO JUNTO



**INSTITUTO ROSA BRANCA**
Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

 **SETEMBRO**
Ajudar é Ouvir!
AMARELO







 **SETEMBRO**
Ajudar é Ouvir!
AMARELO







 **SETEMBRO**
Ajudar é Ouvir!
AMARELO








 **SETEMBRO**
Ajudar é Ouvir!
AMARELO







 (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

 www.institutorosabranca.org  institutorosabranca28@gmail.com

 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

28. DESFILE 7 DE SETEMBRO

O Dia 7 de Setembro marca um dos momentos mais significativos na história do Brasil: a proclamação da independência do país. Essa data, carregada de simbolismo e relevância, não apenas celebra um evento histórico, mas também nos convida a refletir sobre a importância da liberdade, da autodeterminação e do orgulho nacional. O HMFFL participou apresentando os resultados dos atendimentos realizados.

DESFILE 7 DE SETEMBRO

Terra adorada entre outras mil, és tu Brasil!



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

DESFILE 7 DE SETEMBRO

Terra adorada entre outras mil, és tu Brasil!



**HOSPITAL E M
ANCISQUINHA**
Saúde é assim



DESFILE 7 DE SETEMBRO

Terra adorada entre outras mil, és tu Brasil!



DESFILE 7 DE SETEMBRO

Terra adorada entre outras mil, és tu Brasil!



**HOSPITAL E MATERNIDADE
FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO**
Saúde é assim que se faz!



DESFILE 7 DE SETEMBRO

Terra adorada entre outras mil, és tu Brasil!



**HOSPITAL E MATERNIDADE
FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO**
Saúde é assim que se faz!



DESFILE 7 DE SETEMBRO

Terra adorada entre outras mil, és tu Brasil!



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

29. OUTUBRO ROSA

O câncer de mama é um dos mais incidentes em mulheres no mundo. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), “em 2021, estima-se que ocorrerão 66.280 casos novos da doença, o que equivale a uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100 mil mulheres”.

Nesse contexto, o Outubro Rosa é essencial para dar destaque à pauta do Câncer de Mama. “A campanha Outubro Rosa tem como objetivo compartilhar informações e promover a conscientização sobre a doença; proporcionar maior acesso aos serviços de diagnóstico e de tratamento e contribuir para a redução da mortalidade”.

O HMFFL realizou diversas ações em promoção a saúde da mulher. É importante também destacar que a campanha teve um foco para as questões da saúde feminina, principalmente ligadas ao corpo, autocuidado e autoestima e não apenas voltado para a detecção do câncer de mama. Abaixo apresentamos o relatório fotográfico.





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

OUTUBRO ROSA *Educação em Saúde*



OUTUBRO ROSA *Educação em Saúde*



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

ABERTURA OFICIAL *Outubro Rosa*



ABERTURA OFICIAL *Outubro Rosa*



ABERTURA OFICIAL *Outubro Rosa*



ABERTURA OFICIAL *Outubro Rosa*



ABERTURA OFICIAL *Outubro Rosa*



ABERTURA OFICIAL *Outubro Rosa*



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

I SIMPÓSIO *Saúde da Mulher*



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

I SIMPÓSIO Saúde da Mulher



I SIMPÓSIO Saúde da Mulher



I SIMPÓSIO Saúde da Mulher



I SIMPÓSIO Saúde da Mulher



I SIMPÓSIO Saúde da Mulher



I SIMPÓSIO Saúde da Mulher



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

30. DIA DO SERVIDOR PÚBLICO

Os servidores públicos são aqueles que diariamente se dedicam a trabalhar para o bem da sociedade. E para homenageá-los pelo seu dia, comemoramos hoje 28 de outubro o dia do servidor público, o Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, vinculado ao Instituto Rosa Branca, prestou diversas homenagens a estes guerreiros, que fazem do hospital uma instituição de respeito e de referência na saúde pública.

As homenagens tiveram início com um delicioso café da manhã, com entregas de mimos, certificado de reconhecimento e sorteio de diversos brindes.

“A missão de ser um servidor público em um hospital que atende ao sus é uma missão de muito valor, carregada de nobres sentimentos de cuidado, atenção, respeito ao próximo, valorização da coisa pública e compromisso com o social. por isso, os meus parabéns, com muito respeito e admiração, por cada um que faz parte do corpo de colaboradores do HMFFL a presença de todos e o trabalho coeso e em equipe é o que nos torna um hospital referência, que prima sempre pelo atendimento humanizado e de excelência!”.





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

SERVIDOR PÚBLICO

Cuidar da sociedade é cuidar do futuro!



SERVIDOR PÚBLICO

Cuidar da sociedade é cuidar do futuro!



SERVIDOR PÚBLICO

Cuidar da sociedade é cuidar do futuro!



SERVIDOR PÚBLICO

Cuidar da sociedade é cuidar do futuro!



SERVIDOR PÚBLICO

Cuidar da sociedade é cuidar do futuro!



SERVIDOR PÚBLICO

Cuidar da sociedade é cuidar do futuro!



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

CERTIFICADO De Reconhecimento



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

31. REFORMA, ADEQUAÇÕES DOS AMBIENTES E INSTALAÇÕES

O Instituto Rosa Branca em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretária de Obras, realizou em conjunto as alterações estruturais que fazem necessários adequações de acordo com as resoluções.

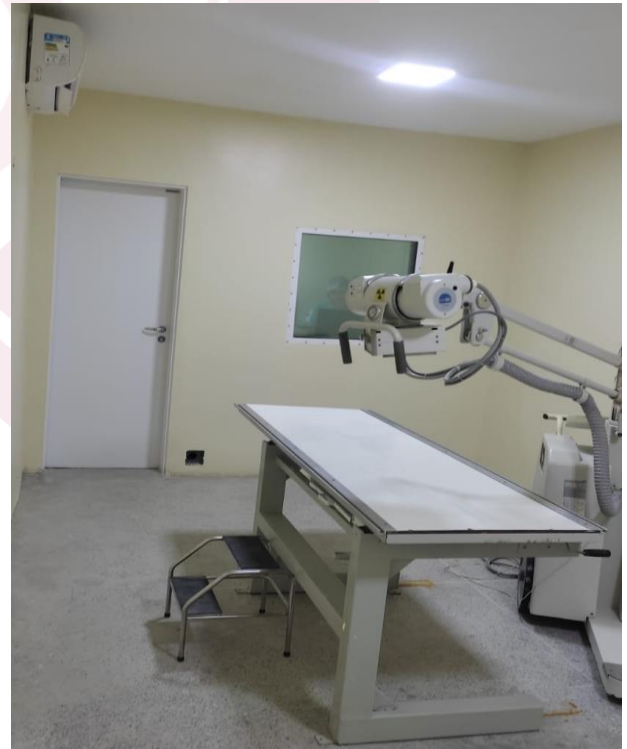
Apresentamos, abaixo o registro fotográfico dos ambientes já concluídos com as alterações realizadas e anexo a este relatório apresentamos os projeto dos ambientes em fase de finalização.

31.1 RAIOS-X





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

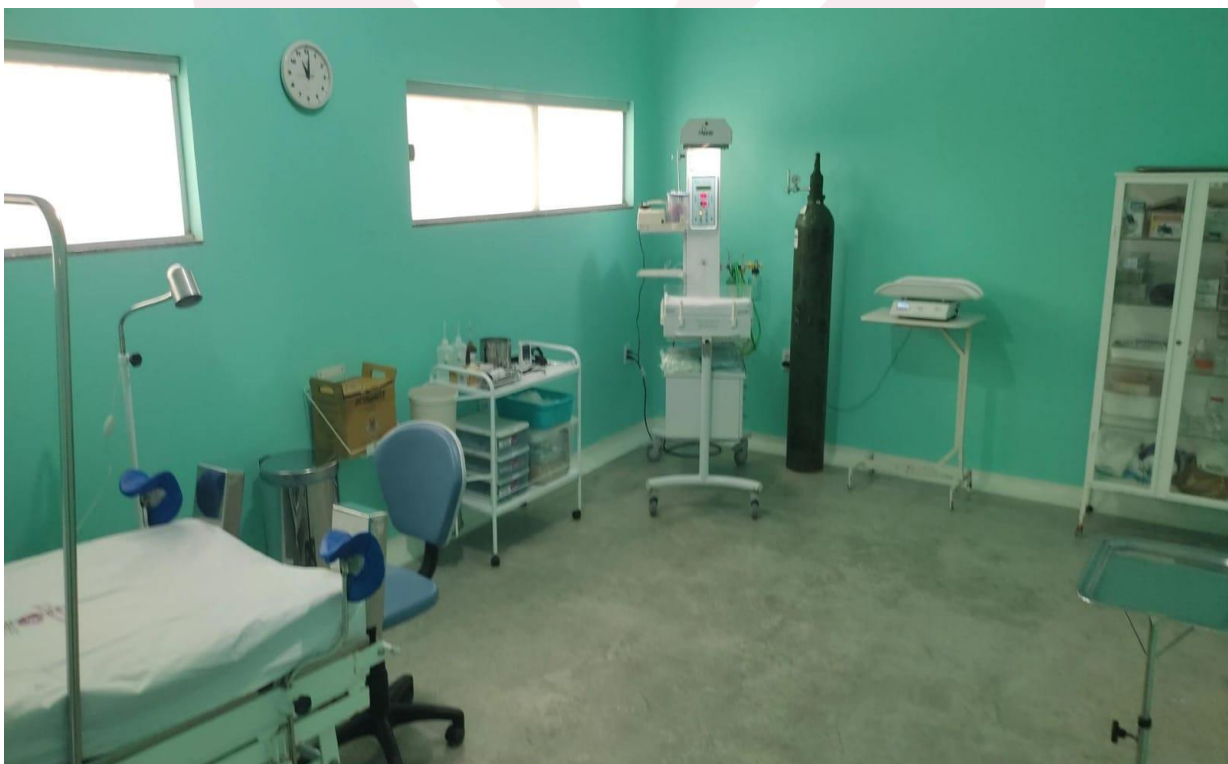
✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

31.2 SALA DE PARTO



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



31.3 REGISTRO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DAS EFORMAS E ADEQUAÇÕES

Em anexo.

32. DESEMPENHO GERENCIAL

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

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

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



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

33. AGENDA DE REUNIÕES

REUNIÃO DE ALINHAMENTO DE EQUIPE

A Gerência Assistencial juntamente com a Diretoria, Responsáveis Técnicos e colaboradores de cada setor do HMFFL, se reúnem mensalmente uma vez no mês para alinhamento e deliberações de condutas de gestão sobre assuntos pertinentes e para revisar sobre metas e responsabilidades, de forma coesa e focada no paciente, onde cada setor seria um trilho que alinha a locomotiva que é o HMFFL.

Abaixo apreparamos o registros fotográfico de reuniões e capacitações realizadas no trimestre.

33.1 REGISTRO FOTOGRÁFICO – REUNIÕES





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



REUNIÃO PISO SALARIAL

Piso Salarial da Enfermagem



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

REUNIÃO MENSAL *Equipe de Enfermagem*



34. AÇÕES COMEMORATIVAS – ANIVERSARIANTES

Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário



**RAFAELA
SILVA**

Desejamos que todos os seus sonhos se realizem e que nunca te falte a saúde e a paz no coração. Parabéns!



Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário



**KAROL
DIAS**

Desejamos que todos os seus sonhos se realizem e que nunca te falte a saúde e a paz no coração. Parabéns!





INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário



**DAIANE
MELO**

Desejamos que todos os seus sonhos se realizem e que nunca te falte a saúde e a paz no coração. Parabéns!



Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário



**MARCELO
UMBELINO**

Desejamos que todos os seus sonhos se realizem e que nunca te falte a saúde e a paz no coração. Parabéns!



Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário



**ANA CARLA
COSTA**

Desejamos que todos os seus sonhos se realizem e que nunca te falte a saúde e a paz no coração. Parabéns!



Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário
Feliz Aniversário



**JOACILDO
OLIVEIRA**

Desejamos que todos os seus sonhos se realizem e que nunca te falte a saúde e a paz no coração. Parabéns!



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



35. IMPLANTAÇÃO DE NOVOS PROCESSOS

O Instituto Rosa Branca com objetivo de melhorar os serviços, garantindo a satisfação dos pacientes e dos integrantes da equipe do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão iniciou no segundo trimestre de 2023 novos processos administrativos que garantam o pleno funcionamento da organização hospitalar.

36. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO PRÓXIMO TRIMETRE

Para o próximo trimestre, que compreenderá os meses de novembro, dezembro/2023 e janeiro/2024, estão programados os atendimentos eletivos do Ambulatório de Consultas Médicas e não Médicas, e demais serviços

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

pertinentes à Unidade, que seguirão o planejamento habitual. Quanto às ações de fortalecimento de vínculos e participações do HMFFL, estas seguirão as orientações e estratégias oportunas para o desenvolvimento e aprimoramentos da Unidade. Portanto para o próximo trimestre, considerando os resultados positivos alcançados no período em análise, serão mantidas as estratégias até então empregadas com observância das possíveis melhorias que se apresentarem oportunas para que os resultados alcancem índices superiores aos já contabilizados. Concomitantemente as ações de promoção em saúde: novembro azul, dezembro vermelho e janeiro branco.

37. CARDS INFORMATIVOS

17 de setembro

DIA MUNDIAL DA *Segurança do Paciente*

Aqui no Hospital

nós agregamos humanização e conhecimento científico a boas práticas de trabalho para prevenção de risco, essa é nossa melhor estratégia para

garantir a qualidade da assistência ao paciente pois

Nosso maior propósito é cuidar de você!

Logo of the Municipality of Itaboraí (Município de Itaboraí)

Logo of the Health Secretariat (Secretaria Municipal de Saúde)

Logo of HMFFL (Hospital Municipal de Itaboraí)

Logo of Instituto Rosa Branca (Saúde é assim que se faz)



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

27 DE SETEMBRO

DIA NACIONAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

DOE ÓRGÃOS

Neste Dia Nacional de Doação de órgãos, celebramos o ato incrível de salvar vidas através da generosidade.



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela terra de todos nós.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



HMFFL
Hospital e Referência
Florianópolis - Foz de Iguaçu - Maringá - São José



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

19 de setembro

ANIVERSÁRIO DO SUS

Sistema Único de Saúde

Parabéns!

#VIVAOSUS

É um orgulho contribuir com
o desenvolvimento da saúde
pública do nosso país.



MUNICÍPIO DE
HONÓRIO TARSO
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
HONÓRIO TARSO
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



HMFFL
Hospital de Referência
de Honório Tarso
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ

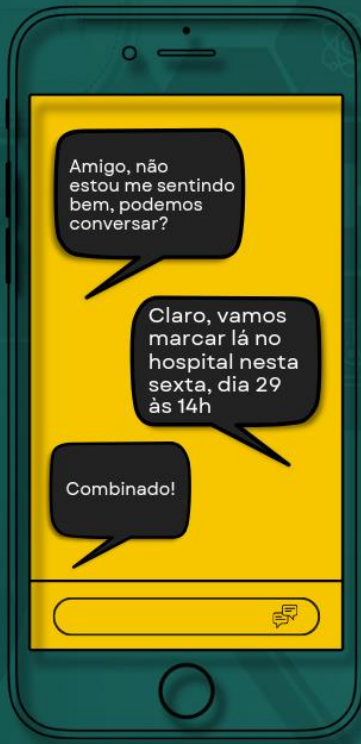


INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

CONVITE

Convite

TAMO
JUNTO



AOS COLABORADORES DO HMFFL, PARTICIPEM DESTE MOMENTO ESPECIAL, COM ACOLHIDA MOTIVACIONAL, ORIENTAÇÕES E ESPAÇO DE BEM-ESTAR COM OS PROFISSIONAIS:



RAQUEL MARTINS
FISIOTERAPEUTA

WANDERSON SOUZA
FISIOTERAPEUTA

MAIANA BARBOSA
PSICÓLOGA

DAYANE RAFAEL
FISIOTERAPEUTA

Este mundo é mais bonito com você!



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela terra de todos nós.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



Desde 1983
HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquillo Parais Lactão
Monsenhor Tabosa - CE



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

PAIS

dia dos

PAIS



Feliz dia dos pais para os heróis sem capa que nos ensinam a voar. Seu amor é o maior presente que podemos receber.



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

18 de outubro

Dia do Médico

Parabéns a todos os
profissionais que dedicam
suas vidas para cuidar
das pessoas com
tanto carinho!



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Espírito santo pela terra do nobre médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



HMFFL
Hospital e Referência
Florianópolis - Santa Catarina
Instituto Rosa Branca



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



17 DE OUTUBRO

Dia Nacional da
VACINAÇÃO

A Vacinação
é um pacto
coletivo
pela **saúde!**



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Espere aqui pela vida de todos nós.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



HMFFL
Hospital e Maternidade
Fidelidade e Saúde
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

PASSO A PASSO DO SEU ATENDIMENTO

  **CADASTRO**

  **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

  **CONSULTA MÉDICA**

  **EXAME E MEDICAÇÃO**



 (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

 www.institutorosabranca.org  institutorosabranca28@gmail.com

 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

dia das
crianças
feliz



**SER CRIANÇA É
TER UM UNIVERSO
INTEIRO DENTRO DA
IMAGINAÇÃO**



CONTEÚDO EXTRA >>>



*Acompanhe a ligação da nossa paciente
Rebeca para irmã Maiara.*



SIMPÓSIO SAÚDE DA MULHER UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

INSCRIÇÕES: 24 A 29/10

<https://doity.com.br/simposiodamulher>

PÚBLICO-ALVO

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
ACADÊMICOS DOS CURSOS DA SAÚDE**

31 de Outubro | Horário: das 8h às 17h

**Local: Auditório Maria Madeiro
(Escola Profissionalizante)**



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Treinamento

ATENDIMENTO INICIAL A VÍTIMA DE TRAUMA



22/09



14 HS

PÚBLICO ALVO: CONDUTORES DE AMBULÂNCIA



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

EPISÓDIO 01

25 DE SETEMBRO DIA DO
**farma
ceutico**
Parabéns!

Saiba quais as principais
funções da farmácia
hospitalar.

TAMIRES RIBEIRO
FARMACÊUTICA



PODCAST 



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

 (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

 www.institutorosabranca.org  institutorosabranca28@gmail.com

 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Servidor HMFFL,
sua dedicação
salva vidas!.

CONVITE
CAFÉ DOS
SERVIDORES

28/10 - 08 HORAS



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



CONVITE

A direção do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão, tem a honra de convidar os colaboradores para participar de uma Cerimônia em agradecimento aos profissionais de saúde, em referência ao dia Nacional da Saúde. Na oportunidade será realizado a entrega dos uniformes e crachás.

Sua presença é indispensável.

SÁBADO

AGOSTO
05
2023

08:00 HS



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela terra de todos nós.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



Reunião Mensal

Reunião Mensal

EQUIPE RECEPÇÃO

Gratidão!



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Foi criada em 24 de Junho de 1960.
Secretaria Municipal de Saúde



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinha Farias Leitão
Monsenhor Tabosa - RJ

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

CAPACITAÇÃO

Capacitação!

EQUIPE NUTRIÇÃO



SEXTA

SETEMBRO
01
2023

14:00 HS



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazenda mais pela terra de todos nós.
Secretaria Municipal de Saúde



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinho Farias Leitão
Monsenhor Tabosa - RJ

☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



Capacitação Equipe NUTRIÇÃO

Capacitação Equipe NUTRIÇÃO



☎ (21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

✉ www.institutorosabranca.org ✉ institutorosabranca28@gmail.com

📍 Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

31 de agosto

Dia do Nutricionista

Parabéns aos profissionais de nutrição, por serem guias em nossa jornada de alimentação saudável e qualidade de vida.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HMFFL
INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

08 DE NOVEMBRO
DIADO
RADIOLOGISTA

Cuidar **vai muito além** do
que os olhos podem ver.

Um bom diagnóstico **salva vidas**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HMFFL
INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

32.ANEXOS

Segue anexo a este relatório cópias das licenças e alvarás necessários a regular execução das atividades.

(21) 3728-4264 Inscrição Municipal: 1031701

www.institutorosabranca.org institutorosabranca28@gmail.com

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

33. CONCLUSÃO

Este relatório foi elaborado com base nas atividades desenvolvidas pelos diversos departamentos do Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão no período de agosto a outubro de 2023.

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

O Instituto Rosa Branca assegura seu compromisso de sempre realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão, com resolutividade e transparência, e coloca-se à disposição da Secretaria Municipal de Saúde, para sempre adotar melhorias frente à gestão do HMFFL.

Monsenhor Tabosa, 30 de novembro de 2023.

Nilcelha Alves Santana
Gerente Assistencial
Instituto Rosa Branca

Validado

Anderson Farias Pinto
Presidente
Instituto Rosa Branca



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

ANEXOS



PREFEITURA DE
MONSENHOR
TABOSA



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela saúde de todos nós.



Desde 1983
HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquela Farias Leite
Monsenhor Tabosa-Ct



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA

Processo:
166/2023

Exercício:
2023

Categoria:
-

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONS. TABOSA.
AV. PLINIO LEITÃO N. 390

Secretaria de Saúde do Município
Departamento de Vigilância Sanitária
ALVARÁ SANITÁRIO PARA FUNCIONAMENTO

SUS

De acordo com as disposições legais e regulamentares em vigor, O
HOSPITAL MATERNIDADE F. FARIAS LEITÃO.

(Ramo)

HOSPITAL MATERNIDADE F. FARIAS LEITÃO.

(Nome do Estabelecimento)

AV. PESSOA PIRES, Nº 03, CENTRO - MONSENHOR TABOSA/CE

(Endereço)

HOSPITAL MATERNIDADE F. FARIAS LEITÃO, CNPJ: 35046234000154

(Razão Social)

Tem licença para funcionar sob-responsabilidade de
INSTITUTO ROSA BRANCA CNPJ: 10.962.062/0001-38

Monsenhor Tabosa/ CE, 06 DE JUNHO 2023

Ant. Cláudio Alves da Silva
Dir. Geral VISA
Matrícula - 810

Secretaria de saúde

OBSERVAÇÕES:

- 1. Este documento deverá ser colocado em local visível ao público;**
- 2. O alvará é válido para o ano de sua expedição, podendo, entretanto, em caso de infra-legislação sanitária vigente, ser recolhido pela autoridade sanitária.**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 35.046.234/0001-54 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 23/03/1994
NOME EMPRESARIAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MONSENHOR TABOSA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MONSENHOR TABOSA		PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 84.11-6-00 - Administração pública em geral		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 103-1 - Órgão Público do Poder Executivo Municipal		
LOGRADOURO AV HONORIO MELO	NÚMERO 27	COMPLEMENTO *****
CEP 63.780-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO MONSENHOR TABOSA
		UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) MUNICÍPIO DE MONSENHOR TABOSA		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 28/07/1998	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 11/12/2023 às 10:21:01 (data e hora de Brasília).

Página: 1

CERTIFICADO
2023



Certificado

TREINAMENTO DE BRIGADA DE INCÊNDIOS E PÂNICO, para a Empresa: **HOSPITAL FRANSQUINHA FARIAS LEITÃO (FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE) CNPJ:11.415.416/0001-97**, localizado na Rua: **ANASTÁCIO CACIMIRO, Nº 10, CENTRO, MONSENHOR TABOSA/CE**, sendo este realizado no período compreendido entre **13, 14 e 15 de Maio de 2023**, com carga horária de **20 HORAS** estando em conformidade com as leis vigentes no Estado do Ceará, Lei Estadual 13.556 de 12/2004, portaria 006/2004 e Norma Técnica do CBM/CE nº 001/2004.

Renata Rodrigues Neves

RV TREINAMENTOS

CNPJ: 44.521.610/0001-06

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

CONTEÚDO TEÓRICO:

- A) Prevenção contra incêndios, Sistemas e meios de prevenção;
- B) Meios que retardam a propagação do Fogo;
- C) Teoria do Fogo, Propagação do Fogo, de Extinção;
- D) Pontos Notáveis da Combustão;
- E) Agentes Extintores;
- F) Equipamentos de Detecção, Alarmes, e Comunicação;
- G) Noções de Primeiros Socorros (Análise de vítimas, Vias Aéreas, RCP, Hemorragias, Queimaduras, Imobilização e Transporte).

CONTEÚDO PRÁTICO:

- A) Prática de Primeiros Socorros (Simulação de atendimento a queimados e feridos, durante o esvaziamento do prédio);
- B) Prática de Combate a Incêndios com utilização de Extintores, Hidrantes, Mangueiras, Esguichos, Chave Storz, Redução, Divisor e Montagem de Linha de Mangueiras;
- C) Simulação para Abandono da Área.

Este certificado foi emitido pela RV TREINAMENTOS e está assinado por profissional Habilitado conforme o NT 001/2004.



JOSÉ VALENTIN RABELO
Assessor | MAT 091171-1-3

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/12/2023

CNES: 2414864 Nome Fantasia: HOSP MATERN F FARIAS LEITAO CNPJ: 35.046.234/0001-54
Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
Logradouro: RUA PESSOA PIRES Número: 00003 Complemento: -
Bairro: CENTRO Município: 230860 - MONSENHOR TABOSA UF: CE
CEP: 63780-000 Telefone: 36962175 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0015
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: - Gestão: MUNICIPAL
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROMEU PARENTE DE MORAES FONSECA
Cadastrado em: 26/11/2001 Atualização na base local: 10/07/2023 Última atualização Nacional: 12/10/2023
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO
Data desativação: - Motivo desativação: -

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/11/2023

CNES: 2414864 Nome Fantasia: HOSP MATERN F FARIAS LEITAO CNPJ: 35.046.234/0001-54
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: RUA PESSOA PIRES Número: 00003 Complemento: --
 Bairro: CENTRO Município: 230860 - MONSENHOR TABOSA UF: CE
 CEP: 63780-000 Telefone: 36962175 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0015
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROMEU PARENTE DE MORAES JUNIOR
 Cadastrado em: 26/11/2001 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 10/08/2023
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Profissionais

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANA CARLA DA COSTA LEITAO MELO	707001891344635		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
ANDREIA BARBOSA DOS SANTOS	708506318022177		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANDREZA MARIA DAMASCENO BARBOSA	707608281162798		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANGELA MARIA BARROS COSTA	708102521965137		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANTONIA CLEIDE ALVES DA LUZ	161013376190001		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
ANTONIA DE MARIA DA CONCEICAO MARTINS ALVES	702907519149571		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
ANTONIA DE MARIA DE MELO RIBEIRO	703401224919810		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ANTONIA INGRIDY PINTO DE SOUSA	702408595636920		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
ANTONIO ADAUTO DOS SANTOS NASCIMENTO	703404064500100		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANTONIO DEIVID FERNANDES DE SOUSA	706200070537064		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO FILIPE RODRIGUES FELIX	706000332452143		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO GILSON LEMOS FERREIRA	700006638989507		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO HERMESON DE MESQUITA	702802189214460		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
BIANCA DA SILVA TEODOSIO	701703248660070		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
BIANCA DUARTE DE MELO	700005552166404		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
BIANCA SOUZA CAVALCANTE	701202088518917		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
CAMILLA DE OLIVEIRA SOARES	704005895398666		324120	TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
CARMELITA DAS NEVES MARTINS	700001745143909		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
DAIANA SOUZA FARIAS	700001099608206		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
DAIANE VIRGINIA DE MELO MENDES	704608687088827		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
DALVANI DE SOUSA RODRIGUES	704805077125546		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
DANILA SILVA DE SOUZA	702602208702846		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
DEUSDETE DE SOUSA SILVA	702805618742563		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
DEUZINHA CAMELO LOPES	703407493692500		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
ELISETE DA SILVA SAMPAIO	705004088906557		516310	LAVADOR DE ROUPAS A MAQUINA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
EMANUEL JARDEL COSTA ARAGAO	708900786037719		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ERLANGIA ALVES DA SILVA	704301503880898		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
EDEVANIA SOUZA SAMPAIO	980016293916447		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
IVALDO NECO BARRETO JUNIOR	702605745897142		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO	Artigo 2º	0	4	8	12
IVALDO NECO BARRETO JUNIOR	702605745897142		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO	Artigo 2º	0	4	0	4
FRANCISCA ALANA ARAUJO AZEVEDO	703408754444700		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCA ALCILEIA FARIAS GOMES	702607735093549		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCA ANDREZA DO NASCIMENTO FEITOSA	700100947792418		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCO ALEXANDRE ALVES DE SOUZA	708008389070820		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
FRANCISCO ALVES CAVALCANTE	705009865108459		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MESQUITA	702606767110448		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO CLEITON DE ANDRADE NASCIMENTO	706704567219616		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO DE MESQUITA BARROS	980016293915688		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
FRANCISCO FRANCALINO DA SILVA	706206075698061		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATIC O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
FRANCISCO GILVAN FERREIRA ALENCAR	705202478336875		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO JEOVA SOUSA CAVALCANTE	700002163268408		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	12	0	12
FRANCISCO JERRY CAMELO DA SILVA	700609968437068		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
FRANCISCO JOSE NASCIMENTO DE MESQUITA	704705753150730		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
GERARDO SOUSA TORRES	700709997976574		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA	708008327694227		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GLAUCIANE FARIAS COELHO	700706459490080		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GLERISON LIMA SOUZA	703200629613890		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO	708008326891924		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	8	10
ISAUQUE FERREIRA DA SILVA	705102317785040		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ISRAELITA DOS SANTOS ANJOS	702004393672586		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
IZAIAS CAVALCANTE DE MELO NETO	701406623918638		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
JHONY GONCALVES FREITAS	702606263439942		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
JOACILDO OLIVEIRA MARCIEL	704109244630180		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
JOSE ADAUTO ALVES DE MORAIS JUNIOR	704008377965469		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO	700308977670030		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
JOSE RICARDO MARINHO	705001246972951		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
JURACI ARAUJO DA SILVA	705006484441451		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
KAROLAINE DE LIMA DIAS	702502388273834		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
LARISSA RODRIGUES VERAS	707608234726095		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
LEONICE SOUZA DA SILVA	708208100109549		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
LEONIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA	702400057948221		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
LILIA MARIA SILVEIRA	980016004464622		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
LUCAS DA SILVA NASCIMENTO	704207702125581		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
LUCAS FRANCO MAGALHAES	709005894337818		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUCIANA GOMES SOUSA	706701273656420		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUCIANO PERES DA SILVA	703205635150494		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUCILENE PERES DA SILVA	707406087255476		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUIZ GOMES DO NASCIMENTO	708508372957873		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
LUIZA RODRIGUES DUARTE	702400075655125		841420	COZINHADOR DE FRUTAS E LEGUMES	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUZANIRA OLIVEIRA DE ALMEIDA	705200407317078		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MACARIO ARTHUR LOPES DE SOUSA	700009131468009		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARCELO FLOR UMBELINO	700005050894004		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARCIO FEITOSA DE SOUZA	705003804937751		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARCOS ANTONIO MARTINS DE SOUSA	702806184842068		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARIA ALCIONE PORTELA MENDES	705408477337596		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
MARIA APARECIDA PINTO SOUSA MARTINS	708009847557721		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA ASSUNCAO ALMEIDA RODRIGUES	700408421992644		516310	LAVADOR DE ROUPAS A MAQUINA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA BRUNA DE LIMA SAMPAIO	706403689982286		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA CLEIDE DE ANDRADE NASCIMENTO	705004478637658		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA DAS DORES BARBOSA DE SOUZA	898004862591517		513115	GOVERNANTA DE HOTELARIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA DE FATIMA SANTOS NASCIMENTO SEGUNDA	700102467957520		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA DO CARMO BENEVINUTO RODRIGUES	702105760023594		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA GENY DA SILVA ANDRADE	705000616117650		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA JOSE DA SILVA MESQUITA	980016296678954		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
MARIA KILVIA DE SOUSA	700000935095610		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO	Artigo 2º	0	0	12	12

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARIA LEIDIANA ALVES DE ALMEIDA	709206254452835		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA MANUELA BORGES LIMA	707809692718314		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA MARLEIDE BARROS ALEXANDRE	980016286876079		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA MARLY RIBEIRO DO NASCIMENTO	709001856749310		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA RAQUEL MARTINS BARBOSA	707008873604031		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
MARIA SANDRA FREIRE DO NASCIMENTO	980016293921785		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA VANDA PEREIRA LEMOS	980016293916307		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA VANIA CHAVES ALVES	702803107460064		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
MARIA VIEIRA DA COSTA	980016293920711		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MATHEUS EMANUEL FERREIRA DE SOUZA	701808222475377		324120	TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
MICAIAS DE SOUSA FERNANDES	706801214958520		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MILENA LIMA SOUSA	709200224651931		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MONICA SOUTO ARAUJO CAVALCANTE	703400843569900		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	20	0	20
MONIQUE DOS SANTOS CAVALCANTE	709205212369335		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
PATRICIA DOS SANTOS NASCIMENTO	704402363589010		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
RAFAELA FEITOSA DA SILVA	702603273528546		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
RENATO DE SOUSA SOARES	702502399555232		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
RICARDO FRANCO FACUNDO	700009933811600		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
ROMEU PARENTE DE MORAES FONSECA	709005872220217		131205	DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		4	0	4	8
SALUSTIANO MADEIRO CAVALCANTE	700400947891049		411010	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
SAMUEL DA SILVA ARAUJO	700005411303103		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
SANDRA OLIVEIRA PEREIRA	702407025183129		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
SARA SAMPAIO FERNANDES	702405053754427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
SEBASTIAO DE SOUSA FELISMINO	707502274313390		517325	VIGIA PORTUARIO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
SILVIA CARLA CARVALHO SOARES	980016285249364		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
SYANG VITORIA DA SILVA MOURAO	706507301650298		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
TAMIRES DE MOURA RIBEIRO	700007896404308		223405	FARMACEUTICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20
TAMIRES DE MOURA RIBEIRO	700007896404308		223415	FARMACEUTICO ANALISTA CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20
THIAGO FERREIRA SALES	707604205294499		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
ULISSES WAGNER FLOR	700008116755700		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
VALDENE DA SILVA LEMOS	702407512040323		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
WELLINGTON LIMA SOUSA	706708727917220		514310	AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ZIZELDA SARAIVA BARROS	700000094336908		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

Data desativação: --

Motivo desativação: --

CNESCadastro Nacional de
Estabelecimento de SaúdeMinistério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/11/2023

CNES: 2414864 Nome Fantasia: HOSP MATERN F FARIAS LEITAO CNPJ: 35.046.234/0001-54
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: RUA PESSOA PIRES Número: 00003 Complemento: --
 Bairro: CENTRO Município: 230860 - MONSENHOR TABOSA UF: CE
 CEP: 63780-000 Telefone: 36962175 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0015
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROMEU PARENTE DE MORAES
 Cadastrado em: 26/11/2001 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 13/09/2023
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Profissionais

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANA CARLA DA COSTA LEITAO MELO	707001891344635		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
ANDREIA BARBOSA DOS SANTOS	708506318022177		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANDREZA MARIA DAMASCENO BARBOSA	707608281162798		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANGELA MARIA BARROS COSTA	708102521965137		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40

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 11

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
TONIA CLEIDE ALVES DA	161013376190001		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
TONIA DE MARIA DA CONCEICAO MARTINS ALVES	702907519149571		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
TONIA DE MARIA DE MELO BEIRO	703401224919810		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ANTONIO ADAUTO DOS SANTOS NASCIMENTO	703404064500100		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANTONIO DEIVID ERNANDES DE SOUSA	706200070537064		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO FILIPE RODRIGUES ELIX	706000332452143		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO GILSON LEMOS FERREIRA	700006638989507		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO HERMESON DE MESQUITA	702802189214460		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
BIANCA DA SILVA TEODOSIO	701703248660070		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
BIANCA DUARTE DE MELO	700005552166404		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
BIANCA SOUZA CAVALCANTE	701202088518917		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
CAMILA DE OLIVEIRA SOARES	704005895398666		324120	TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
o													
CARMELITA DAS NEVES MARTINS	700001745143909		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
DAIANA SOUZA FARIAS	700001099608206		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
DAIANE VIRGINIA DE MELO MENDES	704608687088827		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
DALVANI DE SOUSA RODRIGUES	704805077125546		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
DANILA SILVA DE SOUZA	702602208702846		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
DEUSDETE DE SOUSA SILVA	702805618742563		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
DEUZINHA CAMELO LOPES	703407493692500		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
ELISETE DA SILVA SAMPAIO	705004088906557		516310	LAVADOR DE ROUPAS A MAQUINA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
EMANUEL JARDEL COSTA ARAGAO	708900786037719		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ERLANGIA ALVES DA SILVA	704301503880898		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
EDEVANIA SOUZA SAMPAIO	980016293916447		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
IVALDO NECO BARRETO JUNIOR	702605745897142		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO	Artigo 2º	0	4	8	12

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
IVALDO NECO BARRETO JUNIOR	702605745897142		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO	Artigo 2º	0	4	0	4
FRANCISCA ALANA ARAUJO AZEVEDO	703408754444700		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCA ALCILEIA FARIAS GOMES	702607735093549		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCA ANDREZA DO NASCIMENTO FEITOSA	700100947792418		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCO ALEXANDRE ALVES DE SOUZA	708008389070820		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
FRANCISCO ALVES CAVALCANTE	705009865108459		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MESQUITA	702606767110448		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO CLEITON DE ANDRADE NASCIMENTO	706704567219616		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO DE MESQUITA BARROS	980016293915688		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
FRANCISCO FRANCALINO DA SILVA	706206075698061		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO GILVAN FERREIRA ALENCAR	705202478336875		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO JEOVA SOUSA CAVALCANTE	700002163268408		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	12	0	12

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

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
								0					
FRANCISCO JERRY CAMELO DA SILVA	700609968437068		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
FRANCISCO JOSE NASCIMENTO DE MESQUITA	704705753150730		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
GERARDO SOUSA TORRES	700709997976574		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA	708008327694227		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GLAUCIANE FARIAS COELHO	700706459490080		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GLERISON LIMA SOUZA	703200629613890		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO	708008326891924		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	8	10
ISAUQUE FERREIRA DA SILVA	705102317785040		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ISRAELITA DOS SANTOS ANJOS	702004393672586		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
IZAIAS CAVALCANTE DE MELO NETO	701406623918638		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
JHONY GONCALVES FREITAS	702606263439942		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
JOACILDO OLIVEIRA MARCIEL	704109244630180		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
JOSE ADAUTO ALVES DE MORAIS JUNIOR	704008377965469		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO	700308977670030		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
JOSE RICARDO MARINHO	705001246972951		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
JURACI ARAUJO DA SILVA	705006484441451		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
KAROLAINE DE LIMA DIAS	702502388273834		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LARISSA RODRIGUES VERAS	707608234726095		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LEONICE SOUZA DA SILVA	708208100109549		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
LEONIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA	702400057948221		782310	MOTORISTA DE FURGÃO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LILIA MARIA SILVEIRA	980016004464622		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
LUCAS DA SILVA NASCIMENTO	704207702125581		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUCAS FRANCO MAGALHAES	709005894337818		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

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

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
LUCIANA GOMES SOUSA	706701273656420		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUCIANO PERES DA SILVA	703205635150494		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUCILENE PERES DA SILVA	707406087255476		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUIZ GOMES DO NASCIMENTO	708508372957873		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
LUIZA RODRIGUES DUARTE	702400075655125		841420	COZINHADOR DE FRUTAS E LEGUMES	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUZANIRA OLIVEIRA DE ALMEIDA	705200407317078		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MACARIO ARTHUR LOPES DE SOUSA	700009131468009		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARCELO FLOR UMBELINO	700005050894004		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARCIO FEITOSA DE SOUZA	705003804937751		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARCOS ANTONIO MARTINS DE SOUSA	702806184842068		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA ALCIONE PORTELA MENDES	705408477337596		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARIA APARECIDA PINTO SOUSA MARTINS	708009847557721		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA ASSUNCAO ALMEIDA RODRIGUES	700408421992644		516310	LAVADOR DE ROUPAS A MAQUINA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA BRUNA DE LIMA SAMPAIO	706403689982286		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA CLEIDE DE ANDRADE NASCIMENTO	705004478637658		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA DAS DORES BARBOSA DE SOUZA	898004862591517		513115	GOVERNANTA DE HOTELARIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA DE FATIMA SANTOS NASCIMENTO SEGUNDA	700102467957520		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA DO CARMO BENEVINUTO RODRIGUES	702105760023594		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA GENY DA SILVA ANDRADE	705000616117650		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA JOSE DA SILVA MESQUITA	980016296678954		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
MARIA KILVIA DE SOUSA	700000935095610		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	12	12
MARIA LEIDIANA ALVES DE ALMEIDA	709206254452835		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA MANUELA BORGES LIMA	707809692718314		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARIA MARLEIDE BARROS ALEXANDRE	980016286876079		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA MARLY RIBEIRO DO NASCIMENTO	709001856749310		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA RAQUEL MARTINS BARBOSA	707008873604031		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
MARIA SANDRA FREIRE DO NASCIMENTO	980016293921785		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA VANDA PEREIRA LEMOS	980016293916307		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA VANIA CHAVES ALVES	702803107460064		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
MARIA VIEIRA DA COSTA	980016293920711		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MATHEUS EMANUEL FERREIRA DE SOUZA	701808222475377		324120	TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
MICAIAIS DE SOUSA FERNANDES	706801214958520		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MILENA LIMA SOUSA	709200224651931		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MONICA SOUTO ARAUJO CAVALCANTE	703400843569900		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MONIQUE DOS SANTOS CAVALCANTE	709205212369335		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
PATRICIA DOS SANTOS NASCIMENTO	704402363589010		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
RAFAELA FEITOSA DA SILVA	702603273528546		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
RICARDO FRANCO FACUNDO	700009933811600		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
ROMEU PARENTE DE MORAES FONSECA	709005872220217		131205	DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		4	0	4	8
SALUSTIANO MADEIRO CAVALCANTE	700400947891049		411010	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
SAMUEL DA SILVA ARAUJO	700005411303103		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
SANDRA OLIVEIRA PEREIRA	702407025183129		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
SARA SAMPAIO FERNANDES	702405053754427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
SEBASTIAO DE SOUSA FELISMINO	707502274313390		517325	VIGIA PORTUARIO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
SILVIA CARLA CARVALHO SOARES	980016285249364		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
SYANG VITORIA DA SILVA MOURAO	706507301650298		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
TAMIRES DE MOURA RIBEIRO	700007896404308		223405	FARMACEUTICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20
TAMIRES DE MOURA RIBEIRO	700007896404308		223415	FARMACEUTICO ANALISTA CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20
THIAGO FERREIRA SALES	707604205294499		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
ULISSES WAGNER FLOR	700008116755700		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	39	39
VALDENE DA SILVA LEMOS	702407512040323		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
WELLINGTON LIMA SOUSA	706708727917220		514310	AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ZIZELDA SARAIVA BARROS	700000094336908		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

Data desativação: --

Motivo desativação: --

CNESCadastro Nacional de
Estabelecimento de SaúdeMinistério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/11/2023

CNES: 2414864 Nome Fantasia: HOSP MATERN F FARIAS LEITAO CNPJ: 35.046.234/0001-54
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: RUA PESSOA PIRES Número: 00003 Complemento: --
 Bairro: CENTRO Município: 230860 - MONSENHOR TABOSA UF: CE
 CEP: 63780-000 Telefone: 36962175 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0015
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROMEU PARENTE DE MORAES FONSECA
 Cadastrado em: 26/11/2001 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 12/10/2023
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Profissionais

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANA CARLA DA COSTA LEITAO MELO	707001891344635		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
ANA LUCIA GOMES DE SOUSA	700504911547154		411010	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ANDREIA BARBOSA DOS SANTOS	708506318022177		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANDREZA MARIA DAMASCENO BARBOSA	707608281162798		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

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

Pag. 1 de 12

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
ANGELA MARIA BARROS COSTA	708102521965137		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANTONIA CLEIDE ALVES DA LUZ	161013376190001		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
ANTONIA DE MARIA DA CONCEICAO MARTINS ALVES	702907519149571		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
ANTONIA DE MARIA DE MELO RIBEIRO	703401224919810		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ANTONIO ADAUTO DOS SANTOS NASCIMENTO	703404064500100		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ANTONIO DEIVID FERNANDES DE SOUSA	706200070537064		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO FILIPE RODRIGUES FELIX	706000332452143		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO GILSON LEMOS FERREIRA	700006638989507		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ANTONIO HERMESON DE MESQUITA	702802189214460		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
BIANCA DA SILVA TEODOSIO	701703248660070		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
BIANCA DUARTE DE MELO	700005552166404		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
BIANCA SOUZA CAVALCANTE	701202088518917		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

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

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MILLA DE OLIVEIRA DARES	704005895398666		324120	TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
CARLOS EGBERTO FERREIRA GOMES MARTINS	702809140962869		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO	Artigo 2º	0	0	12	12
CARMELITA DAS NEVES MARTINS	700001745143909		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
DAIANA SOUZA FARIAS	700001099608206		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
DAIANE VIRGINIA DE MELO MENDES	704608687088827		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
DALVANI DE SOUSA RODRIGUES	704805077125546		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	40	0	40
DEUSDETE DE SOUSA SILVA	702805618742563		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
DEUZINHA CAMELO LOPES	703407493692500		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
ELISETE DA SILVA SAMPAIO	705004088906557		516310	LAVADOR DE ROUPAS A MAQUINA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
EMANUEL JARDEL COSTA ARAGAO	708900786037719		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ERLANGIA ALVES DA SILVA	704301503880898		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ETEVANIA SOUZA SAMPAIO	980016293916447		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
IVALDO NECO BARRETO JUNIOR	702605745897142		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO	Artigo 2º	0	4	8	12
IVALDO NECO BARRETO JUNIOR	702605745897142		225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO	Artigo 2º	0	4	0	4
FRANCISCA ALANA ARAUJO AZEVEDO	703408754444700		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCA ALCILEIA FARIAS GOMES	702607735093549		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCA ANDREZA DO NASCIMENTO FEITOSA	700100947792418		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
FRANCISCO ALEXANDRE ALVES DE SOUZA	708008389070820		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
FRANCISCO ALVES CAVALCANTE	705009865108459		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MESQUITA	702606767110448		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO CLEITON DE ANDRADE NASCIMENTO	706704567219616		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO DE MESQUITA BARROS	980016293915688		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
FRANCISCO FRANCALINO DA SILVA	706206075698061		517420	VIGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
FRANCISCO GILVAN FERREIRA ALENCAR	705202478336875		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
FRANCISCO JEOVA SOUSA CAVALCANTE	700002163268408		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	12	0	12
FRANCISCO JERRY CAMELO DA SILVA	700609968437068		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
FRANCISCO JOSE NASCIMENTO DE MESQUITA	704705753150730		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
GERARDO SOUSA TORRES	700709997976574		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA	708008327694227		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GLAUCIANE FARIAS COELHO	700706459490080		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GLERISON LIMA SOUZA	703200629613890		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO	708008326891924		225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	2	8	10
ISAUQUE FERREIRA DA SILVA	705102317785040		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ISRAEL BISPO FEITOSA	705008067996151		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ISRAELITA DOS SANTOS ANJOS	702004393672586		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
IZAIAS CAVALCANTE DE MELO NETO	701406623918638		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
JHONY GONCALVES FREITAS	702606263439942		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
JOACILDO OLIVEIRA MARCIEL	704109244630180		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
JOSE ADAUTO ALVES DE MORAIS JUNIOR	704008377965469		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO	700308977670030		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
JOSE RICARDO MARINHO	705001246972951		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
JOSE SOARES DA SILVA JUNIOR	708608128856590		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	12	12
JOSIANO MACEDO DE LIMA	706906144593131		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO	Artigo 2º	0	0	12	12
JURACI ARAUJO DA SILVA	705006484441451		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
KAROLAINE DE LIMA DIAS	702502388273834		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LARISSA RODRIGUES VERAS	707608234726095		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LEONICE SOUZA DA SILVA	708208100109549		841408	COZINHADOR (CONSERVACAO DE ALIMENTOS)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40

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

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
0													
LEONIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA	702400057948221		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LILIA MARIA SILVEIRA	980016004464622		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
LUCAS DA SILVA NASCIMENTO	704207702125581		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUCAS FRANCO MAGALHAES	709005894337818		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUCIANA GOMES SOUSA	706701273656420		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUCIANO PERES DA SILVA	703205635150494		782320	CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUCILENE PERES DA SILVA	707406087255476		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
LUIZ GOMES DO NASCIMENTO	708508372957873		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
LUIZA RODRIGUES DUARTE	702400075655125		841420	COZINHADOR DE FRUTAS E LEGUMES	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
LUZANIRA OLIVEIRA DE ALMEIDA	705200407317078		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MACARIO ARTHUR LOPES DE SOUSA	700009131468009		412110	DIGITADOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
0													
MARCELO FLOR UMBELINO	700005050894004		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARCIA VANESSA BEZERRA DO NASCIMENTO	702803108425262		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	12	12
MARCIO FEITOSA DE SOUZA	705003804937751		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARCOS ANTONIO MARTINS DE SOUSA	702806184842068		782310	MOTORISTA DE FURGAO OU VEICULO SIMILAR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA ALCIONE PORTELA MENDES	705408477337596		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
MARIA APARECIDA PINTO SOUSA MARTINS	708009847557721		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA ASSUNCAO ALMEIDA RODRIGUES	700408421992644		516310	LAVADOR DE ROUPAS A MAQUINA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA BRUNA DE LIMA SAMPAIO	706403689982286		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA CLEIDE DE ANDRADE NASCIMENTO	705004478637658		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA CRISANA ABREU NASCIMENTO	703403756018100		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA DAS DORES BARBOSA DE SOUZA	898004862591517		513115	GOVERNANTA DE HOTELARIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
0													
MARIA DE FATIMA SANTOS NASCIMENTO SEGUNDA	700102467957520		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA DO CARMO BENEVINUTO RODRIGUES	702105760023594		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA GENY DA SILVA ANDRADE	705000616117650		513220	COZINHEIRO DE HOSPITAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
MARIA JOSE DA SILVA MESQUITA	980016296678954		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
MARIA KILVIA DE SOUSA	700000935095610		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	12	12
MARIA LEIDIANA ALVES DE ALMEIDA	709206254452835		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	40	40
MARIA MANUELA BORGES LIMA	707809692718314		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA MARLEIDE BARROS ALEXANDRE	980016286876079		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA MARLY RIBEIRO DO NASCIMENTO	709001856749310		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		40	0	0	40
MARIA RAQUEL MARTINS BARBOSA	707008873604031		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	CONTRATO POR PRAZO DETERMINAD O	PUBLICO		0	0	24	24
MARIA SANDRA FREIRE DO NASCIMENTO	980016293921785		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICI O	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
MARIA VANDA PEREIRA LEMOS	980016293916307		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MARIA VANIA CHAVES ALVES	702803107460064		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
MARIA VIEIRA DA COSTA	980016293920711		322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
MATHEUS EMANUEL FERREIRA DE SOUZA	701808222475377		324120	TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	24	24
MICAIAS DE SOUSA FERNANDES	706801214958520		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MILENA LIMA SOUSA	709200224651931		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
MONICA SOUTO ARAUJO CAVALCANTE	703400843569900		223710	NUTRICIONISTA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20
MONIQUE DOS SANTOS CAVALCANTE	709205212369335		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
NILCELHA ALVES SANTANA	700501954794959		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
NOSLEN MENA LORENZO	700002557761804		225125	MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	12	12
PATRICIA DOS SANTOS NASCIMENTO	704402363589010		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
RAFAELA FEITOSA DA SILVA	702603273528546		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
RICARDO FRANCO FACUNDO	700009933811600		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
ROMEU PARENTE DE MORAES FONSECA	709005872220217		131205	DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		4	0	4	8
SALUSTIANO MADEIRO CAVALCANTE	700400947891049		411010	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
SAMUEL DA SILVA ARAUJO	700005411303103		514225	TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
SANDRA OLIVEIRA PEREIRA	702407025183129		325115	TECNICO EM FARMACIA	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
SARA SAMPAIO FERNANDES	702405053754427		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	40	40
SEBASTIAO DE SOUSA FELISMINO	707502274313390		517325	VIGIA PORTUARIO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
SILVIA CARLA CARVALHO SOARES	980016285249364		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
SYANG VITORIA DA SILVA MOURAO	706507301650298		422105	RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
THAMARA DE MOURA SILVA	705001685500353		223415	FARMACEUTICO ANALISTA CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATIVO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	20	0	20

Nome	CNS	Dt.Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculaçã o	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	CH Amb.	CH Hosp.	Total
THAMARA DE MOURA SILVA	705001685500353		223445	FARMACEUTICO HOSPITALAR E CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	20	20
THIAGO FERREIRA SALES	707604205294499		223505	ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	20	40
ULISSES WAGNER FLOR	700008116755700		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		0	0	39	39
VALDENE DA SILVA LEMOS	702407512040323		322205	TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
WELLINGTON LIMA SOUSA	706708727917220		514310	AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40
ZIZELDA SARAIVA BARROS	700000094336908		516345	AUXILIAR DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO		40	0	0	40

Data desativação: --

Motivo desativação:--



HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – RECEPÇÃO AGOSTO /2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
MICAIAS DE S. FERNANDES		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MILENA SOUSA LIMA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
GLAUCIANE COELHO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
MANUELA BORGES LIMA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ANTONIO DEIVID SOUSA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
SYANG VITORIA DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

D – 07:00H ÀS 19:00H N – 19:00H ÀS 07:00H


Nilceina Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - RS

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – CONTROLADOR DE ACESSO

AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
FRANCISCO FRANCALINO DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
FRANCISCO A. CAVALCANTE	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
FRANCISCO ANTONIO ALVES MESQUITA	D		D				D		D			N		N		D		D		D		D		N			N		N		D
SEBASTIÃO FELISMINO		D		D		D		D		D		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
DEUSDETE SOUSA DA SILVA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
SAMUEL DA SILVA ARAUJO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

D – 06:00H ÀS 18:00H

N – 18:00H ÀS 06:00H


 Nilcéia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SAME AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
LUCAS FRANCO MAGALHÃES	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M
M. ARTHUR LOPES DE SOUSA	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T
FRANCISCO GILVAN FERREIRA ALENCAR	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M
	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T

M – 8:00H AS 12:00H T – 13:00H ÀS 17:00H

Nilcélia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - RJ



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
Monsenhor Tabosa
Fazendo mais pela saúde de todos nós



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM ESCALA DE AGOSTO /2023 – SETOR: EMERGÊNCIA

PROFISSIONAL	COREN	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
		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
Antônio Francisco Alves de Sousa	700608	N			N		N		N		N			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
Antônio Felipe Rodrigues Felix	1385821			N			N			N					N				N				N						N			N
Antonia de Maria da C. Martins Alves	473160																			D				D			D		D		D	
Deusinha Camelo Lopes	882982		P			P				P			P								P					P					D	
Danila Silva de Souza	1668175				D		D				D		P					D				D				D						
Francisco de Mesquita Barros	596656			FJ				D				D				D			D				D		D		D		D		D	
Francisca Alana A. Azevedo	987222			D					D						D			D						D					D		D	
Maria Marleide Barros Alexandre	203322	D	D		D	D		D	D		D	D		D		D	D		D													
Rafaela Feitosa da Silva	1368479	D					D					D						N					D		N		D		N			
Dalvani de S.Rodrigues	1432533			D						D						D			D				D		D					D		

Nilcelina Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA RB

LEGENDA	
DIURNO	D
NOTURNO	N
FÉRIAS	FÉRIAS
PLANTÃO	P

Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem - HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM / ESCALA DE AGOSTO / 2023 - SETOR: POSTO I

PROFISSIONAL	COREN	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	
		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	
Bianca da Silva Teodosio	1528401			N				N			N				N				N				N						N				
Erlângia Alves da Silva	1115517			N			N				N			N				N				N			N				N			N	
Francisca Alcileia F.Gomes	1520891		D			D				D				D				D				D			D				D			D	
Joacildo Oliveira Maciel	647192		P						P					P				P						P				P				P	
Luciana Gomes Sousa	1675361			D		D					D			D				D				D			D			D			D		
Maria de Fátima S. Nascimento	1123449	N				N				N			N			N				N			N			N			N			N	
Maria Vieira da Costa	837226									D														D							D		E
Maria Leidiana Alves de Almeida	1192598				D			D	N			D				D			D			N						D					
Maria Vânia Chaves Alves	1054476	D							D						D				D					D								D	
Maria Alcione M. Portela		P										P				P						P				P						N	
Monique dos S.Cavalcante	1527370				N			N				N				N				N			N			N			N			N	
Patrícia dos Santos Nascimento	1656556		N			N				N				N				N				N			N			N			N		N
Valdenia da Silva Lemos	1186458			D				D				D							D			D			D			D			D		E
Sara Sampaio Fernandes	1328399				P														P					P				P					
CARMELITA	DIA																																

Nilcéia Santana
Coordenadora de Enfermagem



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM
ESCALA DE AGOSTO /2023 – SETOR: ESTERELIZAÇÃO

PROFISSIONAL	COREN	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	
		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	
Antonia Cleide Alves da Luz	649797		D			D			D		D				D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
Maria Vânia Chaves Alves	1054476			D			D				D		D							D									D				D
Maria Vanda Pereira Lemos	552901	D			D			D		D			D		D		D		D		D				D		D			FJ		D	

LEGENDA	
DIURNO	D
FÉRIAS	FÉRIAS

Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975

Nilcéia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM ESCALA DE AGOSTO /2023 – SETOR: POSTO II

PROFISSIONAL	COREN	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
		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
Carmelita das Neves Martins	743233	N			N	N				N			N					N		N				N		N				N		
Etevínia Sousa Sampaio	382698		D			D				D				D			D			D				D		D			D		D	
Maria Jose da Silva Mesquita	1778037	D			D	D			D			D			D				D			D		D			D		D		D	
Maria Vieira da Costa	837226			D				D				D		D			D		D			D			D		D					
Maria Sandra Freire do Nascimento	467807		N			N		N		N				N		N			N		N					N		N		N		N
Lucilene Peres da Silva	1349302			N					N				N			N						N			N			N				


Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB

LEGENDA	
DIURNO	D
NOTURNO	N
FÉRIAS	FÉRIAS
PLANTÃO	P

Francisca Alana A. Azevedo
 Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
 Instituto Rosa Branca
 COREN 780975



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ESCALA DE AGOSTO /2023 – SETOR: TRANSFERÊNCIAS

PROFISSIONAL	COREN	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				
		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				
Antonia de Maria da C. Martins Alves	473160																			D		D		D										D		D
Izaías Cavalcante de Melo Neto	156724							P				N		P							N															P
Lucas da Silva Nascimento	1703858		N			N				N			D			N						N			N											N
Maria Bruna de Lima Sampaio	1778030			P					P								P									P										
Ricardo Franco Facundo	1511488	P					P								P								P													
Maria Aparecida Pinto Souza Martins	1925858		D		D				N				N						D		D				N											D
Francisca Andreza do Nascimento Feitosa	1924462					D			D		D		D						N					N		D										N
Karolaine de Lima Dias	1657528				N						P						D			N					D			N		N						

Nilceina Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB

LEGENDA	
DIURNO	D
NOTURNO	N
PLANTÃO	P

Francisca Alana A. Azeved
 Coordenadora de Enfermagem – HMFL
 Instituto Rosa Branca
 COREN 780975



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM ESCALA DE AGOSTO /2023 – ENFERMEIROS

PROFISSIONAL	COREN	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		
		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		
Andreza M. D. Barbosa	564479	C														ED																D	D	C
Ana Carla da Costa L.Melo	706050		D	D		D	D		D	DT					D	D		D																
Antônio Gilson L.Ferreira	630051	D	DT		D	D		D	D		D	D		D																				
Bianca Duarde de Melo	767515										D				D					D	D		D	D			D	D						
Daiane Virginia Melo	446039																							D	D		P		P		P			
Lilia Maria Silveira	107261	N	N			N		N	N			N		N				N				N	N			N		D		D				
Larissa Rodrigues Veras	654010									P	N	D										D	DT	P								N		
Maria Kilvia de Sousa	492018						P						P							P	N				P									
Silvia Carla C.Souares	166525			N	N								P		P		P					P						P			D			
Thiago Ferreira Sales	227529	D		D	D			D					D		D			D	D		D	D										DT		

LEGENDA	
DIURNO	D
NOTURNO	N
FÉRIAS	FÉRIAS
	DT

Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela terra de todos nós.



HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinha Farias Leitão
Monsenhor Tabosa - CE

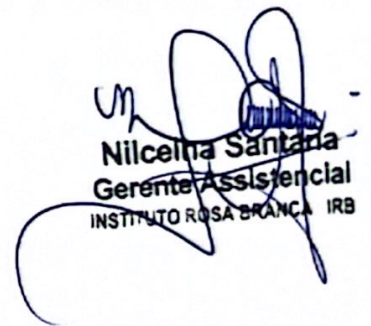


INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO - AGOSTO/2023

DATA		PROFISSIONAL	CH	PROFISSIONAL	CH	TOTAL DE HS	PRESCRITOR
01/08/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
02/08/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
03/08/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
04/08/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	VANESSA BEZEZZA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
05/08/2023	SÁBADO	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
06/08/2023	DOMINGO	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
07/08/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
08/08/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
09/08/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
10/08/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
11/08/2023	SEXTA-FEIRA	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
12/08/2023	SÁBADO	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	
13/08/2023	DOMINGO	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	
14/08/2023	SEGUNDA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	JOSÉ SOARES	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
15/08/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
16/08/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
17/08/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
18/08/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
19/08/2023	SÁBADO	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	
20/08/2023	DOMINGO	MATHEUS DOPAZO	12 HS	MATHEUS DOPAZO	12 HS	24 HS	
21/08/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
22/08/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
23/08/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
24/08/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
25/08/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	VANESSA BEZEZZA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
26/08/2023	SÁBADO	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	
27/08/2023	DOMINGO	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	

28/08/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
29/08/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
30/08/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		CARLOS EGBERTO	12 HS			12 HS	
31/08/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO


 Nilcelia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – AGOSTO/2023 FARMACÊUTICA

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
TAMIRES DE MOURA RIBEIRO	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D

AUXILIAR DE FARMÁCIA

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	
JHONY GONÇALVES FREITAS	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
SANDRA OLIVEIRA PEREIRA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ANTONIO ADAUTO DOS SANTOS NASCIMENTO	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
JOSÉ ADAUTO DE MORAIS JUNIOR		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

D – 7:00H ÀS 19:00H

N – 19:00 ÀS 07:00H

Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – RADIOLOGIA AGOSTO /2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	
MARIA RAQUEL MARTINS BARBOSA				P	P	P					P	P						P	P						P	P	P					
MATHEUS EMANOEL FERREIRA DE SOUZA		P	P						P	P			P			P	P						P	P							P	P
CAMILA DE OLIVEIRA SOARES	P						P	P						P	P					P	P	P							P	P		

P – 08:00H ÀS 18:00H

N - Á DISPOSIÇÃO SE NECESSÁRIO.


 Nilcéia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – MOTORISTA

AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
ANTONIO HEMERSON DE MESQUITA		P				P				P				P				P				P					P			P	
EMANUEL JARDEL COSTA ARAGÃO		P				P				P				P				P				P					P			P	
MARCIO FEITOSA DE SOUSA		P				P				P				P				P				P					P			P	
ISRAEL BISPO			P				P				P				P				P				P				P				P
FRANCISCO JOSE N. DE MESQUITA.											F	E	R	I	A	S															
GERARDO SOUSA TORRES			P				P				P				P				P				P				P				P
LUIZ GOMES DO NASCIMENTO			P				P				P				P				P				P				P				P
FRANCISCO CLEITON A. NASCIMENTO				P				P				P				P				P				P				P			
LUCIANO PERES DA SILVA				P				P				P				P				P				P				P			
JOSE RICARDO MARINHO				P				P				P				P				P				P				P			
MARCOS ANTÔNIO MARTINS DE SOUSA	P				P				P				P				P				P				P				P		
LEONIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA	P				P				P				P				P				P				P				P		
GLERISON LIMA SOUZA	P				P				P				P				P				P				P				P		

P – 24H 06:00H ÀS 06:00H

Nilceia Santana
Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – LAVANDERIA AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
ANDREIA BARBOSA DOS SANTOS		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
LUZANIRA DE OLIVEIRA ALMEIDA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARIA ASSUNÇÃO A. RODRIGUES	FÉRIAS																														
MARIA EDVANDA MESQUIUTA RODRIGUES	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D

D – 07:00H ÀS 17:00HS


Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
Monsenhor Tabosa
fazendo mais pela saúde de todos nós.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – ROUPARIA AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	
ELIZETE DA SILVA SAMPAIO	D		D		D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		
ZIZEUDA SARAIVA BARROS		D		D	D			D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D	

D – 07:00H ÀS 19:00HS



 Nilceina Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SERVIÇOS GERAIS AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
MARIA MARLY RIBEIRO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARCELO FLOR UMBELINO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
ANTONIA DE MARIA MELO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
FRANCISCO GERRY CAMELO DA SILVA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ISAQUE FERREIRA DA SILVA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
JURACI ARAUJO DA SILVA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

D- 07:00H ÀS 19:00H N - 19:00H ÀS 07:00H


Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – COPA /COZINHA AGOSTO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
ISRAELITA DOS SANTOS ANJOS		D		D	D				D			D			D		D		D		D		D		D		D			D	
LEONICE SOUSA DA SILVA		D		D				D		D		D				D			D		D		D		D		D		D		D
MARIA DO CARMO RODRIGUES	D		D		D		D				D			D		D		D		D		D		D		D		D		D	
FÉRIAS ÂNGELA	D				D		D		D		D		D		D				D			D		D		D		D		D	
LUIZA RODRIGUES DUARTE	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
MARIA GENI SILVA ANDRADE SANTIAGO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
MARIA CRISANA			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		N		N		D		D		D

D- 06:00H ÀS 18:00H
N - 18:00H ÀS 06:00H

Bianca Cavalcante
Nutricionista
CRN11 - 17215

Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – COPA /COZINHA

AGOSTO/2023

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
	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
ISRAELITA DOS SANTOS ANJOS		D		D	D				D			D			D		D		D		D		D		D		D			
LEONICE SOUSA DA SILVA		D		D				D		D		D				D			D		D		D		D		D		D	
MARIA DO CARMO RODRIGUES	D		D		D		D				D			D		D		D		D		D		D		D			D	
FÉRIAS ÂNGELA	D				D		D		D		D		D		D				D				D		D		D		D	
LUIZA RODRIGUES DUARTE	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
MARIA GENI SILVA ANDRADE SANTIAGO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
MARIA CRISANA			D			D		D		D			D	D				D			D		N		N		D			D

D- 06:00H ÀS 18:00H
N - 18:00H ÀS 06:00H

Bianca Cavalcante
Nutricionista
CRN11 - 17215

Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – RECEPÇÃO SETEMBRO /2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
CAIAS DE S. FERNANDES	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
LENA SOUSA LIMA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
LAUCIANE COELHO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ANUELA BORGES LIMA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ITONIO DEIVID SOUSA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
ANG VITORIA DA SILVA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

D – 07:00H ÀS 19:00H N – 19:00H ÀS 07:00H


Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – CONTROLADOR DE ACESSO SETEMBRO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
FRANCISCO F. DA SILVA	FÉRIAS																															
FRANCISCO A. CAVALCANTE	D		D		D		D		D		D		D		D	D		D		D		D		D		D		D		D		D
FRANCISCO A. A. MESQUITA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
SEBASTIÃO FELISMINO	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
DEUSDETE SOUSA DA SILVA	FÉRIAS																															
SAMUEL DA SILVA ARAUJO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

D – 06:00H ÀS 18:00H

N – 18:00H ÀS 06:00H


Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SAME SETEMBRO/2023

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
	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
LUCAS FRANCO MAGALHÃES	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M
M. ARTHUR LOPES DE SOUSA	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T
FRANCISCO GILVAN FERREIRA ALENCAR	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M
	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T

M – 8:00H AS 12:00H

T – 13:00H ÀS 17:00H

Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM
ESCALA DE SETEMBRO /2023 – SETOR: TRANSFERÊNCIAS

PROFISSIONAL	COREN	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	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										
Antonia de Maria da C. Martins Alves	473160															D	D		D	D					D																
Deusinha Camelo Lopes	882982								N				N													N															
Izaías Cavalcante de Melo Neto	156724				P			P			P											D	D				N														
Lucas da Silva Nascimento	1703858			N				N		N		N				N			N					N		N		N		N											
Maria Bruna de Lima Sampaio	1778030	N	D			P								P							N	N						D													
Ricardo Franco Facundo	1511488	D	N						D				D						D								D														
Maria Aparecida Pinto Souza Martins	1925858			D		N		D				D		N					N						N													D	N		
Karolaine de Lima Dias	1657528					D				D				D			N				N				D			D								N				D	

Nilceina Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB

D	DIURNO
N	NOTURNO
P	PLANTÃO 24 HRS

Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975



HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM
ESCALA DE SETEMBRO /2023 – SETOR: ESTERELIZAÇÃO

PROFISSIONAL	COREN	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
		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
Antonia Cleide Alves da Luz	649797	D				D		D		D		D		D		D			D		D		D		D		D		D		D
Maria Vânia Chaves Alves	1054476			D						D								D		D											
Maria Vanda Pereira Lemos	552901		D		D		D		D		D		D		D		D			D		D		D		D		D		D	

D	DIURNO
N	NOITE
P	PLANTÃO 24 HRS

Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB

Francisca Alana A. Azevedo
 Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
 Instituto Rosa Branca
 COREN 780975

Nilcelina Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem - HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM /ESCALA DE SETEMBRO /2023 – SETOR: POSTO I

PROFISSIONAL	COREN	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
		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
Bianca da Silva Teodosio	1528401				N			N													N							N			
Carmelita das Neves Martins	743233																														D
Dalvani de S. Rodrigues	1432533				N				N		N			N			N		N			N						N			
Erlângia Alves da Silva	1115517	N					N			N						N					N				N			N			N
Francisca Andreza do Nascimento feitosa	1924462		D			D			D					D				D			D				D			D			
Joacildo Oliveira Maciel	647192			N					N					N							N				N					N	
Luciana Gomes Sousa	1675361		D			D				D			N			N			N					D			D				N
Maria de Fátima S. Nascimento	1123449		N			N				N				N			D				N					N			N		
Maria Vieira da Costa	837226	D		D							D		D			D				D			D			D				D	
Maria Leidiana Alves de Almeida	1192598				D			D				D		D						D			D						D		
Maria Vânia Chaves Alves	1054476				D				D					D				D			D				D			D			
Maria Alcione M. Portela		P					D	D				P					P				D			P					P		
Monique dos S.Cavalcante	1527370			N			D			D			N					N						N			N				
Patrícia dos Santos Nascimento	1656556		N			N		N			N			N					N				N				N				
Valdenia da Silva Lemos	1186458			D			N						D		D						D		D					D			D
Sara Sampaio Fernades	1328399										P					P					D						P				

Micelina Sautana
Micelina Sautana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Francisca Alana A. Azevedo
 Coordenadora de Enfermagem - HMFFL
Instituto Rosa Branca
 COREN 780975

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM ESCALA DE SETEMBRO /2023 - SETOR: EMERGÊNCIA

PROFISSIONAL	COREN	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
		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
Antônio Francisco Alves de Sousa	700608	N		N		N			N			N			N	N		N			N	N				N			N	N	
Antônio Felipe Rodrigues Felix	1385821		N				N	N		N				N				N		N							N				
Antonia de Maria da C. Martins Alves	473160																				D	D				D	D				
Bianca da Silva Teodosio	1528401											N					N								N					D	
Deusinha Camelo Lopes	882982				P				D				D				D				D	D			D			P			
Danila Silva de Souza	1668175			D			D			D		D			D			D		D			D						D		
Francisco de Mesquita Barros	596656																														
Francisca Alcileia F.Gomes	1520891		D				D			D		D				D			D		D				D		D				
Joacildo Oliveira Maciel	647192			D					D					D					D		D			D				D			
Maria Marleide Barros Alexandre	203322	D	D		D	D		D	D		D	D		D	D		D	D		D											
Maria Leidiana Alves de Almeida	1192598																								D					D	
Rafaela Feitosa da Silva	1368479	D				D		D			D				D							N					D		D		
Ricardo Franco Facundo	1511488									N			N														N				

D
 N
 P

DIURNO
 NOTURNO
 PLANTÃO 24 HRS

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ESCALA DE SETEMBRO /2023 – ENFERMEIROS

PROFISSIONAL	COREN	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	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									
Andreza M. D. Barbosa	564479								P						D	D		D	D		N																			
Ana Carla da Costa .L.Melo	706050			D		N		D						P		D		P		N	D		D														N			
Antônio Gilson L.Ferreira	630051															N																								
Bianca Duarte de Melo	767515					D	D			P																														
Daiane Virginia Melo	446039											N		D		D																								
Lilia Maria Silveira	107261				P			N		D																														
Larissa Rodrigues Veras	654010	D	P		D																																			
Maria Kilvia de Sousa	492018	N	D																																					
Silvia Carla C.Souares	166525				N				D	P																														
Thiago Ferreira Sales	227529	D			D																																			

Andisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem – HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975

DIURNO
NOTURNO
PLANTÃO 24 HRS

Nilcelia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela terra de todos nós.



HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinha Farias Leitão
Monsenhor Tabosa - CE



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO - SETEMBRO/2023

DATA		PROFISSIONAL	CH	PROFISSIONAL	CH	TOTAL DE HS	PRESCRITOR
01/09/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	VANESSA BEZEZZA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
02/09/2023	SÁBADO	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
03/09/2023	DOMINGO	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
04/09/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO		CARLOS EGBERTO			CARLOS EGBERTO
05/09/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
06/09/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		CARLOS EGBERTO	12 HS				
07/09/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
08/09/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	VANESSA BEZEZZA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
09/09/2023	SÁBADO	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	
10/09/2023	DOMINGO	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	
11/09/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
12/09/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
13/09/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		CARLOS EGBERTO	12 HS				
14/09/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
15/09/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	VANESSA BEZEZZA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
16/09/2023	SÁBADO	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	
17/09/2023	DOMINGO	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	
18/09/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
19/09/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
20/09/2023	QUARTA-FEIRA	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
21/09/2023	QUINTA-FEIRA	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
22/09/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	
23/09/2023	SÁBADO	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	
24/09/2023	DOMINGO	ROMEU PARENTE	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	

25/09/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
26/09/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEU PARENTE	12 HS	ROMEU PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
27/09/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		NOSLÉN MENA	12 HS				
28/09/2023	QUINTA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
29/09/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZERRA	12 HS	VANESSA BEZEZZA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
30/09/2023	SÁBADO	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	


Nilceina Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SETEMBRO/2023 FARMACÊUTICA


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
	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
TAMIRES DE MOURA RIBEIRO	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D	D

AUXILIAR DE FARMÁCIA

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	
	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	
JHONY GONÇALVES FREITAS		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
SANDRA OLIVEIRA PEREIRA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ANTONIO ADAUTO DOS SANTOS NASCIMENTO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
JOSÉ ADAUTO DE MORAIS JUNIOR	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

D – 7:00H ÀS 19:00H

N– 19:00 ÀS 07:00H


Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
fazendo mais pela terra de todos nós



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
MONSENHOR TABOSA
fazendo mais pela saúde de todos nós



Desde 1963
HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinha Farias Leitão
Monsenhor Tabosa - CE



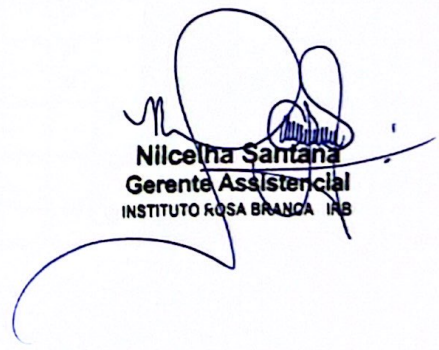
INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – RADIOLOGIA SETEMBRO /2023

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	
	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	
MARIA RAQUEL MARTINS BARBOSA	P	P						P	P						P	P						P	P							P	P
MATHEUS EMANOEL FERREIRA DE SOUZA						P	P			P			P	P						P	P			P			P	P			
CAMILA DE OLIVEIRA SOARES			P	P	P						P	P					P	P	P						P	P					

P – 08:00H ÀS 18:00H N - Á DISPOSIÇÃO SE NECESSÁRIO.


Nilcelha Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – MOTORISTA

SETEMBRO/2023

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
	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
ANTONIO HEMERSON DE MESQUITA			P				P																							
EMANUEL JARDEL COSTA ARAGÃO																														
MARCIO FEITOSA DE SOUSA																														
ISRAEL BISPO																														
FRANCISCO JOSE N. DE MESQUITA.																														
GERARDO SOUSA TORRES																														
FRANCISCO CLEITON A. NASCIMENTO																														
LUCIANO PERES DA SILVA	P																													
JOSE RICARDO MARINHO	P																													
LUIZ GOMES DO NASCIMENTO	P																													
MARCOS ANTÔNIO MARTINS DE SOUSA																														
LEONIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA																														
GLERISON LIMA SOUZA																														

P – 24H 06:00H ÀS 06:00H

ANA NÍCIA GOMES DE SOUSA
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
CORENICE 001.689.284

(Assinatura)
Nilcelma Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – LAVANDERIA SETEMBRO/2023

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
	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
ANDREIA B. DOS SANTOS	FÉRIAS																													
LUZANIRA DE O. ALMEIDA	D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D	
MARIA ASSUNÇÃO A. R.		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D
MARIA EDVANDA M. R.		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D	D		D		D		D

D – 07:00H ÀS 17:00HS


 Nilcelma Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA

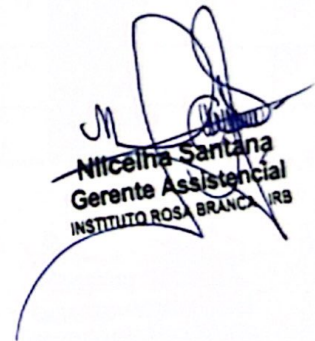


HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – ROUPARIA SETEMBRO/2023

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
	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
ELIZETE DA SILVA SAMPAIO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ZIZEUDA SARAIVA BARROS	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	

D – 07:00H ÀS 19:00HS


 Nirceina Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



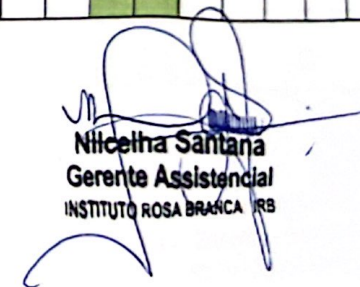
INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SERVIÇOS GERAIS SETEMBRO/2023

PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
ANTONIA DE MARIA MELO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARCELO FLOR UMBELINO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARIA MARLY RIBEIRO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
FRANCISCO GERRY CAMELO DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ISAQUE FERREIRA DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
JURACI ARAUJO DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

D- 07:00H ÀS 19:00H N - 19:00H ÀS 07:00H


Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - RB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – COPA /COZINHA

SETEMBRO/2023

PROFISSIONAL	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
	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
ISRAELITA DOS S. ANJOS		D		D		D			D			D		D		D		D		D		D			D		D		D	
LEONICE SOUSA DA SILVA				D		D		D		D		D		D		D		D			D		D		D		D		D	
MARIA DO C. RODRIGUES	D		D		D			D			D		D		D		D		D		D		D		D			D		D
ÂNGELA MARIA BARROS	D		D		D		D		D			D		D			D		D		D		D		D		D		D	
LUIZA RODRIGUES DUARTE		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
(FÉRIAS GENI)	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
MARIA CRISANA ABREU		D				D		D		D						D				D				D				D		

D- 06:00H ÀS 18:00H
N - 18:00H ÀS 06:00H

Bianca Cavalcante
Nutricionista
CRN11 - 17215

Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - RS



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – RECEPÇÃO OUTUBRO /2023

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
	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
MICAÍAS DE S. FERNANDES	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
MILENA SOUSA LIMA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
GLAUCIANE COELHO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MANUELA BORGES LIMA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
ANTONIO DEIVID SOUSA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
SYANG VITORIA DA SILVA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		

D – 07:00H ÀS 19:00H N – 19:00H ÀS 07:00H

Nilceia Santana
 Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - RB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – CONTROLADOR DE ACESSO

OUTUBRO/2023

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	
	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	
FRANCISCO FRANCALINO DA SILVA		D		D		D					D			D		D		D			D		D		D		D		D		D	
FRANCISCO ANTONIO ALVES MESQUITA	FÉRIAS																															
FRANCISCO ALVES CAVALCANTE			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
SEBASTIÃO FELISMINO	D		N		D		N		D		D		N		N		D		D		N		D		D		N		N		N	
DEUSDETE SOUSA DA SILVA	N				N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
SAMUEL DA SILVA ARAUJO		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

D – 06:00H ÀS 18:00H

N – 18:00H ÀS 06:00H


 Nilceia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



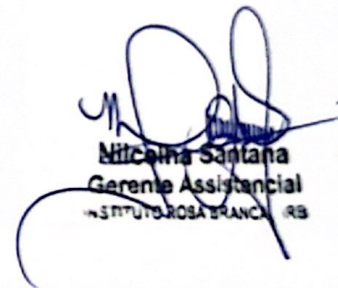
INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SAME OUTUBRO/2023

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	
	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	S	S	D	S	T	Q	
LUCAS FRANCO MAGALHÃES		M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M				M	M	M	M	M			M	M
M. ARTHUR LOPES DE SOUSA		T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T				T	T	T	T	T			T	T
FRANCISCO GILVAN FERREIRA ALENCAR		M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M				M	M	M	M	M			M	M
		T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T				T	T	T	T	T			T	T

M – 8:00H AS 12:00H T – 13:00H ÀS 17:00H


Mircelina Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - RB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ESCALA DE OUTUBRO /2023 - SETOR: TRANSFERÊNCIAS

PROFISSIONAL	COREN	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
		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
Antonia de Maria da C. Martins Alvees																																
Izaias Cavalcante de Melo Neto	156724	P						P				P																				
Lucas da Silva Nascimento	1703858				N		N			N											P											
Maria Bruna de Lima Sampaio	1778030			P						P											P											
Ricardo Franco Facundo	1511488																															
Maria Aparecida Pinto Souza Martins	1925858		D		D																											
Karolaine de Lima Dias	1657528		N					D		N																						

Nilceina Santana
Coordenadora de Enfermagem - IRB

D	DIURNO
N	NOTURNO
P	PLANTÃO 24 HRS

Francisca Alana A. Azevedo
Coordenadora de Enfermagem - HMFFL
Instituto Rosa Branca
COREN 780975



Prefeitura Municipal de
MONSENHOR TABOSA
Fazendo mais pela terra de todos nós.



HMFFL
Hospital e Maternidade
Francisquinha Farias Leitão
Monsenhor Tabosa-CE




INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO - OUTUBRO/2023

DATA		PROFISSIONAL	CH	PROFISSIONAL	CH	TOTAL DE HS	PRESCRITOR
01/10/2023	DOMINGO	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	
02/10/2023	SEGUNDA-FEIRA	VANESSA BEZZERA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
03/10/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEUI PARENTE	12 HS	ROMEUI PARENTE	12 HS	24 HS	
04/10/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		CARLOS EGBERTO	12 HS			12 HS	
05/10/2023	QUINTA-FEIRA	NOSLÉM MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
06/10/2023	SEXTA-FEIRA	JOSÉ SOARES	12 HS	JOSÉ SOARES	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
07/10/2023	SÁBADO	NOSLÉM MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
08/10/2023	DOMINGO	NOSLÉM MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	
09/10/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
10/10/2023	TERÇA-FEIRA	PAULO HENRIQUE	12 HS	PAULO HENRIQUE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
11/10/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		PAULO HENRIQUE	12 HS			12 HS	CARLOS EGBERTO
12/10/2023	QUINTA-FEIRA	NOSLÉM MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
13/10/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZZERA	12 HS	VANESSA BEZERRA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
14/10/2023	SÁBADO	ROMEUI PARENTE	12 HS	ROMEUI PARENTE	12 HS	24 HS	
15/10/2023	DOMINGO	ROMEUI PARENTE	12 HS	ROMEUI PARENTE	12 HS	24 HS	
16/10/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
17/10/2023	TERÇA-FEIRA	ROMEUI PARENTE	12 HS	ROMEUI PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
18/10/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		CARLOS EGBERTO	12 HS			12 HS	CARLOS EGBERTO
19/10/2023	QUINTA-FEIRA	NOSLÉN MENA	12 HS	NOSLÉN MENA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
20/10/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZZERA	12 HS	VANESSA BEZERRA	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
21/10/2023	SÁBADO	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	
22/10/2023	DOMINGO	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 RS	24 HS	
23/10/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
	TERÇA-FEIRA	ROMEUI PARENTE	12 HS	ROMEUI PARENTE	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO

25/10/2023	QUARTA-FEIRA	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
		PAULO HENRIQUE	12 HS			12 HS	CARLOS EGBERTO
26/10/2023	QUINTA-FEIRA	GLAUBER TORRES	12 HS	GLAUBER TORRES	12 HS	24 HS	
27/10/2023	SEXTA-FEIRA	VANESSA BEZZERA	12 HS	VANESSA BEZZERA	12 HS	24 HS	
28/10/2023	SÁBADO	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	
29/10/2023	DOMINGO	JOSIANO MACEDO	12 HS	JOSIANO MACEDO	12 HS	24 HS	
30/10/2023	SEGUNDA-FEIRA	CARLOS EGBERTO	12 HS	CARLOS EGBERTO	12 HS	24 HS	CARLOS EGBERTO
31/10/2023	TERÇA-FEIRA	NOSLÉM MENA	12 HS	VANESSA BEZZERA	12 HS		CARLOS EGBERTO


 Nildema Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO JSA BRANCA IRB




INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO - OUTUBRO/2023 - FARMÁCIA

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
	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
TAMARA DE MOURA RIBEIRO		D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D
JHONY GONÇALVES FREITAS		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
SANDRA OLIVEIRA PEREIRA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ANTONIO A. DOS SANTOS		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
JOSÉ ADAUTO DE M. JUNIOR	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

D – 07:00H ÀS 19:00H N – 19:00H ÀS 07:00H


Nilcélia Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – RADIOLOGIA OUTUBRO /2023

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	
	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	
MARIA RAQUEL MARTINS BARBOSA	P					P	P						P	P	P					P	P						P	P	P			
MATHEUS EMANUEL FERREIRA DE SOUZA				P	P			P			P	P						P	P			P			P	P						
CAMILLA DE OLIVEIRA SOARES		P	P							P	P					P	P						P	P							P	P

P – 08:00H ÀS 18:00H N - Á DISPOSIÇÃO SE NECESSÁRIO.

Nilcelha Santana
Nilcelha Santana
 Gerente Assistencial
 INSTITUTO ROSA BRANCA IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – MOTORISTA

OUTUBRO/2023

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
	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
ANTONIO HEMERSON DE MESQUITA											F	E	R	I	A	S															
LUIZ GOMES DO NASCIMENTO	P				P				P				P				P				P				P				P		
EMANUEL JARDEL COSTA ARAGÃO	P				P				P				P				P				P				P				P		
MARCIO FEITOSA DE SOUSA	P				P				P				P				P				P				P				P		
ISRAEL BISPO		P				P				P				P				P				P			P				P		
FRANCISCO JOSE N. DE MESQUITA.		P				P				P				P				P				P			P				P		
GERARDO SOUSA TORRES		P				P				P				P				P				P			P				P		
FRANCISCO CLEITON A. NASCIMENTO			P				P				P				P				P				P			P				P	
LUCIANO PERES DA SILVA			P				P				P				P				P				P			P				P	
JOSE RICARDO MARINHO			P				P				P				P				P				P			P				P	
MARCOS ANTÔNIO MARTINS DE SOUSA				P				P				P				P				P				P				P			
LEONIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA				P				P				P				P				P				P				P			
GLERISON LIMA SOUZA				P				P				P				P				P				P				P			

P – 24H 06:00H ÀS 06:00H

Ana Lúcia Gomes de Sousa
NIR - HMFFL
Instituto Rosa Branca

Nilceina Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRS



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz


HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – LAVANDERIA OUTUBRO/2023

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
	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
ANDREIA B. DOS SANTOS	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
LUZANIRA DE O. ALMEIDA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
MARIA ASSUNÇÃO A. R.		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARIA EDVANDA M. R.		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	

D – 07:00H ÀS 17:00HS


Maria das D. Barbosa de Souza
Coordenadora de Hotelaria - HMFLL
Instituto Rosa Branca


Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB




HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – ROUPARIA OUTUBRO/2023

	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
PROFISSIONAL	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
ELIZETE DA SILVA SAMPAIO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
ZIZEUDA SARAIVA BARROS	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D

D – 07:00H ÀS 19:00HS


Maria das D. Barbosa de Souza
Coordenadora de Hotelaria - HMFFL
Instituto Rosa Branca


Nilceia Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SERVIÇOS GERAIS OUTUBRO/2023

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	
	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	
ANTONIA DE MARIA MELO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
ISAQUE FERREIRA DA SILVA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARCELO FLOR UMBELINO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARIA MARLY RIBEIRO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
FRANCISCO GERRY CAMELO DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
JURACI ARAUJO DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

D- 07:00H ÀS 19:00H N - 19:00H ÀS 07:00H

Maria das D. Barbosa de Souza
Coordenadora de Hotelaria - HMFFL
Instituto Rosa Branca

Nilcelha Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – SERVIÇOS GERAIS

OUTUBRO/2023

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
	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
ANTONIA DE MARIA MELO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ISAUQUE FERREIRA DA SILVA	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
MARCELO FLOR UMBELINO	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
MARIA MARLY RIBEIRO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
FRANCISCO GERRY CAMELO DA SILVA		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
JOSE ALESSANDRO DE SOUSA NASCIMENTO		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
JURACI ARAUJO DA SILVA		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

D- 07:00H ÀS 19:00H N - 19:00H ÀS 07:00H

Maria das D. Barbosa de Souza
Coordenadora de Hotelaria - HMFFL
Instituto Rosa Branca

Nilceina Santana
Gerente Assistencial
INSTITUTO ROSA BRANCA



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

ESCALA DE SERVIÇO – COPA /COZINHA OUTUBRO-2023

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
	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	S	S	D	S	T	Q
ISRAELITA DOS S. ANJOS		D		D		D				D		D		D				D		D		D		D		D		D		D	
LEONICE SOUSA (FÉRIAS)		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D	
MARIA DO CARMO RODRIGUES	D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
ÂNGELA MARIA BARROS			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
MARIA GENI S. A. SANTIAGO	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
LUZIA RODRIGUES DUARTE		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
MARIA CRISANA ABREU	D						N	D					D		N	D						D				N		D		D	

D- 06:00H ÀS 18:00H N - 18:00H ÀS 06:00H

mf
Mônica Souto
NUTRICIONISTA
CRN:10133

Niicelia Santari
Gerente Assistente
INSTITUTO ROSA BRANCA



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Maria da Costa Nascimento		
Idade:		Data:	
E-mail:		Telefone:	

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Maris Ruziane de Moraes		
Idade:		Data:	31.07.23
E-mail:		Telefone:	

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: _____
 Idade: _____ Data: 31/07/2023
 E-mail: EverannySouza@gmail.com Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Satisfeita



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Suzane Magalhães
 Idade: 32 anos Data: 31/07/23
 E-mail: _____ Telefone: 96446446

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: ANTONIA DE MARIA ALVES DO NASCIMENTO
 Idade: 52 ANOS Data: 30/07/2023
 E-mail: ANTONIADEMARIA2423@GMAIL.COM Telefone: (88)996378176

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

ÓTIMO ATENDIMENTO COM RAPIDEZ DE TODOS
EM GERAL.



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Edite de Jesus Ferraz
 Idade: 74 anos Data: 30/07/23
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Smara da Silva Araújo*
Idade: *34* Data: *18/08/2023*
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

*O atendimento agora melhorou e um
e um mais alguma reclamação não
Por isso está sendo ótimo*



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Matheus Emanuel Ferreira de Souza*
Idade: *24 anos* Data: *15/08/2023*
E-mail: *matheusmanuel357@gmail.com* Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

não tenho reclamação a fazer





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antônia Martins Chaves
 Idade: _____ Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: ELVIS DE MELO SILVA
 Idade: 37 ANOS Data: 02/08/23
 E-mail: elvis.tabosa@gmail.com Telefone: 88 997405552

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Luana Caroline C. dos Santos

Idade: 31 Data: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antonio Jaime Sousa Nascimento

Idade: 22 Data: 07/08/2023

E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antonio Adriano dos Santos
 Idade: _____ Data: 03/08/23
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Maria Vanda P. Lourenço
 Idade: 51 anos Data: 03-08-23
 E-mail: Mariavanda2009@gmail.com Telefone: 84596992586

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: MARCOS ANTONIO SANTOS DA SILVA
 Idade: 13 Data: 03/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
 Saúde é assim que se faz

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Mario Souza Ferreira de Araújo
 Idade: 28 Data: 03/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
 Saúde é assim que se faz



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: José Raul Felipe de Araújo
 Idade: 44 Data: 31/07/2023
 E-mail: renefelipe@hotmail.com Telefone: (88) 988431110

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Juliana Barbosa de Melo Farias
 Idade: 35 Data: _____
 E-mail: --- Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Eliete de Sousa		
Idade:	44 anos.	Data:	30/07/2023
E-mail:	Telefone:		

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Roberto Carlos Lima Ribeiro		
Idade:	43	Data:	29/07
E-mail:	Telefone:		

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Antonia de maria nelo de costa		
Idade:	28	Data:	
E-mail:		Telefone:	

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Andreza Maria da Silva		
Idade:	30	Data:	30/04/2023
E-mail:		Telefone:	993815198

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

o atendimento foi ótimo!





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Adão Jônatas da Silva Souza
 Idade: 32 anos Data: 31/07/2023
 E-mail: adaooff2@hotmail.com Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Sempre manter um padrão estabelecido pois a atenção com o paciente é essencial para uma reabilitação plena e satisfatória.
PARABENS PELA FUNCIONALIDADE DO SISTEMA.



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Roberta Costa
 Idade: 33 anos Data: 30/07/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Heidemaria B. Lima Monteiro
 Idade: _____ Data: 01/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Maria Betânia Borges de Lima
 Idade: _____ Data: 01/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Antonio Atila Araújo Brasilante*
 Idade: *37 anos* Data: *31.07.23*
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Wera Lucia de Lima Andrade*
 Idade: _____ Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: FRANCISGO COELHO DE SOUSA
Idade: Data: 31.07.23
E-mail: Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Adriano Francisco de Sousa Brito
Idade: 31 Data:
E-mail: adriano@ig.com.br Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Localização Bombardeiro de Pires
Grato e Uau



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

OPCIONAL)

Nome: Neus Emerson Ferreira de Souza
 Data: 20/12/2023
 Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendaria a unidade?	(X) SIM		() NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Anderson Emelley Gomes Andrade
 Idade: 18 anos Data: _____
 E-mail: Emelleyandrade@gmail.com Telefone: (86)9.9987-9577

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Isabelle Gomes da Silva		
Idade:		Data:	
E-mail:		Telefone:	

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	m: Auxiliadora Monteiro Farias		
Idade:	68	Data:	30/07/2023
E-mail:		Telefone:	

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 – MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: ANTONIO MARLO BARBOZA DOMINGOS
 Idade: 29,2 Data: 31/07/2023
 E-mail: _____ Telefone: (85) 9.99906625

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

QUE NÃO DEIXE O TRABALHO COM
O TEMPO CLAR E QUALIDADE, SO
MELHORAR. PARABENS



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 – MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Daniela da Rosemelo Azevedo
 Idade: 27 Data: 05/08/23
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Ana Kátia dos Santos Silva*
 Idade: *20 anos* Data: *30/10/2023*
 E-mail: _____ Telefone: *(88) 999992780*

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

O atendimento poderia ser mais rápido.



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Maria Diana Mesquita de Sousa*
 Idade: *42* Data: *29/10/23*
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Qualquer complicação é necessário ter assistência, com melhorias nas ambulâncias. Zeligunfo calor e preparo e espaço dentro.





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Gerliane Costa da Conceição
 Idade: 30 anos Data: 31/07/2023
 E-mail: GerlianeC16@gmail.com.br Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Atendimento bom, limpeza e organização ótima



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Gerliane Costa da Conceição
 Idade: 34 Data: 29/08/23
 E-mail: Telefone:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

EXCELENTE!





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Colanina Lima*
Idade: *30.00* Data: *30.07.2023*
E-mail: _____ Telefone: *99063485*

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

mais de duas horas esperando e não foi atendida.



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Emilda B. Mesquita*
Idade: *47* Data: *11-10-75*
E-mail: *Emilda12@hotmail.com* Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Pessoas passando a frente de pessoas mais graves. Simplesmente para pegar receita azul.





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: SEM IDENTIFICAÇÃO
 Idade: _____ Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	0 Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

MAIS LIMPEZA NOS VESTIOS,
 UM POUCO DE SAL E AÇÚCAR NA
 COMIDA DOS ACOMPANHANTES.
 ÓTIMOS PROFISSIONAIS E ATENDIMENTO.



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS FROTA ALMEIDA
 Idade: 72 Data: 31/07/23
 E-mail: FROTAALMEIDA.MT@Gmail.com Telefone: 88999653125

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	10 Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Continuar com o bom
 atendimento.
 PARABENS AO SEC. DE SAÚDE





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Ana Cláudia da Silva Oliveira Almeida*
 Idade: *31 anos* Data: *23/08/2013*
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Ótimo atendimento!



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Francisco Ricardo da Silva Junior*
 Idade: *35* Data: *24/09/2013*
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: ANTÔNIO ERICA TORRES ALENCAR
 Idade: 22 ANOS Data: _____
 E-mail: ERICATORRES1181746@bmm.com Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Alencar
 Idade: _____ Data: 21/08
 E-mail: _____ Telefone: (21) 98064-0121

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antonio Kleber Mariano de Araújo
 Idade: 45 Data: 23/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral					
10	Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Tudo Bom!



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Robson E. de Oliveira
 Idade: 37 Data: 24-08-23
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral					
10	Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Tudo Bom!





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antonia Carmilda Mariano Araujo
Idade: 36 Data: 29.08.2023
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Monica Queiroz
Idade: _____ Data: 29/8/23
E-mail: monicaferrey@gmail.com Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Yolain Neves Rodrigues
 Idade: 36 anos Data: 24/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

invite elevar o atendimento
do médico
ja tá meio esperando bastante



INSTITUTO ROSA BRANCA
 Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: marilda conceição casta pereira
 Idade: 57 Data: 23/8/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
 Saúde é assim que se faz



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Emanuelle Mendes Ribeiro Batista
 Idade: 28 anos Data: 25/08/2013
 E-mail: le-mendes@hotmail.com Telefone: 85 996903397

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Continuem sempre buscando o melhor para atender a população. Nada a reclamar.



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: ANDERSON
 Idade: 28 anos Data: 25/08/2013
 E-mail: le-mendes@hotmail.com Telefone: 85 996903397

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Continuem sempre buscando o melhor para atender a população. Nada a reclamar.





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Rodrigo Rodrigues de Almeida		
Idade:	26 ANOS	Data:	13/08/23
E-mail:	OFF	Telefone:	889965061

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antônio Tereza Soares
 Idade: 34 Data: 03/04/23
 E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antônio Tereza Soares
 Idade: _____ Data: 03/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 – MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Antônio Tuxedo Soares*

Idade: *34* Data: *13/04/23*

E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 – MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Antônio Tuxedo Soares*

Idade: _____ Data: *05/08/2023*

E-mail: _____ Telefone: _____

AValiação DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Antônio Gomes da Silva		
Idade:	43	Data:	14/08/2023
E-mail:		Telefone:	(88) 981434239

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome:	Jose B. Zerrudo Nascimento		
Idade:		Data:	
E-mail:		Telefone:	

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antônio Nunes
Idade: 57 anos Data: 14/08/2023
E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Francisco Lucas Araújo da Silva
Idade: 23 Data: 14/08
E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Fico Cliton Furtos Mayulho
 Idade: 31 Data: 14.08.23
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	(X) SIM		(-) NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Suan Pyetue Rodrigues Mesquita
 Idade: 9 meses Data: 25/06/2014
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	(X) SIM		(-) NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Dgor Alves Fernandes
 Idade: 25 Data: 05/08/23
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Mariana Brenda Alves Torres
 Idade: 49 Data: 05/08/23
 E-mail: _____ Telefone: 85 999288998

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Esta ótima!





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 – MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Valdineia da Silva Azevedo
 Idade: 35 Anos Data: 08/08/23
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 – MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Graziele Feitosa Gonçalves
 Idade: 21 Data: 06/08/23
 E-mail: _____ Telefone: (85) 99813-9016

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Carla Obadina Ribeiro dos Santos
 Idade: 18 Data: 12/08/2023
 E-mail: Bycardinhast@gmail.com Telefone: 88997464430

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Micaías de Sousa Junior
 Idade: 23 Data: 13/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Estou tudo ótimo





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Fabio Raymundo Gomes Rodryg
 Idade: Cachueira do Peixe Data: _____
 E-mail: _____ Telefone: (88)997136039

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

na linha



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Madalena Souza Frezza
 Idade: 62 anos Data: 12/02/20
 E-mail: _____ Telefone: 21)97062-013

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antônia Alves do Nascimento
 Idade: 55 Data: 16/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Maria Auxiliadora Silva Andrade
 Idade: 74 Anos Data: 19
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: _____
 Idade: _____ Data: 31/08/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
 Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
 RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Antonio Sampaio de A. Filho
 Idade: 39 Data: 29/08/23
 E-mail: Sampaio.filho@igol.com Telefone: (88) 948180

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Parabéns estar feliz
 pelo atendimento.



INSTITUTO ROSA BRANCA
 Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: _____
 Idade: _____ Data: 02/09/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: _____
 Idade: _____ Data: 02.09.2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Isidoro Moura de Abreu Junior
Idade: 19 anos Data: 31.08.23
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Briliana Melo
Idade: 27 Data: 01.09.23
E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: _____
 Idade: _____ Data: 04/09/1
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: *Lotiz de Oliveira Sousa*
 Idade: 22 Data: 04/09/2023
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?





INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Evani
 Idade: _____ Data: 13/09/23
 e-mail: _____ Telefone: _____

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

gestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?

Atendimento o médico Gilberto
muito ótimo 10.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



INSTITUTO ROSA BRANCA
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO
RUA PESSOA PIRES, 03 - MONSENHOR TABOSA/CE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Fláudio de m chaves
 Idade: _____ Data: _____
 e-mail: _____ Telefone: _____

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

gestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Maria de Fátima Lima
 Idade: 69 anos Data: 07.09.23
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	AVALIAÇÃO				
		Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		
10	Você recomendaria a unidade?					

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Camila Rodrigues de Mascimeta
 Idade: 32 Data: 29/07
 E-mail: _____ Telefone: _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Nº	ITEM	AVALIAÇÃO				
		Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Alimentação fornecida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		
10	Você recomendaria a unidade?					

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Marcelino Almeida
 Idade: 30 anos Data:
 E-mail: Telefone: 999335860

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)

Nome: Mariza Fousenilda Almeida Mesquita
 Idade: 59 Data: 27/09/23
 E-mail: Telefone:

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

Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?



LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Unidade : HMFFL

Período de 01-08-2023 a 31-08-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
2023 0107208	MARIA NEODEMIA ALVES SOARES	22/04/1944	F	24		ERLANGIA	8,67
2023 0107209	MARIA DE JESUS FARIAS GOMES PLA, GLI, HBAIC, K, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , NA, TGO, TGP, AUR, URE AI, GGT, URI	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	154,47
2023 0107210	JOSE DA COSTA FEITOSA PLA, COAGU, GLI, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, AUR, URE, CRE URI	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	139,51
2023 0107290	VALDECI DE MESQUITA PLA, COAGU, K, NA, TGO, TGP, URE, CRE, URI	27/11/1970	M	24		ERLANGIA	83,99
2023 0107292	REBECA CAVALCANTE MARQUES PLA, GLI, COL, TRI, PCRUS	21/01/2021	F	24		ERLANGIA	48,61
2023 0107361	VALDECI DE MESQUITA	27/11/1970	M	24		ERLANGIA	26,87
2023 0107408	MARIA DAS GRAÇAS SAMPAIO PLA, GLI, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS	25/04/1949	F	24		ERLANGIA	97,80
2023 0107436	RAIMUNDA AMBROSIO DE SOUZA PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	45,0
2023 0107437	JOSE ALVES DO NASCIMENTO PLA, GLI, CRE, PCRUS	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	39,3
2023 0107464	ISIS VALENTINA LEITAO DAMASCENO URE, CRE, PCRUS	13/12/2018	F	24		ERLANGIA	30,
2023 0107510	ELISANGELA FERREIRA DA COSTA SANTIAGO PLA	31/07/1986	M	24		ERLANGIA	16
2023 0107527	MARIA CECILIA SILVA NASCIMENTO PLA, PCRUS	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	24
2023 0107547	FABIANA PAULINO RODRIGUES GSRH, PLA, COAGU	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	4
2023 0107548	LINDAURA VIEIRA SILVA PLA, GLI, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, URI	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	
2023 0107603	JOSE DE SOUSA VHS, PLA, URE, CRE, PCRUS	18/09/1943	M	24		ERLANGIA	

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
CNPJ: 35215011000254
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HMFFL
Unidade: TODOS
Local: TODOS
Seção: TODOS
Destino: TODOS
Período de 01/08/2023 à 31/08/2023

PG.2

Código	Exame	Descrição	QTD	v. Unit	v. Total
Paciente(s): 26					
Exame(s): 182					
Valor Total: R\$ 1.479,71					

LATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

io : HMFFL

Periodo de 01-08-2023 a 31-08-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
23 0107628	RAIMUNDO GONÇALVES DA SILVA A, GLI, CRE, URI	22/10/1945	M	24		ERLANGIA	38,36
23 0107659	ESTER TORRES CASTRO A, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	53,75
23 0107660	GERALDO ALVES DE MELO A, TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS	13/08/1928	M	24		ERLANGIA	53,18
23 0107670	IZABELE SOUSA DE MESQUITA	09/06/2005	F	24		Miriam Teixe	8,67
23 0107679	RAIMUNDO GONÇALVES DA SILVA IS, PLA	22/10/1945	M	24		ERLANGIA	22,76
23 0107694	ANTONIO CARLOS LIMA PEREIRA IS, TGO, TGP, URE, CRE	24/01/2001	M	24		ERLANGIA	43,09
23 0107729	ANA KATIA DE FREITAS SOUSA LA, GLI, HBA1C, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, LDH	30/11/1987	F	24		ERLANGIA	128,21
23 0107730	JOSE RODRIGUES DE MELO LA, GLI, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS	28/10/1963	M	24		ERLANGIA	107,4
23 0107737	LUIZ DAVI MELO CAPISTRANO HS, PLA, URE, CRE, PCRUS, URI	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	53,
23 0107749	EDITE TORRES DOS SANTOS HS, URE, CRE, PCRUS, URI	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	45
23 0107750	ANTONIO CARLOS LIMA PEREIRA	24/01/2001	M	24		ERLANGIA	21

o Estatístico

o de Pacientes Listados (N): 26

o de Exames Efetuados (E): 182

Total Faturado (V): R\$ 1.479,71

Total CH (C): R\$ 1.479,71

Relacao E/N: 7,00

Relacao V/N: 56,91

Relacao V/E: 8,13

Relacao C/N: 56

Relacao C/E: 8

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

CNPJ: 35215011000254

ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS

Convênio: HMFFL

Unidade: TODOS

Local: TODOS

Seção: TODOS

Estimativo: TODOS

Período de 01/08/2023 à 31/08/2023

PG.1

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	22	8,11	178,42
	PLA	CONTAGEM DE PLAQUETAS	19	8,03	152,57
	CRE	CREATININA	17	6,77	115,09
	URE	UREIA	15	6,71	100,65
	PCRUS	PCR ULTRA SENSIVEL	13	8,68	112,84
	GLI	GLICOSE JEJUM	11	6,78	74,58
	URI	URINA TIPO I	10	8,67	86,70
	TGP	TRANSAMINASE PIRUVICA (TG	9	7,44	66,96
	TGO	TRANSAMINASE OXALOACETICA	9	7,44	66,96
	TRI	TRIGLICERIDEOS	7	10,18	71,26
	COL	COLESTEROL TOTAL	7	6,83	47,81
	VLDL	COLESTEROL VLDL	6	6,83	40,98
	LDL	COLESTEROL LDL	6	6,83	40,98
	HDL	COLESTEROL HDL	6	7,17	43,02
	VHS	HEMOSEDIMENTAÇÃO - VHS	5	6,62	33,10
	COAGU	COAGULOGRAMA	3	15,27	45,81
	BIL	BILIRRUBINA TOTAL E FRACO	3	9,64	28,92
	K	POTASSIO	2	7,77	15,54
	NA	SODIO	2	7,78	15,56
	AUR	ACIDO URICO	2	7,13	14,26
	HBA1C	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	2	18,51	37,02
	BA2	BAAR - ACID. RES. 2AMOSTR	1	25,53	25,53
	CULOS	CULTURA + ANTIBIOGRAMA	1	26,87	26,87
	GGT	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE	1	8,35	8,35
	AMI	AMILASE	1	7,14	7,14
	LDH	DESIDROGENASE LACTICA	1	11,01	11,01
	GSRH	GRUPO SANGUINEO ABO/RH	1	11,78	11,78

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
NPJ: 35215011000254
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HMFFL
Unidade: TODOS
Local: TODOS
Seção: TODOS
Destino: TODOS
Período de 01/08/2023 à 31/08/2023

PG.1

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	22	8,11	178,42
	PLA	CONTAGEM DE PLAQUETAS	19	8,03	152,57
	CRE	CREATININA	17	6,77	115,09
	URE	UREIA	15	6,71	100,65
	PCRUS	PCR ULTRA SENSIVEL	13	8,68	112,84
	GLI	GLICOSE JEJUM	11	6,78	74,58
	URI	URINA TIPO I	10	8,67	86,70
	TGP	TRANSAMINASE PIRUVICA (TG	9	7,44	66,96
	TGO	TRANSAMINASE OXALOACETICA	9	7,44	66,96
	TRI	TRIGLICERIDEOS	7	10,18	71,26
	COL	COLESTEROL TOTAL	7	6,83	47,81
	VLDL	COLESTEROL VLDL	6	6,83	40,98
	LDL	COLESTEROL LDL	6	6,83	40,98
	HDL	COLESTEROL HDL	6	7,17	43,02
	VHS	HEMOSSEDIMENTAÇÃO - VHS	5	6,62	33,10
	COAGU	COAGULOGRAMA	3	15,27	45,81
	BIL	BILIRRUBINA TOTAL E FRACO	3	9,64	28,92
	K	POTASSIO	2	7,77	15,54
	NA	SODIO	2	7,78	15,56
	AUR	ACIDO URICO	2	7,13	14,26
	HBA1C	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	2	18,51	37,02
	BA2	BAAR - ACID. RES. 2AMOSTR	1	25,53	25,53
	CULOS	CULTURA + ANTIBIOGRAMA	1	26,87	26,87
	GGT	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE	1	8,35	8,35
	AMI	AMILASE	1	7,14	7,14
	LDH	DESIDROGENASE LACTICA	1	11,01	11,01
	GSRH	GRUPO SANGUINEO ABO/RH	1	11,78	11,78

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
CNPJ: 35215011000254
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HMFFL
Unidade:TODOS
Local:TODOS
Seção:TODOS
Destino:TODOS
Período de 01/08/2023 à 31/08/2023

PG.2

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
Paciente(s) :26					
Exame(s) :182					
Valor Total:R\$ 1.479,71					

ORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

: HMFFL

Período de 01-08-2023 a 31-08-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
0107208	MARIA NEODEMIA ALVES SOARES	22/04/1944	F	24		ERLANGIA	8,67
0107209	MARIA DE JESUS FARIAS GOMES GLI, HBAIC, K, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , NA, TGO, TGP, AUR, URE ET, URI	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	154,47
0107210	JOSE DA COSTA FEITOSA COAGU, GLI, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, AUR, URE, CRE	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	138,51
0107290	VALDECI DE MESQUITA AGU, K, NA, TGO, TGP, URE, CRE, URI	27/11/1970	M	24		ERLANGIA	83,99
0107292	REBECA CAVALCANTE MARQUES LI, COL, TRI, PCRUS	21/01/2021	F	24		ERLANGIA	48,61
0107361	VALDECI DE MESQUITA	27/11/1970	M	24		ERLANGIA	26,87
0107408	MARIA DAS GRAÇAS SAMPAIO I, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS	25/04/1949	F	24		ERLANGIA	97,80
0107436	RAIMUNDA AMBROSIO DE SOUZA GLI, URE, CRE, PCRUS	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	45,08
0107437	JOSE ALVES DO NASCIMENTO I, CRE, PCRUS	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	38,37
0107464	ISIS VALENTINA LEITAO DAMASCENO RE, PCRUS	13/12/2018	F	24		ERLANGIA	30,27
0107510	ELISANGELA FERREIRA DA COSTA SANTIAGO	31/07/1986	M	24		ERLANGIA	16,14
0107527	MARIA CECILIA SILVA NASCIMENTO CRUS	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	24,82
0107547	FABIANA PAULINO RODRIGUES A, COAGU	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	43,19
0107548	LINDAURA VIEIRA SILVA COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, URI	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	97,79
0107603	JOSE DE SOUSA A, URE, CRE, PCRUS	18/09/1943	M	24		ERLANGIA	44,92

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Evento : HMFFL

Periodo de 01-08-2023 a 31-08-2023

Idade	Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Tc
08/2023	0107628	RAIMUNDO GONÇALVES DA SILVA	22/10/1945	M	24		ERLANGIA	31
MO, PLA, GLI, CRE, URI								
08/2023	0107659	ESTER TORRES CASTRO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	5
MO, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI								
08/2023	0107660	GERALDO ALVES DE MELO	13/08/1928	M	24		ERLANGIA	
MO, PLA, TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS								
08/2023	0107670	IZABELE SOUSA DE MESQUITA	09/06/2005	F	24		Miriam Teixeira	
:								
08/2023	0107679	RAIMUNDO GONÇALVES DA SILVA	22/10/1945	M	24		ERLANGIA	
MO, VHS, PLA								
08/2023	0107694	ANTONIO CARLOS LIMA PEREIRA	24/01/2001	M	24		ERLANGIA	
MO, VHS, TGO, TGP, URE, CRE								
08/2023	0107729	ANA KATIA DE FREITAS SOUSA	30/11/1987	F	24		ERLANGIA	
MO, PLA, GLI, HBAIC, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, LDH								
08/2023	0107730	JOSE RODRIGUES DE MELO	28/10/1963	M	24		ERLANGIA	
MO, PLA, GLI, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS								
08/2023	0107737	LUIZ DAVI MELO CAPISTRANO	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	
MO, VHS, PLA, URE, CRE, PCRUS, URI								
1/08/2023	0107749	EDITE TORRES DOS SANTOS	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	
MO, VHS, URE, CRE, PCRUS, URI								
1/08/2023	0107750	ANTONIO CARLOS LIMA PEREIRA	24/01/2001	M	24		ERLANGIA	
MO, VHS, PLA								

Resumo Estatístico

Numero de Pacientes Listados (N) : 26

Numero de Exames Efetuados (E) : 182

Valor Total Faturado (V) : R\$ 1.479,71

Valor Total CH (C) : R\$ 1.479,71

Relacao E/N: 7,00

Relacao V/N: 56,91

Relacao V/E: 8,13

Relacao C/N

Relacao C/V

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
CNPJ: 35215011000254
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HMFFL
Unidade:TODOS
Local:TODOS
Seção:TODOS
Destino:TODOS
Período de 01/09/2023 à 30/09/2023

PG.2

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
Paciente(s) :36					
Exame(s) :188					
Valor Total:R\$ 1.536,04					

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
CNPJ: 35215011000254
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HMFFL
Unidade: TODOS
Local: TODOS
Seção: TODOS
Destino: TODOS
Período de 01/09/2023 à 30/09/2023

PG.1

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	27	8,11	218,97
	PLA	CONTAGEM DE PLAQUETAS	20	8,03	160,60
	CRE	CREATININA	20	6,77	135,40
	URE	UREIA	19	6,71	127,49
	URI	URINA TIPO I	19	8,67	164,73
	PCRUS	PCR ULTRA SENSIVEL	15	8,68	130,20
	TGP	TRANSAMINASE PIRUVICA (TG	11	7,44	81,84
	TGO	TRANSAMINASE OXALOACETICA	11	7,44	81,84
	GLI	GLICOSE JEJUM	10	6,78	67,80
	VHS	HEMOSSEDIMENTAÇÃO - VHS	9	6,62	59,58
	LIPAS	LIPASE	2	20,00	40,00
	VLDL	COLESTEROL VLDL	2	6,83	13,66
	TRI	TRIGLICERIDEOS	2	10,18	20,36
	LDL	COLESTEROL LDL	2	6,83	13,66
	HDL	COLESTEROL HDL	2	7,17	14,34
	COL	COLESTEROL TOTAL	2	6,83	13,66
	COAGU	COAGULOGRAMA	2	15,27	30,54
	BIL	BILIRRUBINA TOTAL E FRACO	2	9,64	19,28
	K	POTASSIO	2	7,77	15,54
	BA2	BAAR - ACID. RES. 2AMOSTR	2	25,53	51,06
	AMI	AMILASE	1	7,14	7,14
	NA	SODIO	1	7,78	7,78
	AUR	ACIDO URICO	1	7,13	7,13
	CULB	CULT 2o. JATO URINARIO	1	29,96	29,96
	CAL	CALCIO	1	8,35	8,35
	ALB	ALBUMINA	1	7,13	7,13
	MAG	MAGNESIO	1	8,00	8,00

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Convenio : HMFFL

Periodo de 14-10-2023 a 14-11-2023

Id	Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	To
----	--------	----------	---------	---	----------	----------	---------	----

Resumo Estatístico

Numero de Pacientes Listados	(N): 31							
Numero de Exames Efetuados	(E): 171				Relacao E/N:	5,52		
Valor Total Faturado	(V): R\$ 1.351,13				Relacao V/N:	43,58	Relacao C/N:	43,58
Valor Total CH	(C): R\$ 1.351,13				Relacao V/E:	7,90	Relacao C/E:	7,90

ATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

io : HMFFL

Periodo de 14-10-2023 a 14-11-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
23	0108771 MARIA ROSA AMBROSIO DE MELO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	44,92
	PLA, URE, CRE, PCRUS						
23	0108772 ANA KELLY LOPES DE SOUSA	05/04/1985	M	24		ERLANGIA	52,92
	GLI, TGO, TGP, CRE, GGT						
23	0108775 MARIA VITORIA DE ANDRADE DE ANDRADE	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	62,81
	BIL, TGO, TGP, URE, CRE, URI						
23	0108776 TEREZA ALVES DO NASCIMENTO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	60,37
	S, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI						
23	0108842 RAFAELA FEITOSA DA SILVA	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	53,98
	A, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI,						
23	0108843 MARLON GABRIEL DE SOUSA DOS ANJOS	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	24,82
	LA, PCRUS						
23	0108845 MARIA AMBROSIO DE MELO	25/07/1971	F	24		ERLANGIA	38,29
	LA, URE, CRE, URI						
23	0108847 JOSE MARTINS DOS SANTOS	16/12/1939	M	24		Miriam Teixe	54,32
	LA, URE, CRE, PCRUS, ASO, URI						
23	0108848 ANA KELLY L. DE SOUSA	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	8,67
23	0108854 ANTONIA F. FEITOSA MORAIS	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	66,78
	LA, GLI, TGO, TGP, COL, URE, CRE, URI						
23	0108856 JOSE VALZENIR DE FREITAS SOUSA	14/11/2023	M	24		Miriam Teixe	31,59
	PLA, GLI, URI						
23	0108866 JOAO MIGUEL SOUSA COSTA	21/05/2019	M	24		ERLANGIA	31,44
	VHS, PLA, PCRUS						
23	0108867 ITALO RODRIGUES PEREIRA	27/09/2021	M	24		ERLANGIA	24,82
	PLA, PCRUS						
23	0108955 ANA LIVIA DE SOUSA FLOR	28/04/2017	F	24		ERLANGIA	48,40
	VHS, PLA, GLI, TRI, PCRUS						
23	0108979 CLAUDINEIDE ALMEIDA MELO	20/07/1968	F	24		ERLANGIA	62,33
	PLA, COAGU, GLI, COL, TRI, AUR						

	Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
23	0107773	ANTONIO CARLOS LIMA PEREIRA S, PLA, URE, CRE, URI	24/01/2001	M	24		ERLANGIA	44,91
23	0107774	FRANCISCO JOVITA DE FREITAS MS, PLA, GLI, TGO, TGP, URE, CRE, BA2, URI	28/01/1953	M	24		ERLANGIA	92,10
23	0107775	GERALDO ALVES DE MELO A, URE, CRE, PCRUS	13/08/1928	M	24		ERLANGIA	38,30
23	0107800	ANA LIZ DOS SANTOS RUS, URI	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	25,46
23	0107818	JESSYCA LAYS FERREIRA DE OLIVEIRA A, PCRUS	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	24,82
23	0107841	ANA LIZ SANTOS I	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	38,63
23	0107865	JESSYCA LAYS FERREIRA OLIVEIRA PLA	18/05/1996	F	24		ERLANGIA	16,14
23	0107868	ANA GONÇALVES DE SOUSA A, COAGU, URE, CRE	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	44,89
23	0107908	MANUEL BEZERRA CAPISTRANO COAGU, GLI, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, AUR, URE, CRE	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	103,49
23	0107909	MARIANA EDUARDA PESSOA DE SOUSA	20/04/2006	F	24		ERLANGIA	8,67
23	0107912	ANA LUCIA GOMES DE SOUSA	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	8,67
23	0107925	MANOEL BEZERRA CAPISTRANO K, NA, LIPAS, AMI, PCRUS	14/11/2023	M	24		Miriam Teixe	61,0
23	0107979	RAFAELY BARBOSA DOS SANTOS A, URI	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	24,0
23	0107980	MANOEL BEZERRA CAPISTRANO	31/12/1969	M	24		Miriam Teixe	20,0
23	0107985	GONÇALO VIEIRA DE SOUSA MS, TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS	28/02/1936	M	24		ERLANGIA	51,0
23	0107989	FRANCISCO COELHO DE SOUSA	28/08/1970	M	24		ERLANGIA	5,0

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Unidade : HMFFL

Período de 01-09-2023 a 30-09-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
VHS, TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS							
2023 0108004	ANTONIA EULA TEIXEIRA SOARES	04/03/1972	F	24		ERLANGIA	89,12
PLA, GLI, COL, HDL, LDL, VLDL, TRI, TGO, TGP, URE, CRE							
2023 0108005	ALEXANDRE DA LUZ SAMPAIO	12/07/1984	M	24		ERLANGIA	53,59
VHS, PLA, URE, CRE, PCRUS, URI							
2023 0108027	FRANCISCA DE SOUSA RIBEIRO	15/05/1967	M	24		ERLANGIA	47,37
PLA, BIL, TGO, TGP, URE							
2023 0108028	ANTONIO MENDES DE SOUZA	04/12/1942	M	24		ERLANGIA	66,57
VHS, PLA, GLI, TGO, TGP, URE, CRE, URI							
2023 0108093	FRANCISCO ADRIAN MELO DE ALENCAR	13/11/2020	M	24		ERLANGIA	75,25
VHS, PLA, GLI, TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS, URI							
2023 0108094	FRANCISCO MARTINS SILVA	04/12/1947	M	24		ERLANGIA	51,28
PLA, GLI, TGO, TGP, URE, CRE							
2023 0108095	ENIO VERAS DE ARAUJO	04/06/1993	M	24		ERLANGIA	58,55
VHS, GLI, TGO, TGP, URE, CRE, PCRUS							
2023 0108113	JOSE LOPES DO NASCIMENTO	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	38,36
PLA, GLI, CRE, URI							
2023 0108114	MAYA SILVA LAMEU	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	33,49
PLA, PCRUS, URI							
2023 0108115	ANTONIO SANTOS DE SOUZA	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	53,75
PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI							
2023 0108116	SAMUEL PIMNETA DOS SANTOS	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	61,90
PLA, GLI, TGO, TGP, CRE, PCRUS, URI							
2023 0108117	DAVID MACEDO BARBOSA	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	38,90
URE, CRE, PCRUS, URI							
2023 0108132	BERNARDO DA ROCHA QUEIROZ	07/05/2021	M	24		ERLANGIA	25,00
PCRUS, URI							
2023 0108155	MARIA DE LOURDES BATISTA DO NASCIMENTO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	38,00
PLA, URE, CRE, URI							
2023 0108156	ALZIRA DA COSTA NASCIMENTO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	36,00
MAG, URE, CRE, ALB							

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Unidade : HMFFL

Período de 01-09-2023 a 30-09-2023

Código	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
023 0108200	ALZIRA DA COSTA NASCIMENTO	11/02/1941	F	24		ERLANGIA	7,77
023 0108210	FRANCISCA DE SOUSA LIMA IS, PLA, URE, CRE, PCRUS	23/09/1945	F	24		ERLANGIA	44,92
023 0108211	TAINARA PEREIRA LA, URI	11/06/2010	F	24		ERLANGIA	24,81
023 0108212	LADISLAU FARIAS BARROSO	08/11/1945	M	24		ERLANGIA	25,53
023 0108224	GONCALO RODRIGUES MACEDO	05/09/1931	M	24		ERLANGIA	8,67

Resumo Estatístico

Número de Pacientes Listados (N): 36

Número de Exames Efetuados (E): 188

Total Faturado (V): R\$ 1.536,04

Total CH (C): R\$ 1.536,04

Relação E/N: 5,22

Relação V/N: 42,67

Relação V/E: 8,17

Relação C/N: 42,67

Relação C/E: 8,17

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIO

CONVÊNIO: HMFFL

UNIDADE: TODOS

PERIODO DE 01/10/2023 A 31/10/2023

Código	Exame	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
	BAA	BAAR - ACID. RES.	1	25,58	25,58
	BHCG	B-HCG	1	19,98	19,98
	BIL	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	3	9,64	28,92
	COAGU	COAGULOGRAMA	2	15,27	30,54
	COL	COLESTEROL TOTAL	3	6,83	20,49
	CRE	CREATININA	27	6,77	182,79
	CULB	CULT 2o. JATO URINARIO	1	29,96	29,96
	GGT	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE - GGT	1	8,35	8,35
	GLI	GLICOSE JEJUM	16	6,78	108,48
	HBA1C	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1	18,51	18,51
	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	35	8,11	283,85
	K	POTASSIO	1	7,77	7,77
	NA	SODIO	1	7,78	7,78
	PCRUS	PCR ULTRA SENSIVEL	23	8,68	199,64
	PLA	CONTAGEM DE PLAQUETAS	27	8,03	216,81
	TGO	TRANSAMINASE OXALOACETICA (TGO/AST)	6	7,44	44,64
	TGP	TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP/ALT)	6	7,44	44,64
	URE	UREIA	27	6,71	181,17
	URI	URINA TIPO I	25	8,67	216,75
	VHS	HEMOSEDIMENTAÇÃO - VHS	11	6,62	72,82
	HDL	HDL - COLESTEROL HDL	2	7,17	14,34
	LDL	LDL - COLESTEROL LDL	2	6,83	13,66
	VLDL	VLDL - COLESTEROL VLDL	2	6,83	13,66
	TRI	TRI - TRIGLICERIDEOS	2	10,18	20,36
Total de Exames: 226				Total: R\$ 1.811	

LABORATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Convênio : HMFFL

Período de 14-10-2023 a 14-11-2023

Id	Código Paciente	Dt.Nasc	S	Convênio	Telefone	Usuário	To
<u>Sumo Estatístico</u>							
Número de Pacientes Listados (N): 31							
Número de Exames Efetuados (E): 171							
Valor Total Faturado (V): R\$ 1.351,13							
Valor Total CH (C): R\$ 1.351,13							
				Relação E/N:	5,52		
				Relação V/N:	43,58	Relação C/N:	43,5
				Relação V/E:	7,90	Relação C/E:	7,9

ATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

io : HMFFL

Periodo de 14-10-2023 a 14-11-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
E, CRE, URI							
23 0108771	MARIA ROSA AMBROSIO DE MELO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	44,92
S, PLA, URE, CRE, PCRUS							
23 0108772	ANA KELLY LOPES DE SOUSA	05/04/1985	M	24		ERLANGIA	52,92
A, GLI, TGO, TGP, CRE, GGT							
23 0108775	MARIA VITORIA DE ANDRADE DE ANDRADE	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	62,81
LA, BIL, TGO, TGP, URE, CRE, URI							
023 0108776	TEREZA ALVES DO NASCIMENTO	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	60,37
HS, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI							
023 0108842	RAFAELA FEITOSA DA SILVA	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	53,98
LA, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI,							
023 0108843	MARLON GABRIEL DE SOUSA DOS ANJOS	14/11/2023	M	24		ERLANGIA	24,82
PLA, PCRUS							
2023 0108845	MARIA AMBROSIO DE MELO	25/07/1971	F	24		ERLANGIA	38,25
PLA, URE, CRE, URI							
2023 0108847	JOSE MARTINS DOS SANTOS	16/12/1939	M	24		Miriam Teixe	54,3:
PLA, URE, CRE, PCRUS, ASO, URI							
2023 0108848	ANA KELLY L. DE SOUSA	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	8,6
2023 0108854	ANTONIA F. FEITOSA MORAIS	14/11/2023	F	24		Miriam Teixe	66,7
PLA, GLI, TGO, TGP, COL, URE, CRE, URI							
2023 0108856	JOSE VALZENIR DE FREITAS SOUSA	14/11/2023	M	24		Miriam Teixe	31,
PLA, GLI, URI							
2023 0108866	JOAO MIGUEL SOUSA COSTA	21/05/2019	M	24		ERLANGIA	31,
VHS, PLA, PCRUS							
2023 0108867	ITALO RODRIGUES PEREIRA	27/09/2021	M	24		ERLANGIA	24
PLA, PCRUS							
2023 0108955	ANA LIVIA DE SOUSA FLOR	28/04/2017	F	24		ERLANGIA	4
VHS, PLA, GLI, TRI, PCRUS							
2023 0108979	CLAUCINEIDE ALMEIDA MELO	20/07/1968	F	24		ERLANGIA	e
PLA, COAGU, GLI, COL, TRI, AUR							

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Hospital : HMFFL

Período de 14-10-2023 a 14-11-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
023	0108533 MARIA LIZ MELO RIBEIRO HS, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS	20/03/2022	F	24		ERLANGIA	51,70
023	0108534 SEBASTIANA SOUSA MOURA LA	08/12/2008	F	24		ERLANGIA	16,1
023	0108555 CARLOS EDUARDO BARBOSA PINTO E, CRE, PCRUS, URI	15/04/2018	M	24		ERLANGIA	37,6
023	0108556 BERNARDO DA ROCHA QUEIROZ HS, PLA, URE, CRE, PCRUS	07/05/2021	M	24		ERLANGIA	44,
023	0108606 MARIA SOPHIA ARAUJO DE MESQUITA HS, PLA, URE, CRE, PCRUS, URI	16/11/2015	F	24		ERLANGIA	53,
023	0108607 ANTONIO AMBROSIO MELO FILHO LA, GLI, K, NA, COL, URE, CRE	10/10/1948	M	24		ERLANGIA	58,
023	0108646 VIVIANE DE LIMA GOMES LA, URI	08/09/1998	F	24		ERLANGIA	24
023	0108653 REBEKA DE MESQUITA TORRES HS, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS	09/02/2008	F	24		ERLANGIA	51,
023	0108655 FRANCISCO ARTHUR BATISTA DE CASTRO LA, GLI, URE, CRE, PCRUS	17/06/2018	M	24		ERLANGIA	4
023	0108660 VALDEMAR BORGES DE SOUZA LA, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI	18/06/1947	M	24		Miriam Teixeira	
023	0108672 LIVIANE DE LIMA SOUSA	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	
023	0108750 ANTONIA MARTINS CHAVES PLA, URE, CRE, PCRUS, URI	23/02/1957	F	24		ERLANGIA	
023	0108751 FRANCISCA MARLENE GRACIANO DA SILVA OAGU, GLI, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE	17/12/1969	F	24		ERLANGIA	
023	0108752 ANTONIA MARTINS CHAVES	23/02/1957	F	24		ERLANGIA	
023	0108754 ANA DAYSE RODRIGUES SOUSA PLA, URI	23/02/1991	F	24		ERLANGIA	
023	0108756 MARIA VITORIA DE ANDRADE DE SOUZA	14/11/2023	F	24		Miriam Teixeira	

ATORIO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

io : HMFFL

Periodo de 14-10-2023 a 14-11-2023

Codigo	Paciente	Dt.Nasc	S	Convenio	Telefone	Usuario	Total
23 0108533	MARIA LIZ MELO RIBEIRO S, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS	20/03/2022	F	24		ERLANGIA	51,70
23 0108534	SEBASTIANA SOUSA MOURA A	08/12/2008	F	24		ERLANGIA	16,1
23 0108555	CARLOS EDUARDO BARBOSA PINTO , CRE, PCRUS, URI	15/04/2018	M	24		ERLANGIA	37,0
23 0108556	BERNARDO DA ROCHA QUEIROZ IS, PLA, URE, CRE, PCRUS	07/05/2021	M	24		ERLANGIA	44,
23 0108606	MARIA SOPHIA ARAUJO DE MESQUITA HS, PLA, URE, CRE, PCRUS, URI	16/11/2015	F	24		ERLANGIA	53,
23 0108607	ANTONIO AMBROSIO MELO FILHO LA, GLI, K, NA, COL, URE, CRE	10/10/1948	M	24		ERLANGIA	58,
23 0108646	VIVIANE DE LIMA GOMES LA, URI	08/09/1998	F	24		ERLANGIA	24
23 0108653	REBEKA DE MESQUITA TORRES HS, PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS	09/02/2008	F	24		ERLANGIA	51
23 0108655	FRANCISCO ARTHUR BATISTA DE CASTRO LA, GLI, URE, CRE, PCRUS	17/06/2018	M	24		ERLANGIA	4:
23 0108660	VALDEMAR BORGES DE SOUZA PLA, GLI, URE, CRE, PCRUS, URI	18/06/1947	M	24		Miriam Teixe 5	
23 0108672	LIVIANE DE LIMA SOUSA	14/11/2023	F	24		ERLANGIA	
23 0108750	ANTONIA MARTINS CHAVES LA, URE, CRE, PCRUS, URI	23/02/1957	F	24		ERLANGIA	
23 0108751	FRANCISCA MARLENE GRACIANO DA SILVA MAGU, GLI, BIL, COL, , HDL, , LDL, , VLDL, , TRI, , TGO, TGP, URE, CRE	17/12/1969	F	24		ERLANGIA	
23 0108752	ANTONIA MARTINS CHAVES	23/02/1957	F	24		ERLANGIA	
23 0108754	ANA DAYSE RODRIGUES SOUSA PLA, URI	23/02/1991	F	24		ERLANGIA	
2023 0108756	MARIA VITORIA DE ANDRADE DE SOUZA	14/11/2023	F	24		Miriam Te 5	

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS MESES AGOSTO, SETEMBRO E OUTUBRO DE 2023.

1. Identificação

1.1 HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

CNPJ:

1.2 Av. Pessoa Pires, Lílio Gentil Leitão, Monsenhor Tabosa – CE, 63780-000, Brasil.

Telefone: (88) 9. 9674-0354

2. Tipo de Serviço

Nossos serviços são prestados na própria unidade de forma centralizada, são produzidas e ofertadas diariamente cinco refeições, café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, para pacientes, acompanhantes e funcionários da unidade. A visita ao leito é realizada pela nutricionista, duas vezes ao dia, uma vez pela manhã e outra pela tarde, onde é identificado o paciente, patologia, tipo de refeição aceita e sintomas gastrointestinais para uma melhor evolução do quadro clínico, que são colocadas nos prontuários diariamente.

3. Funcionários

3.1 Quadro de funcionários

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE	
NOME	Bianca Souza Cavalcante
FUNÇÃO	Nutricionista
ATRIBUIÇÕES	Coordenar, organizar e orientar a execução das atividades e procedimentos da equipe, fiscalizar uso de epi's, elaborar escalas, planejar e executar compras, fazer vistoria diária na unidade, manter o controle de qualidade dos alimentos, elaborar semanalmente o cardápio de funcionários e pacientes, realizar a visita ao leito dos pacientes e fazer evolução de prontuários.

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE	
NOME	Mônica Souto Araújo Cavalcante
FUNÇÃO	Nutricionista e coordenadora de Nutrição
ATRIBUIÇÕES	Coordenar, organizar e orientar a execução das atividades e procedimentos da equipe, fiscalizar uso de epí's, elaborar escalas, planejar e executar compras, fazer vistoria diária na unidade, manter o controle de qualidade dos alimentos, elaborar semanalmente o cardápio de funcionários e pacientes, realizar a visita ao leito dos pacientes e fazer evolução de prontuários.

FUNCIONÁRIAS – COZINHA E COPA	
NOME	Israelita dos Santos Anjos
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Cozinhar, servir os funcionários e manter a cozinha limpa e organizada
NOME	Leonice Sousa da Sila
FUNÇÃO	Copeira
ATRIBUIÇÕES	Ajudar nas atribuições da cozinha, servir pacientes e manter o refeitório limpo e organizado
NOME	Maria do Carmo Rodrigues
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Cozinhar, servir os funcionários e manter a cozinha limpa e organizada
NOME	Ângela Maria Barros
FUNÇÃO	Copeira
ATRIBUIÇÕES	Ajudar nas atribuições da cozinha, servir pacientes e manter o refeitório limpo e organizado

NOME	Luíza Rodrigues Duarte
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Cozinhar, servir os funcionários e manter a cozinha limpa e organizada

NOME	Maria Geni Silva Andrade
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Cozinhar, servir os funcionários e manter a cozinha limpa e organizada
NOME	Maria Crisana Abreu Nascimento
FUNÇÃO	Cozinheira
ATRIBUIÇÕES	Cozinhar, servir os funcionários e manter a cozinha limpa e organizada

3.2 Utilização de EPI's.

São utilizados diariamente, touca descartável, máscaras, luvas, uniforme e jaleco, que são disponibilizados pela unidade.

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

Os fardamentos das colaboradoras de nutrição e nutricionistas são de cor padrão que foram ofertados pela unidade.

4. Política de compras da Unidade

A previsão quantitativa do material é realizada pelas nutricionistas, é feito o levantamento de insumos, e enviado uma requisição de compras para nossos fornecedores que são da própria cidade. O processo de compras de hortifrutis, água, carnes e frango é realizado semanalmente, já o processo de compra de insumos secos é realizado quinzenalmente, sendo respeitada a margem de segurança afim da prevenção caso possa ocorrer algum atraso inesperado da entrega das mercadorias. Tudo é registrado em planilhas de controle atualizada diariamente pelas nutricionistas.

Não seguimos um critério específico para realização das compras, é levado em consideração o valor dos insumos na data da compra, que são entregues no dia seguinte, tudo é conferido pelas nutricionistas.

5. Planejamento Físico

5.1 Equipamentos

Temos disponível na unidade duas geladeiras, dois freezers, prateleiras, liquidificadores, formas, panelas, fogão, micro-ondas, carro de levar comida para os pacientes, garrafas térmicas, balança, ventilador.

A aquisição dos equipamentos é feita por meio de requisição, e a manutenção dos mesmos é realizada quando o equipamento necessita, não tendo uma empresa definida para o conserto, também não temos uma manutenção preventiva dos equipamentos, não existe um livro de registros de manutenção unidade.

5.2 Espaço

Possuímos um almoxarifado que é realizado a limpeza diariamente, onde guardamos nossos insumos perecíveis em geladeira e freezer e não perecíveis em prateleiras. (ANEXO 1). Disponibilizamos de uma cozinha, dispensa e refeitório onde os funcionários da unidade realizam suas refeições.

6. Treinamentos

No dia 01 de setembro foi realizado uma reunião e capacitação com cozinheiras e copeiras, ministrada pelas nutricionistas Bianca Cavalcante e Mônica Souto. Entregamos pastas com impressos contendo informações e orientações quanto à higienização e armazenamento de alimentos, controle de qualidade dos alimentos, higienização e limpeza da cozinha, refeitório e almoxarifado. Foi elaborado planilhas para organização e eficácia no trabalho fornecido pelas cozinheiras e copeiras. As tarefas diárias foram divididas conforme escala tendo planejamento semanal, quinzenal e mensal, conforme necessidade. Logo após, foi realizado um coffee break, proporcionando um momento de interação e comunhão entre os colaboradores. (ANEXO 2).

7. Serviço de nutrição

A rotina no serviço de nutrição hospitalar inicia às 6:00 e a primeira atividade do dia é a preparação do café da manhã.

As refeições dos pacientes e acompanhantes são entregues pela copeira, em embalagens descartáveis, higienizadas, com o nome e tipo de dieta, sendo conduzido por carro adequado para transporte de alimentos em enfermaria hospitalar.

O almoço dos pacientes e acompanhantes é ofertado às 11h00; à tarde é servido um lanche às 15:00 e o jantar é ofertado às 18:00. Por volta das 20:00, a copeira passa nas enfermarias pela última vez levando a ceia para aqueles pacientes e acompanhantes que desejarem.

Os colaboradores iniciam o café da manhã às 7:00. O almoço é ofertado a partir das 11h40 até às 13h00. O lanche da tarde às 15h30, jantar às 20:00 e ceia às 22:30.

As nutricionistas seguem escala semanal, cada uma com carga horária de 20h, trabalhando de segunda à sexta-feira, pela manhã, das 08:00 às 12:00 e à tarde, das 13:00 às 17:00.

Rotina diária da nutricionista no almoxarifado:

Responsável por conferir os materiais e insumos que estão faltando, repor o que for necessário e registrar em planilha de controle de estoque. Todos os insumos armazenados no almoxarifado possuem esse controle, sendo registrado todo o movimento de entrada e saída dos mantimentos.

Rotina diária da nutricionista nas enfermarias:

Por volta das 10h30, é realizada a visita ao leito, onde é feita a anamnese do paciente para identificar as recomendações nutricionais, sinais e sintomas, necessidades especiais e quantitativo de refeições ofertadas. As informações são repassadas para a cozinheira e copeira do plantão.

Rotina da nutricionista para requisições de compras:

Às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras temos o abastecimento de água.

Carnes e frango são solicitados a cada semana, bem como hortifruti.

Na segunda-feira é elaborado o cardápio semanal e feito a requisição de carnes e frango referentes a semana. Na terça-feira recebemos a carne e o frango e fazemos a requisição de hortifruti. Na quarta-feira o hortifruti é recebido, conferido e armazenado. As copeiras são responsáveis pela higienização do hortifruti e repassam para a nutricionista fazer o armazenamento no almoxarifado. O controle de estoque é feito diariamente, para evitar que alimentos passem do prazo de validade ou que venha a faltar.

Todos os dias, após o almoço dos funcionários, a copeira e cozinheira realizam a higienização do refeitório e da cozinha, seguindo todas as recomendações dos POP's.

No final do dia, por volta das 16h30, tudo que é utilizado para a preparação das refeições é liberado pela nutricionista, responsável pelo almoxarifado.

Temos um grupo de WhatsApp para melhor comunicação.

Fotos e anexos:

ANEXO 1 (ALMOXARIFADO)





ANEXO 2 (REUNIÃO E TREINAMENTO)







RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS MESES AGOSTO, SETEMBRO E OUTUBRO DE 2023.

1. Identificação

1.1 HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO

CNPJ:

1.2 Av. Pessoa Pires, Monsenhor Tabosa – CE, 63780-000, Brasil.

Telefone: (88) 9. 9674-0354

2. Tipo de Serviço

Nossos serviços são prestados na própria unidade de forma centralizada, sendo feito limpeza diária, com organização de limpeza semanal, quinzenal ou mensal, conforme necessidade, seguindo o cronograma padronizado pelo instituto Rosa Branca.

3. Funcionários

3.1 Quadro de funcionários

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE	
NOME	Maria das Dores Barbosa de Souza
FUNÇÃO	Coordenadora de hotelaria
ATRIBUIÇÕES	Coordenar, organizar e orientar a execução das atividades e procedimentos da equipe, fiscalizar uso de epis, elaborar escalas, planejar e executar compras, fazer controle do estoque, fazer vistoria diária na unidade.

FUNCIONÁRIAS – AUXILIAR DE SERVIÇO GERAIS	
NOME	Maria Marly Ribeiro
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	José Alessandro de Sousa Nascimento



FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	Marcelo Flor Umbelino
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	Antonia de Maria Melo
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	Francisco Gerry Camelo da Silva
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral

NOME	Isaque Ferreira da Silva
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	Juraci Araújo da Silva
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	Gilmar Gomes de Oliveira
FUNÇÃO	Auxiliar de serviços gerais
ATRIBUIÇÕES	Limpeza geral
NOME	Andreia Barbosa dos Santos
FUNÇÃO	Lavadeira
ATRIBUIÇÕES	Lavar e passar lençóis da unidade

NOME	Luzanira de Oliveira Almeida
FUNÇÃO	Lavadeira
ATRIBUIÇÕES	Lavar e passar lençóis da unidade
NOME	Maria Assunção Rodrigues
FUNÇÃO	Lavadeira
ATRIBUIÇÕES	Lavar e passar lençóis da unidade
NOME	Maria Edvanda Mesquita Rodrigues
FUNÇÃO	Lavadeira
ATRIBUIÇÕES	Lavar e passar lençóis da unidade
NOME	Elizete da Silva Sampaio
FUNÇÃO	Trocar e organizar os lençóis
ATRIBUIÇÕES	Contar e organizar lençóis da unidade
NOME	Zizeuda Saraiva Barros
FUNÇÃO	Trocar e organizar os lençóis
ATRIBUIÇÕES	Contar e organizar lençóis da unidade

3.2 Utilização de EPI's.

São utilizados diariamente, uniforme, touca descartável, máscaras, luvas, uniforme e jaleco, que são disponibilizados pela unidade.

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

Os fardamentos das colaboradoras de nutrição e nutricionistas são de cor padrão que foram ofertados pela unidade.

4. Política de compras da Unidade

A previsão quantitativa do material é realizada pela coordenadora de hotelaria. O primeiro passo é fazer o levantamento de insumos e enviar a requisição de compras para nossos fornecedores que são da própria cidade. Esse processo é realizado quinzenalmente, sendo respeitada a margem de segurança afim da prevenção caso possa ocorrer algum atraso inesperado da entrega das mercadorias. Tudo é registrado em caderno e planilhas de controle atualizada diariamente pela coordenadora. Não seguimos um critério específico para realização das compras, é levado em consideração o valor dos insumos na data da compra, a quantidade que temos no estoque, os pedidos são entregues no prazo de cinco até sete dias úteis e ao receber tudo é conferido pela coordenadora de hotelaria.

5. Planejamento Físico

5.1 Equipamentos

Temos disponível na unidade 2 carrinhos de limpeza, um para áreas críticas e outro para áreas não críticas, vassouras, rodos, pás coletoras, descartex, lixeiras com pedais para lixo comum e infectante. A aquisição dos equipamentos é feita por meio de requisição, e a manutenção é realizada quando o equipamento necessita, não tendo uma empresa definida para o conserto, também não temos uma manutenção preventiva dos equipamentos, não existe um livro de registros de manutenção na unidade.

6. Treinamentos

Todos os meses ocorre reunião com nossos colaboradores para alinhamento do setor, onde avaliamos o desempenho deles, debatemos sobre melhorias a serem feitas tanto pela coordenação como pelos colaboradores. Também realinhamos o uso de produtos e equipamentos diários utilizados pela equipe.

7. Serviço de hotelaria

As atividades diárias seguem cronograma de limpeza hospitalar.

A equipe inicia o serviço fazendo vistoria nas enfermarias e corredores.

A limpeza terminal começa pelo pátio, todas as noites. É realizada limpeza, higienização e desinfecção da recepção, triagem, consultório medico e nas respectiva salas: direção, SAME, coordenação, estabilização, medicação, curativo, raio-x e ECG). Seguindo cronograma.

Realizamos limpeza terminal na sala de parto, pré-parto e toda área ao redor; seguido por limpeza e higienização do posto 2, corredor da pediatria e observação.

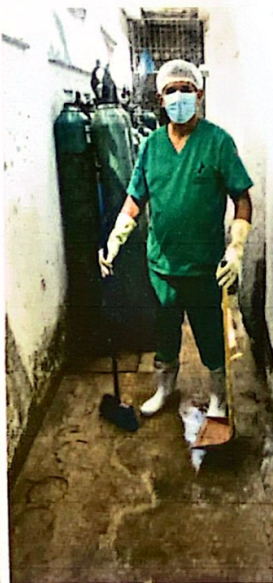
Pela manhã é recolhido todos os lençóis sujos, lavados e organizados na rouparia. A troca de lençóis é feita a cada banho do paciente, pelo menos 1 vez ao dia ou conforme a necessidade de cada enfermaria.

No decorrer dos últimos meses tivemos a manutenção das camas, berços e suportes de medicações de todas as enfermarias. Tivemos a compra de equipamentos novos para a lavanderia, que também foi realocada para um local mais adequado.

Diariamente também temos um grupo de WhatsApp para melhor comunicação.

ANEXOS







**1. RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Nome Civil/Social: GEOVANA DE MOURAS TORRES
Título Profissional: Arquiteto(a) e Urbanista

CPF: 048.XXX.XXX-73
Nº do Registro: 00A1568680

2. DETALHES DO RRT

Nº do RRT: SI13750051I00CT001
Data de Cadastro: 28/11/2023
Data de Registro: 06/12/2023

Modalidade: RRT SIMPLES
Forma de Registro: INICIAL
Forma de Participação: INDIVIDUAL

2.1 Valor da(s) taxa(s)

Valor da(s) taxa(s): R\$115,18 Boleto nº 19290315 Pago em: 05/12/2023

3. DADOS DO SERVIÇO/CONTRATANTE**3.1 Serviço 001**

Contratante: INSTITUTO ROSA BRANCA
Tipo: Pessoa Jurídica de Direito Privado
Valor do Serviço/Honorários: R\$0,00

CPF/CNPJ: 10.XXX.XXX/0001-38
Data de Início: 28/11/2023
Data de Previsão de Término: 31/01/2024

3.1.1 Endereço da Obra/Serviço

País: Brasil
Tipo Logradouro: AVENIDA
Logradouro: PESSOA PIRES
Bairro: CENTRO

CEP: 63780000
Nº: 03
Complemento:
Cidade/UF: MONSENHOR TABOSA/CE

3.1.2 Atividade(s) Técnica(s)

Grupo: PROJETO
Atividade: 1.1.3 - Projeto arquitetônico de reforma
Grupo: PROJETO
Atividade: 1.2.2 - Projeto de estrutura de concreto
Grupo: PROJETO
Atividade: 1.5.1 - Projeto de instalações hidrossanitárias prediais
Grupo: PROJETO
Atividade: 1.5.7 - Projeto de instalações elétricas prediais de baixa tensão

Quantidade: 285,00
Unidade: metro quadrado
Quantidade: 285,00
Unidade: metro quadrado
Quantidade: 285,00
Unidade: metro quadrado
Quantidade: 285,00
Unidade: metro quadrado

3.1.3 Tipologia

Tipologia: Hospitalar

3.1.4 Descrição da Obra/Serviço

PROJETO DE REFORMA E ADEQUAÇÕES E EXECUÇÃO VOLTADO PARA UMA UNIDADE HOSPITALAR SITUADO NA CIDADE MONSENHOR TABOSA-CE. A MESMA CONTA COM A REFORMA DA CENTRO DE ESTRETELIZAÇÃO COM UMA AREA TOTAL DE 25,00M², REFORMA E ADEQUAÇÃO DO CENTRO CIRURGICO COM UMA AREA TOTAL DE 55,00M², REFORMA E ADEQUAÇÃO DA SALA DE PARTO E PRE-PARTO, COM UMA AREA TOTAL DE 71,00 M², REFORMA E CONSTRUÇÃO DE UMA LAVANDERIA COM



UMA AREA TOTAL DE 29,00M², UMA FARMACIA E CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS HOSPITALAR COM AREA TOTAL DE 25,80M², E REFORMA E AMPLIAÇÃO DA SALA DE RAIO-X, COM UMA AREA TOTAL DE 28,70 M². A REFORMA AINDA CONTA COM A ADEQUAÇÃO DE AREA EXETERNA, BANHEIROS E SALAS DE APOI PARA O EQUIPAMENTO HOSPITALAR, ALEM DE PINTURA E POLIMENTO DE PISO.

3.1.5 Declaração de Acessibilidade

Declaro o atendimento às regras de acessibilidade previstas em legislação e em normas técnicas pertinentes para as edificações abertas ao público, de uso público ou privativas de uso coletivo, conforme § 1º do art. 56 da Lei nº 13146, de 06 de Julho de 2015.

4. RRT VINCULADO POR FORMA DE REGISTRO

Nº do RRT	Contratante	Forma de Registro	Data de Registro
SI13750051I00CT001	INSTITUTO ROSA BRANCA	INICIAL	28/11/2023

5. DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Declaro para os devidos fins de direitos e obrigações, sob as penas previstas na legislação vigente, que as informações cadastradas neste RRT são verdadeiras e de minha responsabilidade técnica e civil.

6. ASSINATURA ELETRÔNICA

Documento assinado eletronicamente por meio do SICCAU do arquiteto(a) e urbanista GEOVANA DE MOURAS TORRES, registro CAU nº 00A1568680, na data e hora: 28/11/2023 18:17:57, com o uso de login e de senha. O **CPF/CNPJ** está oculto visando proteger os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (**LGPD**)

A autenticidade deste RRT pode ser verificada em: <https://siccau.caubr.gov.br/app/view/sight/externo?form=Servicos>, ou via QRCode.





1. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome Civil/Social: GEOVANA DE MOURAS TORRES
Título Profissional: Arquiteto(a) e Urbanista

CPF: 048.XXX.XXX-73
Nº do Registro: 00A1568680

2. DETALHES DO RRT

Nº do RRT: SI13783202I00CT001
Data de Cadastro: 05/12/2023
Data de Registro: 06/12/2023

Modalidade: RRT SIMPLES
Forma de Registro: INICIAL
Forma de Participação: INDIVIDUAL

2.1 Valor da(s) taxa(s)

Valor da(s) taxa(s): R\$115,18 Boleto nº 19317512 Pago em: 05/12/2023

3. DADOS DO SERVIÇO/CONTRATANTE

3.1 Serviço 001

Contratante: INSTITUTO ROSA BRANCA
Tipo: Pessoa Jurídica de Direito Privado
Valor do Serviço/Honorários: R\$0,00

CPF/CNPJ: 10.XXX.XXX/0001-38
Data de Início: 05/12/2023
Data de Previsão de Término: 29/02/2024

3.1.1 Endereço da Obra/Serviço

País: Brasil
Tipo Logradouro: AVENIDA
Logradouro: PESSOA PIRES
Bairro: CARRAPICHO

CEP: 63780000
Nº: 03
Complemento:
Cidade/UF: MONSENHOR TABOSA/CE

3.1.2 Atividade(s) Técnica(s)

Grupo: EXECUÇÃO	Quantidade: 280,00
Atividade: 2.1.2 - Execução de reforma de edificação	Unidade: metro quadrado
Grupo: EXECUÇÃO	Quantidade: 280,00
Atividade: 2.2.2 - Execução de estrutura de concreto	Unidade: metro quadrado
Grupo: EXECUÇÃO	Quantidade: 280,00
Atividade: 2.5.1 - Execução de instalações hidrossanitárias prediais	Unidade: metro quadrado
Grupo: EXECUÇÃO	Quantidade: 280,00
Atividade: 2.5.7 - Execução de instalações elétricas prediais de baixa tensão	Unidade: metro quadrado

3.1.3 Tipologia

Tipologia: Hospitalar

3.1.4 Descrição da Obra/Serviço

PROJETO DE REFORMA E ADEQUAÇÕES E EXECUÇÃO VOLTADO PARA UMA UNIDADE HOSPITALAR SITUADO NA CIDADE MONSENHOR TABOSA-CE. A MESMA CONTA COM A REFORMA DA CENTRO DE ESTRERELIZAÇÃO COM UMA AREA TOTAL DE RASCUNHO A autenticidade deste RRT pode ser verificada em:
<https://siccau.caubr.gov.br/app/view/sight/externo?form=Servicos>, ou via QRCode. Documento Impresso em: 28/11/2023 às



18:24:54 por: siccau, ip 10.244.8.29. www.caubr.gov.br Página 2/2 25,00M², REFORMA E ADEQUAÇÃO DO CENTRO CIRURGICO COM UMA AREA TOTAL DE 55,00M², REFORMA E ADEQUAÇÃO DA SALA DE PARATO E PRE-PARTO, COM UMA AREA TOTAL DE 71,00 M², REFORMA E CONSTRUÇÃO DE UMA LAVANDERIA COM UMA AREA TOTAL DE 29,00M², UMA FARMACIA E CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS HOSPITALAR COM AREA TOTAL DE 25,80M², E REFORMA E AMPLIAÇÃO DA SALA DE RAIOS-X, COM UMA AREA TOTAL DE 28,70 M². A REFORMA AINDA CONTA COM A ADEQUAÇÃO DE AREA EXTERNA, BANHEIROS E SALAS DE APOIO PARA O EQUIPAMENTO HOSPITALAR, ALEM DE PINTURA E POLIMENTO DE PISO.

3.1.5 Declaração de Acessibilidade

Declaro o atendimento às regras de acessibilidade previstas em legislação e em normas técnicas pertinentes para as edificações abertas ao público, de uso público ou privativas de uso coletivo, conforme § 1º do art. 56 da Lei nº 13146, de 06 de julho de 2015.

4. RRT VINCULADO POR FORMA DE REGISTRO

Nº do RRT	Contratante	Forma de Registro	Data de Registro
SI13783202100CT001	INSTITUTO ROSA BRANCA	INICIAL	05/12/2023

5. DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Declaro para os devidos fins de direitos e obrigações, sob as penas previstas na legislação vigente, que as informações cadastradas neste RRT são verdadeiras e de minha responsabilidade técnica e civil.

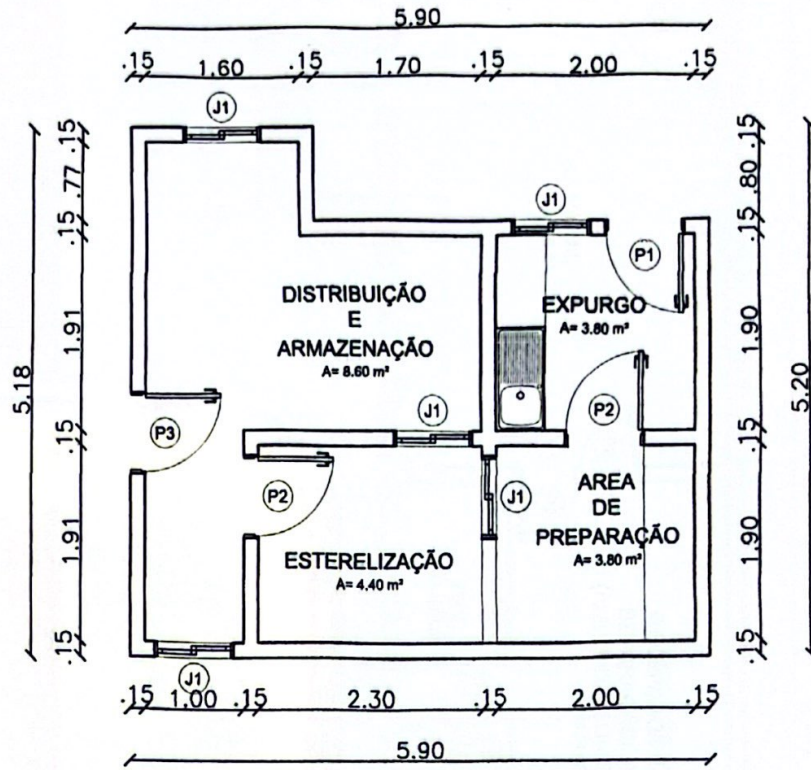
6. ASSINATURA ELETRÔNICA

Documento assinado eletronicamente por meio do SICCAU do arquiteto(a) e urbanista GEOVANA DE MOURAS TORRES, registro CAU nº 00A1568680, na data e hora: 05/12/2023 12:46:13, com o uso de login e de senha. O **CPF/CNPJ** está oculto visando proteger os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (**LGPD**)

A autenticidade deste RRT pode ser verificada em: <https://siccau.caubr.gov.br/app/view/sight/externo?form=Servicos>, ou via QRCode.

A autenticidade deste RRT pode ser verificada em: <https://siccau.caubr.gov.br/app/view/sight/externo?form=Servicos>, ou via QRCode.
Documento Impresso em: 06/12/2023 às 09:42:36 por: siccau, ip 10.244.171.173.



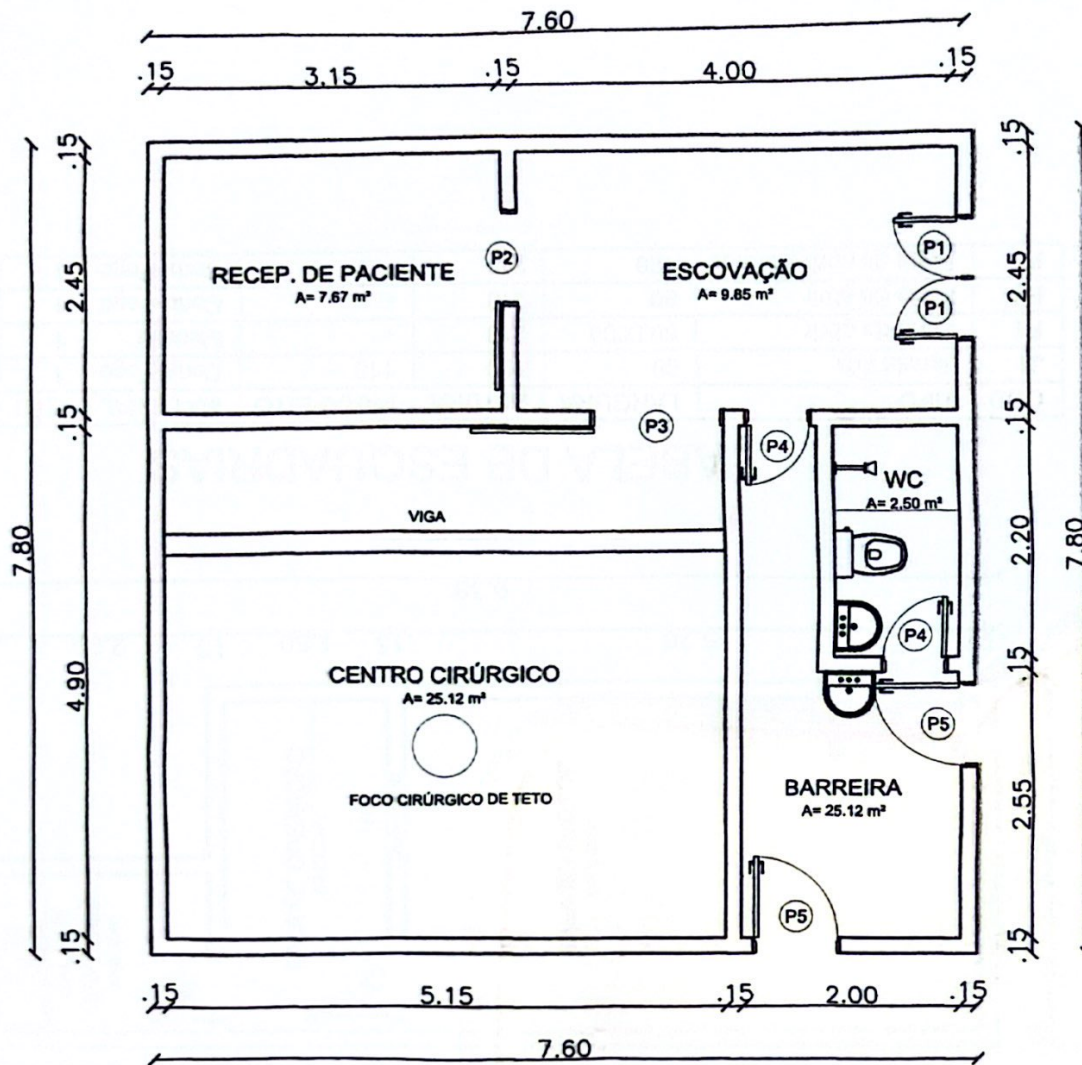


PLANTA BAIXA
CENTRAL DE MATERIAIS
ESTERILIZADOS
esc 1:50

TABELA DE ESQUADRIAS

COD	TIPO	LARGURA	ALTURA	PARAPEITO	MATERIAL	QTD	ÁREA (m²)
J1	Janela de correr 2 folhas	80	100	110	Vidro	5	0.80
P1	Porta de abrir	80	210	-	Alumínio	1	1.68
P2	Porta de abrir	80	210	-	Vidro	2	1.68
P3	Porta de abrir	80	210	-	Madeira	1	1.68

REVISÕES					CLIENTE: INSTINTUTO ROSA BRANCA
					ASSUNTO: EDIFICAÇÃO DE USO HOSPITALAR CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS
					PLANTA: PLANTA BAIXA ESCALA: 1/100 DATA: 16/05/2023
					ARQUITETA: GEOVANA M. TORRES Nº CAD: A156868-0
	N.º	Descrição de Revisão	Autor	Data	



PLANTA BAIXA
CENTRO CIRURGICO
esc 1:50

TABELA DE ESQUADRIAS

COD	TIPO	LARGURA	ALTURA	PARAPEITO	MATERIAL	QTD	ÁREA (m²)
P1	Porta de abrir	60.0000	210	-	Madeira Chapeada	2	1.26
P2	Porta de correr externa	90.0000	210	-	Madeira Chapeada	1	1.89
P3	Porta de correr externa	120.0000	210	-	Madeira Chapeada	1	2.52
P4	Porta de abrir	60	210	-	Madeira	2	1.26
P5	Porta de abrir	80	210	-	Madeira	2	1.68

FOLHA: 0

CLIENTE: INSTITUTO ROSA BRANCA

ASSUNTO: EDIFICAÇÃO DE USO HOSPITALAR
CENTRO CIRURGICO

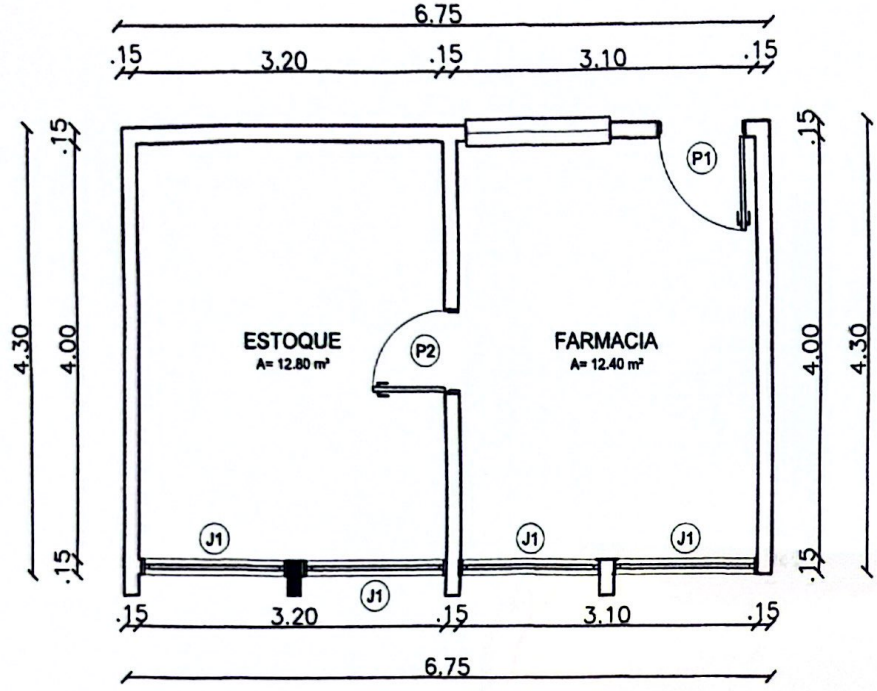
PLANTA: PLANTA BAIXA ESCALA: 1/50 DATA: 16/05/2023 Nº CAD: A156868-0

ARQUITETA: GEOVANA M. TORRES

N.º	Descrição de Revisão	Autor	Data

REVISÕES

NOTAÇÕES:



PLANTA BAIXA
FARMACIA
esc 1:50

TABELA DE ESQUADRIAS

COD	TIPO	LARGURA	ALTURA	PARAPEITO	MATERIAL	QTD	ÁREA (m²)
J1	Janela basculante	150.0000	120	90	Alumínio e Vidro	4	1.80
P1	Porta de abrir	90.0000	210	-	Madeira Chapeada	1	1.89
P2	Porta de abrir	80	210	-	Alumínio Branco	1	1.68

CLIENTE: INSTITUTO ROSA BRANCA
 ASSUNTO: EDIFICAÇÃO DE USO HOSPITALAR
 FARMACIA
 FUNIL: PLANTA BAIXA
 ESCALA: 1/50
 DATA: 16/05/2023
 Nº CAD: A156868-0
 ARQUITETA: GEOVANA M. TORRES

REVISÕES	N.º	Descrição de Revisão	Autor	Data

TAÇÓES:

...reservados nos termos da lei 9610/98.