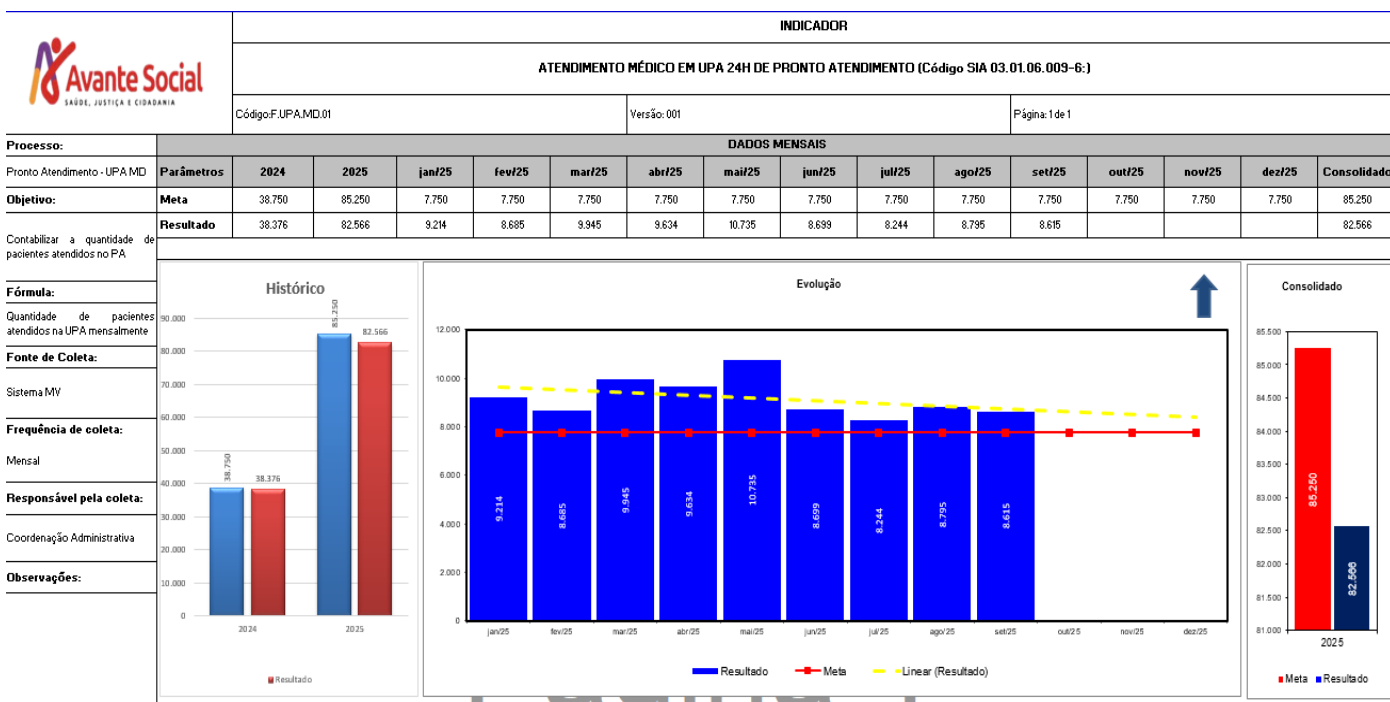


## PRESTAÇÃO DE CONTAS REFERENTE A SETEMBRO DE 2025

### 1. INDICADORES QUANTITATIVOS

**Indicador: ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO**  
(Código SIA 03.01.06.009-6:)



**Meta: 7.750 atendimentos / mês**

**Resultado: 8.615 atendimentos no mês referente**

**Análise Crítica do indicador:** Nos últimos meses, a UPA apresentou atendimento linear com volume superior a 8 mil pacientes/mês, o que demonstra capacidade instalada adequada e cumprimento da meta estabelecida. Entretanto, observa-se tendência de queda nesse indicador, o que acende alerta para os próximos meses. Possíveis causas da queda seriam fatores externos: sazonalidade de doenças respiratórias ou redução de surtos pode diminuir naturalmente a demanda.

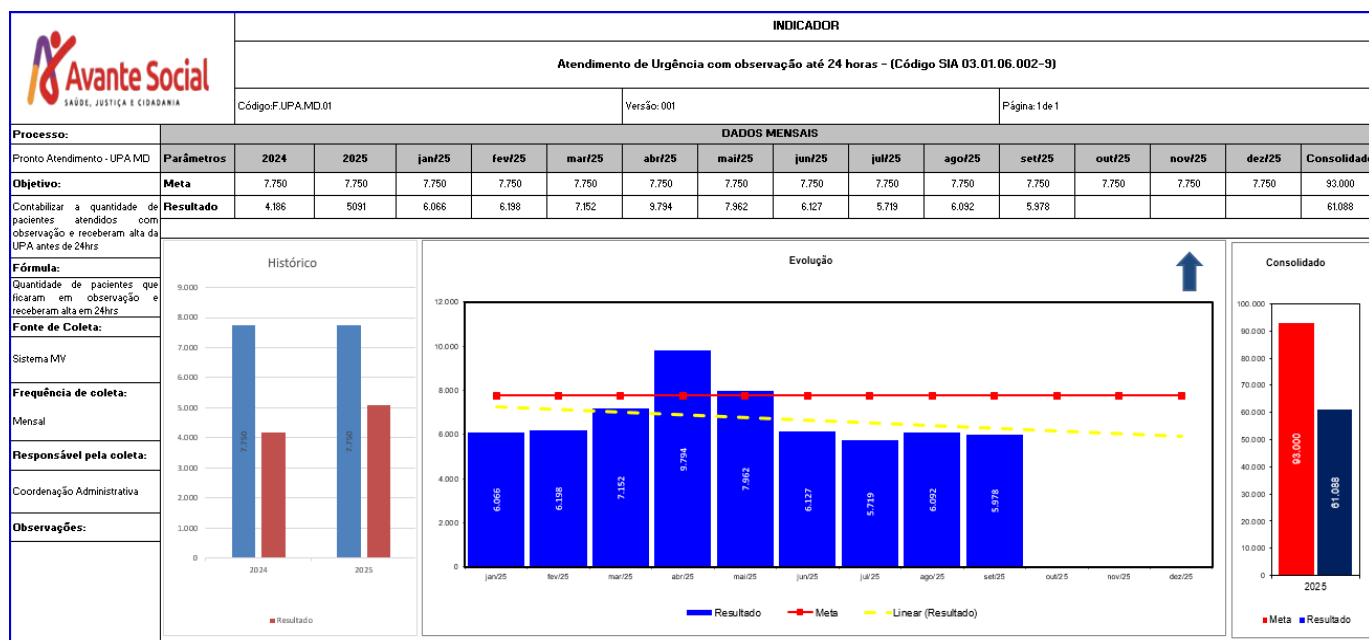
**Melhorias a serem realizadas no mês de Outubro/2025:**

<b>AÇÕES PLANEJADAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
1. Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE
2. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE

**Feedback das Ações Realizadas em Setembro/2025**

<b>AÇÕES PLANEJADAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>FEEDBACK AÇÃO</b>
Realizar pesquisa de satisfação, com intuito de análise do atendimento da unidade	30 DIAS	FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
Realizar abertura de uma segunda triagem quando alto fluxo, para otimização de tempo	30 DIAS	MARINA DIAS FERREIRA	CONCLUIDO
Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE	PROCESSO
Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE	AGUARDANDO AGENDAMENTO COM AS GESTORAS DA PREFEITURA

## 2. Indicador: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS (Código SIA 03.01.06.002-9)



**Meta mensal: 7.750 atendimentos**

**Resultado obtido: 5.978 pacientes**

**Análise Crítica do indicador:** Nos últimos meses, observou-se que os resultados ficaram abaixo da meta estabelecida no plano de trabalho, com tendência desfavorável. Apesar do desempenho inferior ao esperado, é importante ressaltar que tal cenário não reflete, necessariamente, falha na assistência prestada, mas sim a inadequação da meta frente à realidade do perfil assistencial da unidade.

Grande parte dos pacientes atendidos em caráter de urgência apresenta condições clínicas que permitem alta médica imediata após avaliação e tratamento inicial, sem necessidade de permanência em observação por até 24 horas. Dessa forma, a manutenção da meta atual pode induzir uma interpretação equivocada. Observa-se que todos os pacientes atendidos que necessitam de medicamentos ou exames complementares, são colocados em observação, sendo assim acabam recebendo alta antes das 24hrs de atendimento, o que precisamos atentar-se é nos pacientes que necessitam de transferências para unidades e acabam permanecendo por um período maior na unidade, sendo assim devemos atentar-se a esses pacientes com planos de ação para agilizar sua saída da unidade desafiando e prestando atendimento de qualidade necessária com especialidades e recursos maiores. Aguardamos reunião com a gestão da Prefeitura Municipal, com o objetivo de discutir a reformulação desse indicador, de forma a alinhar a meta às reais demandas da população atendida, sem comprometer a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

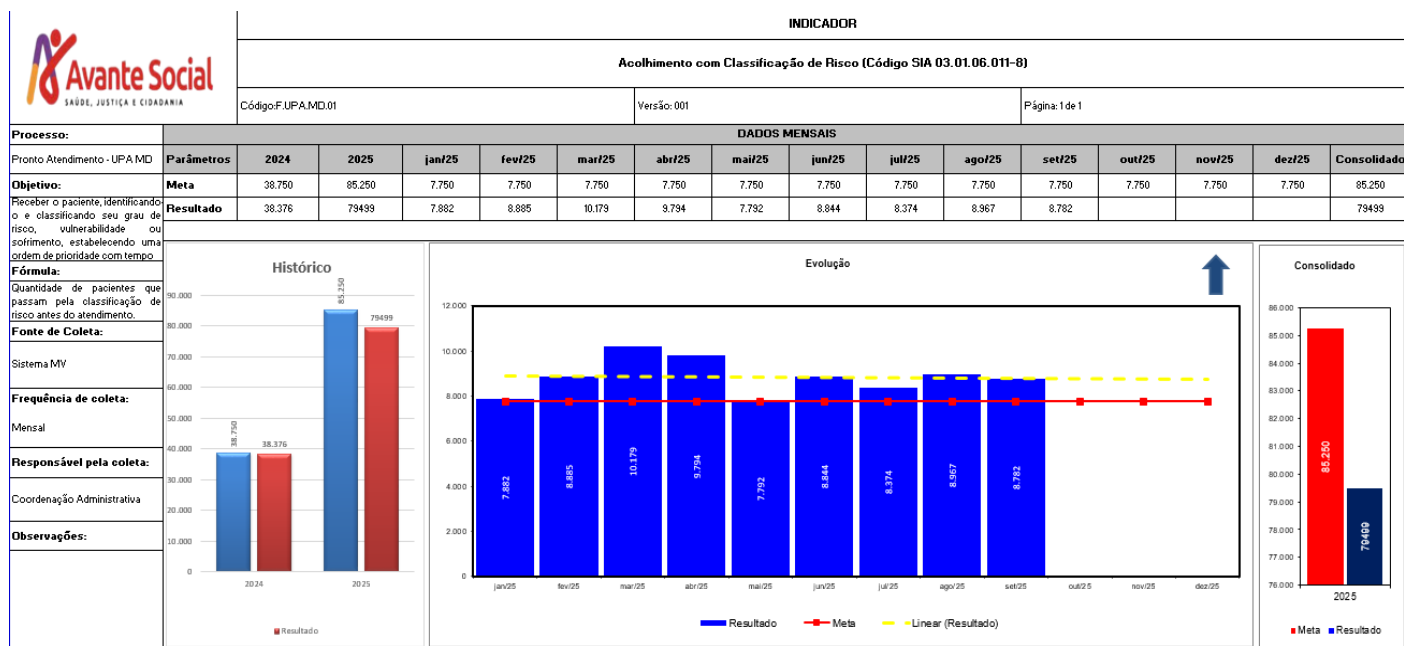
**Melhorias a serem realizadas no mês de Outubro/2025:**

<b>AÇÕES PLANEJADAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
1. Cobrar e supervisionar médicos e enfermeiros para alimentação do sistema Intranet, CROSS e planilha compartilhada com município a fim de agilizar a transferência dos pacientes da unidade para instituição de referência.	CONTINUO	FABIANA ROCHA JORGE
2. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas.	90 DIAS	FABIANA ROCHA JORGE

**Feedback das Ações Realizadas em Setembro/2025**

<b>AÇÕES PLANEJADAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>FEEDBACK AÇÃO</b>
1. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas.	90 DIAS	FABIANA ROCHA JORGE	PRORROGAR ATÉ NOVA PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO ACORDADO JUNTO A PREFEITURA
2. Cobrar e supervisionar médicos e enfermeiros para alimentação do sistema Intranet, CROSS e planilha compartilhada com município a fim de agilizar a transferência dos pacientes da unidade para instituição de referência.	CONTINUO	FABIANA ROCHA JORGE	SENDO REALIZADO

**3. Indicador: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
(Código SIA 03.01.06.011-8)



**Meta mensal: 7.750 atendimentos**

**Resultado obtido: 8.782 classificados no mês referente**

**Análise Crítica do indicador:** O indicador apresentou desempenho satisfatório, atingindo 100% dos pacientes classificados, demonstrando efetividade na organização do fluxo de atendimento. A estrutura atual, com a presença de um enfermeiro responsável pela classificação de risco e o suporte de um técnico de enfermagem para a verificação dos sinais vitais, tem contribuído para maior agilidade no processo e redução do tempo de espera.

Esse modelo de trabalho favorece a triagem adequada de todos os pacientes, permitindo que os atendimentos médicos sejam realizados de forma organizada, além de possibilitar que a equipe de enfermagem amplie a assistência a pacientes que necessitam de procedimentos, como administração de medicamentos injetáveis, o que resulta em números de atendimentos mensais superiores aos registros exclusivamente médicos.

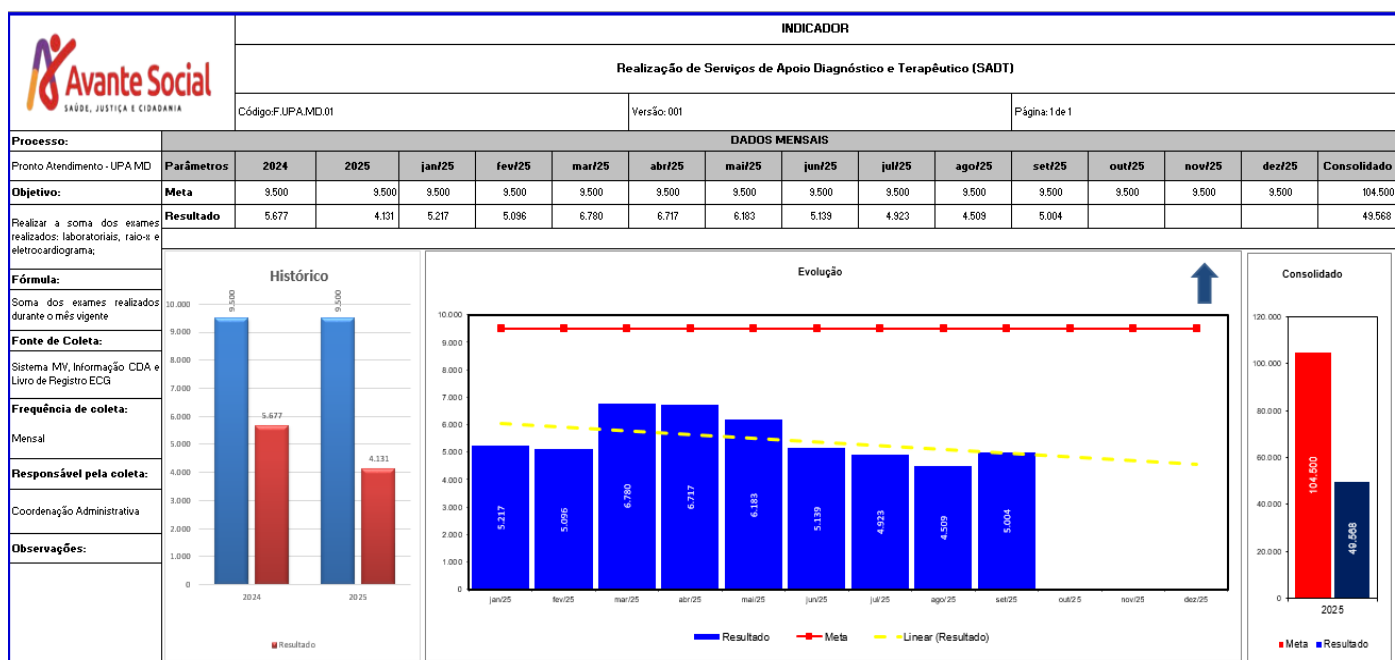
**Melhorias a serem realizadas no mês de Outubro/2025:**

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Avaliar implantação do treinamento de classificação de risco e sua eficiência na atuação do dia a dia	30 DIAS	MARINA FERREIRA
2. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	60 DIAS	FABIANA R. JORGE

**Feedback das Ações Realizadas em Setembro/2025**

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
1. Treinar todos os enfermeiros da unidade para melhorar o tempo de classificação do paciente	30 DIAS	FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
2. Melhorar a classificação do paciente conforme protocolo instituído pela avante, juntamente com o utilizado pela prefeitura, baseado no protocolo de manchester.0	30 DIAS	FABIANA R. JORGE	CONCLUIDO
3. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	60 DIAS	FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO

### 3. Indicador: Realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)



**Meta mensal: 9.500 exames (Soma de Laboratoriais, Raio-x e ECG)**

**Resultado obtido: 5.004 total de exames realizados no mês referente**

**Análise Crítica do indicador:** A análise desse indicador, se dá pela soma de todos os exames realizados como laboratório, raio-x e ECG da unidade, observa-se que esse indicador está sempre abaixo da meta esperada, pois são dados não alcançáveis pela unidade como meta estipulada pela prefeitura, as gestoras encontram-se cientes dessa meta e aguardamos reunião conforme ação planejada para realizar nova meta da unidade.

**Laboratório:** No período analisado, registrou a realização de 4.096 exames de análises clínicas em 836 pacientes, não tivemos variações significativas em relação aos meses anteriores na quantidade de exames solicitados para os usuários atendidos.

**RX:** Foram realizados 671 exames de imagem, observa-se um aumento significativo, pois no dia 10/09/2025 a nova máquina de raio-x foi inaugurado na unidade, onde as imagens começaram a ser realizadas de forma integral na unidade. Permanecemos com o aparelho portátil até o dia 01/10/2025, para backup caso houvesse alguma necessidade durante o período de funcionamento dessa nova máquina. Porém ainda tivemos 10 dias de exames realizados pela unidade de apoio UPA Geisel, sendo assim ficando abaixo do esperado da unidade..

**ECG:** Foram realizados 237 eletrocardiogramas na unidade, realizado plano de ação para alimentação manual dos exames realizados, onde observa-se ação eficaz com aumento de alimentação da planilha em 87%, sendo cobrado de forma continua essa alimentação do sistema.

O desempenho do Laboratório mostra-se satisfatório, enquanto o RX ainda permanece comprometido mesmo após iniciar suas atividades dentro da unidade devido o prazo de 10 dias sem o aparelho novo na unidade. O ECG tivemos melhora significativa de 87% de aumento devido a melhora da alimentação da planilha de registro dos exames realizados. O desempenho do Laboratório mostra-se satisfatório, enquanto o RX permanece comprometido por fator estrutural (aguardando instalação do novo aparelho), com previsão de normalização em curto prazo. O ECG apresenta falha de processo de registro, que pode ser corrigida com alinhamento entre setores e uso exclusivo do sistema MV. Observa-se uma tendência de queda, com necessidade de análise de metas mais tangíveis.

#### Melhorias a serem realizadas no mês de Outubro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Realizar registro de solicitação de SADT de ECG pelo sistema MV pelo médico, e baixa da realização pela enfermagem	30 dias	MARINA DIAS FERREIRA e DRA LARISSA MIRANDA
2. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA

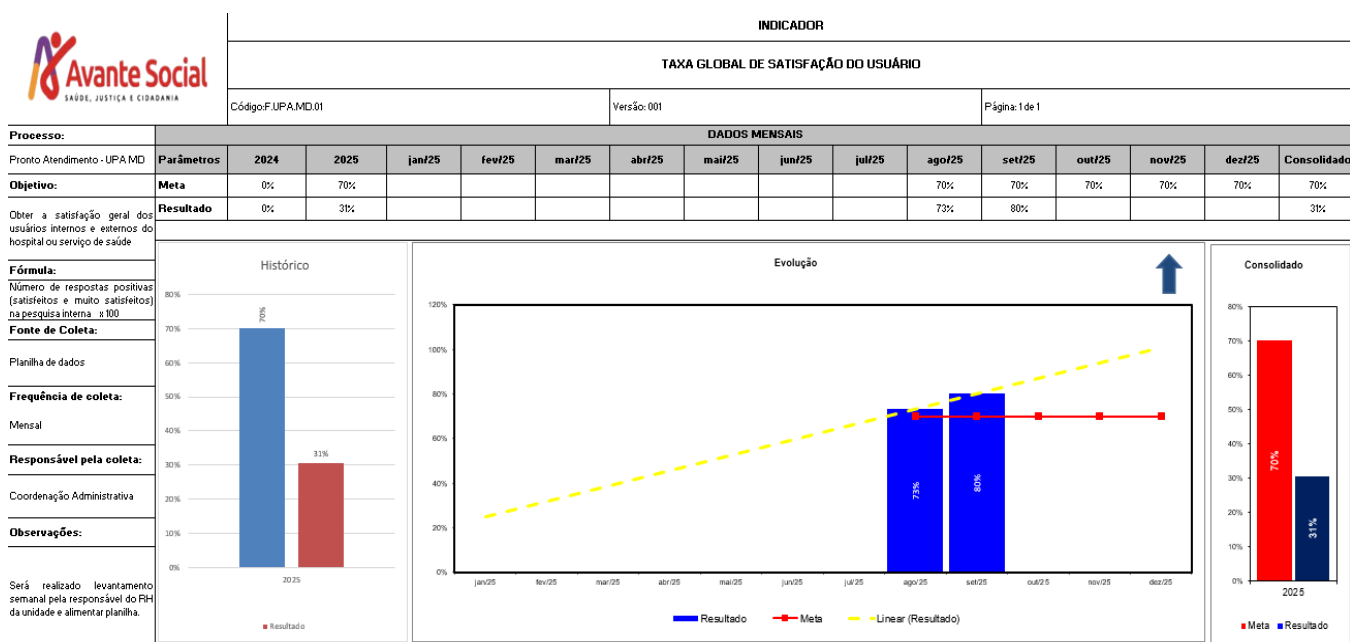
#### Feedback das Ações Realizadas em Setembro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Realizar registro no caderno pela enfermagem de todos os exames realizados	30 DIAS	MARINA DIAS FERREIRA	<b>CONCLUÍDO</b>
Instalar novo aparelho após a reforma pela prefeitura com agendamento prévio junto a infraestrutura Claudemir.	30 DIAS	FABIANA R. JORGE	<b>CONCLUÍDO NA DATA 10/09/2025</b>



Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA	<b>PRORROGAR ATÉ NOVA PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO ACORDADO JUNTO A PREFEITURA</b>
--	---------	--	---

#### 4. Indicador: TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



**Meta mensal: 70% de satisfação**

**Resultado obtido: 80% taxa global**

**Análise Crítica do indicador:** Realizado pesquisa com 99 usuários da unidade no período do mês de setembro, onde foi avaliado vários setores com intuito de avaliar a qualidade e desempenho do nosso atendimento na unidade. Tivemos um índice de satisfação global de 80% e 20% de insatisfação. Em relação aos serviços avaliados, obteve-se os seguintes índices de satisfação:

- Recepção: 81%
- Classificação de risco/acolhimento: 83,5%
- Atendimento médico: 83%
- Enfermagem: 86%
- Recomendação da unidade: acima de 68,5%

Observa-se que ficamos acima da média estabelecida com uma tendência favorável ao esperado para os próximos meses. Porém no item recomendação da unidade tivemos uma queda acentuada importante em relação ao mês anterior, onde tivemos uma queda de quase 22% na satisfação do cliente, mas que não está relacionado com os atendimentos, médicos, enfermagem, recepção e classificação de risco, mas sim com uma insatisfação geral, principalmente no tempo da demora no atendimento. Esse mês tivemos muito problema com internet e sistema MV, que por sua lentidão na unidade impactou na satisfação do cliente, pois aumentou o tempo de espera em seu atendimento de forma geral. Realizado reunião com a parte da infraestrutura da prefeitura parte de TI, onde será designado link dedicado de internet para unidade, e a prefeitura está mudando o servidor para melhorar o desempenho da internet. Outro ponto importante está em relação ao tempo de espera para resultados de exames, onde quase 11% dos pacientes aguardam quase de 2 a 4h o resultado do exame, gerando insatisfação pela demora.

Em síntese, os resultados são satisfatórios, onde reforça o compromisso da unidade com a qualidade do atendimento e indicam perspectiva de evolução positiva, desde que acompanhados por ações estratégicas de aprimoramento nos pontos identificados como mais frágeis.

#### **Melhorias a serem realizadas no mês de Outubro/2025:**

<b>AÇÕES PLANEJADAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
Replanejar a realização de no mínimo de 10% do total de usuários / mês	30 DIAS	MARIA TEREZA
Realizar mural de elogios enviados aos colaboradores pelo grupo de funcionários toda semana.	CONTINUO	FABIANA R. JORGE
Realizar recolhimento e levantamento de dados por semana	CONTINUO	MARIA TEREZA
Melhorar a internet da unidade com link dedicado	60 DIAS	FABIANA R JORGE

#### **Feedback das Ações Realizadas em Setembro/2025**

<b>AÇÕES PLANEJADAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>FEEDBACK AÇÃO</b>
Realizar avaliação continua dos usuários, orientando a realização e sua importância	30 DIAS	RT MARINA DIAS FERREIRA	CONCLUIDO
Realizar no mínimo 10% do total de usuários / mês	30 DIAS	FABIANA R. JORGE	INSATISFATÓRIO

Realizar recolhimento e levantamento de dados por semana	30 DIAS	ROSANGELA FERREIRA	CONCLUIDO
--	---------	--------------------	-----------

## 5. INDICADORES QUALITATIVOS

### 5.1 Indicador qualitativo: Conformidade no processo de Informação aos usuários

INDICADOR		OBJETIVO		CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO		
1	A Unidade de Pronto Atendimento tem como meta estruturar mecanismos para informação aos usuários e familiares, acerca do processo de Atenção. O indicador desta meta será dado pela comprovação da efetiva existência e implantação das rotinas relativas à informação dos usuários, tanto documentalmente como de fato.		<p>Pontuação:</p> <p>0% a 89%: Meta Não alcançada</p> <p>&gt;90%: Meta Alcançada</p>			
	Conformidade no processo de Informação aos usuários.					
FONTE:		META: 90%				
		RESULTADO:	100,0%	PONTOS OBTIDOS	ALCANÇADA	
FÓRMULA		PRODUÇÃO				
ITEM 1: Quadro de informações implantado e atualizado na recepção da UPA (Certidões de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais, escala de atendimento médico do plantão, Cartaz de Pesquisa de Satisfação, Cartaz de informações sobre o SAU/Ouvidoria)		REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL				
		SIM				
ITEM 2: Banner de informação sobre o protocolo de acolhimento com classificação de risco afixado em local visível, acessível a todos, no hall de espera para atendimento		SIM				
ITEM 3: Informações disponíveis sobre horário de visita, especialidades atendidas, especialidades disponíveis na unidade		SIM				
JUSTIFICATIVA						
Item 1: Certidões de RT: Médica - Ok fixado; Enfermagem - Ok fixado; Odontologia - Ok fixado; Farmácia - Ok fixado; Radiologia - Ok fixado.						
Item 2: Banner de informação: Classificação de Risco						
Item 3: Temos informativo de horário de visita e troca de acompanhante em local visível e acessível em papel simples, porém será realizado uma placa de informação em gráfica após a reforma.						
PLANO DE AÇÃO						
Item 2: Providenciar Banner de sensibilização de classificação de risco com tempo estipulado de espera para cada tipo de classificação. (PRAZO DE 60 DIAS, REALIZAR CONFECÇÃO )						
Item 3: Realizar informativo em gráfica de forma a deixar uma placa mais visível e com informações relevantes. (APÓS A REFORMA)						

#### Justificativa:

**Item 1:** Certidões de RT: Médica - Ok fixado; Enfermagem – OK fixado; Odontologia - Ok fixado; Farmácia - Ok fixado; Radiologia - Ok fixado.

**Item 2:** Banner de informação: Fixada arte em 27/09/2024.

**Item 3:** Temos informativo de horário de visita e troca de acompanhante em local visível e acessível em papel simples, porém será realizado uma placa de informação em gráfica após a reforma.

#### Ações de Melhorias:

**Item 2:** Providenciar Banner de sensibilização de classificação de risco com tempo estipulado de espera para cada tipo de classificação. **(PRAZO DE 60 DIAS, REALIZAR CONFECÇÃO).**

**Item 3:** Realizar informativo em gráfica de forma a deixar uma placa mais visível e com informações relevantes. **(APÓS A REFORMA)**

## Mural de Responsabilidades Técnicas da unidade:

Temos um espaço na recepção próprio para colocar os documentos das responsabilidades técnicas, todas atualizadas, para visualização de todos os usuários e fiscalizadores.



## Certidões de Responsabilidade Técnica – CRT

Exibição das Certidões de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais envolvidos no atendimento, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, radiologistas. Vamos garantir que todos os CRTs estejam atualizados e em conformidade com as exigências legais. Verificando regularmente a validade e a atualização dessas certidões.



✓ **Certidão de Responsabilidade de Enfermagem**

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT**  
(Resolução COFEN nº 727 de 27 de setembro de 2023)

**Validade: De 12/08/2025 à 12/08/2026**

O COREN-SP expede o presente documento, designando como Responsável Técnico pela Gestão Assistencial na área de Enfermagem:

Nome da Enfermeira:	DRA MARINA DIAS FERREIRA		COREN-SP nº:	633929
Horário:	2ª a 6ª - 07h30 às 16h30		Carga Horária:	40h00min/Sem
Instituição Contratante:	INSTITUTO JURIDICO PARA EFETIVACAO DA CIDADANIA E SAUDE			
Endereço:	RUA JOSE HEMETERIO ANDRADE 950 (5º E 6º ANDAR)	Bairro:	BURITIS	
CEP:	30493180	Cidade:	BELO HORIZONTE	Estado: MG
Local de Atuação:	UPA MARY DOTA			
Endereço:	RUA PEDRO SALVADOR S/N QUADRA 02		Bairro:	NUC HAB M DOTA
CEP:	17026390	Cidade:	BAURU	Estado: SP
Anotação:	162286	Data:	12/08/2025	Livro: 402
			Folha:	51

Identificação Nº:  
45182/25710/166365

São Paulo, 12 de agosto de 2025

  
**SERGIO APARECIDO CLETO**  
COREN-SP 80.017  
Presidente

Esse documento possui mecanismos para validação de autenticidade. Para confirmar a veracidade dessas informações, acesse:  
<https://autenticidade-documentos-rt-re.coren-sp.gov.br> e utilize o código de acesso: 110C41DFE0F7 e a data do documento: 12/08/2025  
Código de segurança: 6631366130336132616666363464336231393364386562343339346163373535

✓ **Certidão de Responsabilidade de Farmácia**



Serviço Público Federal  
Conselho Federal de Farmácia



**CERTIDÃO DE REGULARIDADE**

Nome do Estabelecimento:	Rag Nº:
MUN BAURU UPA MARY DOTA	60862
CNPJ:	
46137410000180	
Razão Social:	
MUN BAURU	
Endereço:	
R PEDRO SALVADOTR S/N QUADRA 2 NUCLEO HAB MARY DOTA	
Município:	Ramo de Atividade:
BAURU - SP	FCIA PRIV CLIN/AMBULAT/PS MUN/EST
Horário de Funcionamento do Estabelecimento:	
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 00:01h às 23:59	
Rotina: (Sab) Das 00:01h às 23:59	
Rotina: (Dom) Das 00:01h às 23:59	

**Responsável Técnico**

Dra. LUANA BONFIM DA SILVA	FARMACÊUTICO	CRF:
		110968
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 07:00h às 19:00 (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)		
Rotina: (Sab) Das 07:00h às 19:00 (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)		
Rotina: (Dom) Das 07:00h às 19:00 (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)		

**Farmacêutico(s) Substituto(s)**

Dra. EDMARA REGINA FRANCO MARINHO	FARMACÊUTICO	CRF:
		45474
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 19:00h às 07:00 (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)		
Rotina: (Sab) Das 19:00h às 07:00 (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)		
Rotina: (Dom) Das 19:00h às 07:00 (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)		

Dra. REGINA CELIA DA SILVA	FARMACÊUTICO	CRF:
		17584
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 19:00h às 07:00 (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)		
Rotina: (Sab) Das 19:00h às 07:00 (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)		
Rotina: (Dom) Das 19:00h às 07:00 (Intervalo Das 03:00h às 04:00h)		

Dra. PATRÍCIA PAOLA MOLINA	FARMACÊUTICO	CRF:
		20849
Horário de assistência:		
Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 07:00h às 19:00 (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)		
Rotina: (Sab) Das 07:00h às 19:00 (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)		
Rotina: (Dom) Das 07:00h às 19:00 (Intervalo Das 12:00h às 13:00h)		

ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIKADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõem os artigos 22, parágrafo único e 24, da Lei nº 3.829/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drogeria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos.

Essa certidão foi expedida em 24 DE SETEMBRO DE 2025.

A validade dessa certidão deve ser consultada no portal [www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br).

SÃO PAULO, 24 DE SETEMBRO DE 2025.

a validade desta certidão  
www.crfsp.org.br

✓ **Certidão de Responsabilidade Médica**

29/09/2025, 08:30

Certidão de responsável técnico



**CERTIDÃO DE MANDATO DE DIRETORIA TÉCNICA**

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO a pedido de pessoa interessada, que revendo os assentamentos do cadastro de pessoas jurídicas deste Conselho, deles verificou constar que o **Dra.LARISSA MODESTO MIRANDA - CRM/SP nº 151249** figurou como **DIRETOR(a) TÉCNICO(a)** pelo estabelecimento denominado **UNID DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA MARY DOTA**, registrado sob nº 1009716, de 13/09/2024 até a presente data. Era o que se continha em ditos assentamentos, os quais vão aqui, bem e fielmente transcritos, e aos quais se reporta e da fê.

Certidão emitida gratuitamente em meio eletrônico em 29/09/2025 às 8:29:59

Válida até 28/11/2025

Código de protocolo: 163232

Para verificar a autenticidade, consulte o site do Cremesp ou utilize um leitor de qrCode

<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ConsultaCertidoes>



Dra. Larissa Modesto Miranda  
Diretora Técnica UPA Mary Dota  
CRM-SP 151249



✓ **Certidão de Responsabilidade de Odontologia**

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE INSCRIÇÃO**

Certificamos que a entidade neste documento qualificada foi registrada no Conselho Federal de Odontologia em 07/12/2017 no livro CP248 às folhas 89 e inscrita no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo sob categoria e número EPAO 18090, em 18/09/2017 no Livro 46 às folhas 74-V, de acordo com o disposto na Lei nº 5.965, de 10 de dezembro de 1973.

Razão Social / Denominação Social:  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU - UPA MARY DOTA**

Endereço:  
**RUA PEDRO SALVADOR, 2, NÚCLEO HABITACIONAL MARY DOTA  
17026-390 BAURU - SP**

Responsável Técnico:  
**TIAGO CARVALHO DOS SANTOS**

São Paulo, 21 de maio de 2025

  
**Karina Monney Peixoto Ferrão de Azevedo, CD**  
Secretária CROSP

  
**Rogério Adib Kairalla, CD**  
Presidente CROSP

 Chave de autenticidade: d7a8d8fe-9954-43b5-a62d-877a1b1a1d03  
Para verificar a autenticidade deste documento acesse: <https://cro-sp.implanta.net.br/servicosonline/Publico/ValidarDocumentos/>

✓ **Certidão de Responsabilidade de Radiologia**

 <http://crr-sp.implanta.net.br/ServicosOnline/Publico/ValidarDocumentos?id=6a736363-da86-4757-80dd-e23eb9176813>

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA**

**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA / 5ª REGIÃO**

**CERTIFICADO DE SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS Nº 1374/2024**

Certificamos que na Instituição INSTITUTO JURIDICO PARA EFETIVACAO DA CIDADANIA E SAUDE - UPA MARY DOTA - PM BAURU

Localizada à R PEDRO SALVADOR, S/N - QUADRA 2 - BAURU - SP - CEP: 17026-390 CNPJ nº 03.893.350/0001-12

Encontra-se Credenciado o (a) LAZARO APARECIDO CARNEIRO FILHO CRTR nº 21575T

como **SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS (SATR)**, no Setor de RADIOLOGIA

em cumprimento à Lei Federal nº 7.394/85, artigo 10, e de acordo com a Resolução CONTER nº11, de 11 de novembro de 2011.

Válido até: 22/10/2025 São Paulo, 22/10/2024

  
**DIRETOR PRESIDENTE**  
Agnaldo da Silva

  
**DIRETOR SECRETÁRIO**  
Lucy Hellen Marques

Este Certificado deverá ser afixado em local visível ao público.  
Tem validade de 01 (um) ano, devendo ser requerida a respectiva renovação nos 30 (trinta) dias que antecedem o seu vencimento.

Documento assinado eletronicamente

## Indicador qualitativo: Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento

INDICADOR		OBJETIVO		CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO		
2	Serão desenvolvidas ações previstas na Política Nacional de Humanização no SUS, tais como a instituição de protocolo de acolhimento e de classificação de risco, execução de ações de educação permanente com foco na humanização da atenção. O indicador de aferição desse parâmetro é dado por meio da efetiva existência e implantação do protocolo de acolhimento e de classificação de risco, além da execução de no mínimo uma ação educativa com foco na humanização da atenção a cada 04 (quatro) meses.		<b>Pontuação:</b> 0% a 99,9%: Meta Não alcançada >100%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%			
	Efetividade das ações de Humanização do atendimento					
FONTE		META: 100%				
		RESULTADO	100,0%	PONTOS OBTIDOS		ALCANÇADA
FÓRMULA		PRODUÇÃO				
		REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL				TOTAL
Item 1: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Implementado		SIM				100%
Item 2: Realização de capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrimestral (setembro, janeiro, maio)		SIM				100%
Item 3: Processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail)		SIM				100%
JUSTIFICATIVA						
Item 1: <b>Acolhimento com Classificação de Risco:</b> Realizado mudanças para melhorar acolhimento como monitor multiparâmetro e/ou um técnico na triagem para agilizar o atendimento em todos os pacientes que são admitidos na unidade, sempre quando necessário, onde o tempo excede mais de 20min de espera, abrimos a segunda triagem com enfermeiro. Item 2: <b>PNH:</b> Instituído como protocolo institucional, onde serão realizados treinamentos semestrais. Item 3: <b>Ouvidoria:</b> Implantar buscas mais efetivas para realização com os usuários, como entrega pela enfermagem após atendimento dos usuários nas aplicações e após as transferências para instituição de referência.						
PLANO DE AÇÃO						
•Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco: Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; (PRAZO 30 DIAS) CONCLUÍDO •Agendar treinamento de capacitação e melhoras nas classificações dos enfermeiros, junto ao protocolo revisado; (PRAZO 60 DIAS) •Item 2 - PNH: Realizar treinamentos semestrais com agendamento. (PRAZO 90 DIAS) SENDO REALIZADO DE FORMA CONTINUA "IN LOCO" INDIVIDUALMENTE E EM GRUPO •Item 3 - Ouvidoria: Manter orientação quanto a orientação dos pacientes a realizar ouvidorias quando sentir necessidade (PRAZO CONSTANTE)						

### Justificativa:

**Item 1: Acolhimento com Classificação de Risco:** Realizado mudanças para melhorar acolhimento como monitor multiparâmetro e/ou um técnico na triagem para agilizar o atendimento em todos os pacientes que são admitidos na unidade, sempre quando necessário, onde o tempo excede mais de 20min de espera, abrimos a segunda triagem com enfermeiro.

**Item 2: PNH:** Instituído como protocolo institucional, onde serão realizados treinamentos semestrais.

**Item 3: Ouvidoria:** Implantar buscas mais efetivas para realização com os usuários, como entrega pela enfermagem após atendimento dos usuários nas aplicações e após as transferências para instituição de referência.

### Ações de Melhorias:

- Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco:** Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; (PRAZO 30 DIAS) CONCLUÍDO
- Agendar treinamento de capacitação e melhoras nas classificações dos enfermeiros, junto ao protocolo revisado; (EM ANDAMENTO MAIS 30 DIAS)

- **Item 2 - PNH:** Realizar treinamentos semestrais com agendamento. **(PRAZO 90 DIAS) SENDO REALIZADO DE FORMA CONTINUA "IN LOCO" INDIVIDUALMENTE E EM GRUPO**
- **Item 3 - Ouvidoria:** Manter orientação quanto a orientação dos pacientes a realizar ouvidorias quando sentir necessidade **(PRAZO CONSTANTE)**

### Indicador qualitativo: Comissões Obrigatórias e Apoio Assistencial (Anexo 1)

INDICADOR	OBJETIVO		CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO			
3	Percentual de Cumprimento do Planejamento de Comissões Obrigatórias e de Apoio Assistencial		Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada > 90%: Meta Alcançada			
<small>*A Unidade de Pronto Atendimento irá contar com comissões técnicas efetivamente implantadas e manter registro para cada uma, de acordo com a legislação vigente, sendo elas: Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética de Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Verificação de Óbitos; Comissão de Gerenciamento de Riscos; Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Médica Interna de Segurança; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA; Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas; Conselho Gestor da Unidade.</small>	META: 100%					
	RESULTADO:	80,0%	PONTOS OBTIDOS			NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO						
Fórmula	Ato Normativo Atualizado	Cronograma validado	Regimento Interno Implementado	Cumpri cronograma de reunião?	Ata e lista de presença de evidência	Resultado
Comissão de Ética Médica	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Ética de Enfermagem	NÃO SE APLICA NESTA UNIDADE	NÃO SE APLICA NESTA UNIDADE	NÃO SE APLICA NESTA UNIDADE	NÃO SE APLICA NESTA UNIDADE	NÃO SE APLICA NESTA UNIDADE	NÃO SE APLICA NESTA UNIDADE
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Verificação de Óbitos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Gerenciamento de Riscos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de PGRSS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão de Núcleo Interno de Segurança do Paciente	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Conselho Gestor da Unidade	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	25%

**Comissão de Ética de Enfermagem:** As comissões obrigatórias seguem sendo realizadas, conforme atas de reunião que ficam na unidade, porém a comissão de ética de enfermagem, não compete a essa unidade pois não atingimos a quantidade suficiente da equipe > 51 profissionais dessa categoria para formar junto ao órgão fiscalizador COFEN a comissão.

**Conselho Gestor da Unidade:** Foi realizado as eleições pela prefeitura da unidade, no mês de julho e estamos aguardando os dados oficiais das eleições em diário oficial.

### Ações de Melhorias:

- Realizada análise das comissões e redistribuído o plano diretor de cada comissão denominando novos colaboradores. Definido novo cronograma de datas de reuniões das comissões. **(PRAZO 30 DIAS)**

- Aguardar a publicação em diário oficial os eleitos, e junto a gestão da prefeitura realizar as reuniões.

## **Ouvidoria (Anexo 2)**

### **Análise Crítica – Ouvidoria da Unidade**

Durante o período analisado, foram registradas **14 manifestações físicas de ouvidoria** na unidade, distribuídas em:

- **1 denúncias,**
- **10 elogios,**
- **3 reclamações.**

Além disso, foram registradas **9 ouvidorias no canal da Prefeitura (E-DOC)**, devidamente respondidas dentro do prazo regulamentar.

Observa-se que a **ouvidoria é utilizada de forma diversificada pelos usuários**, contemplando desde denúncias até manifestações positivas de reconhecimento do trabalho da equipe. Isso reforça a importância do canal como instrumento de participação social e de melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

No caso das **denúncias e reclamações**, todas foram apuradas, e quando o usuário se identificou, houve devolutiva no total de 3 usuários, demonstrando comprometimento com a transparência e seriedade no tratamento das situações.

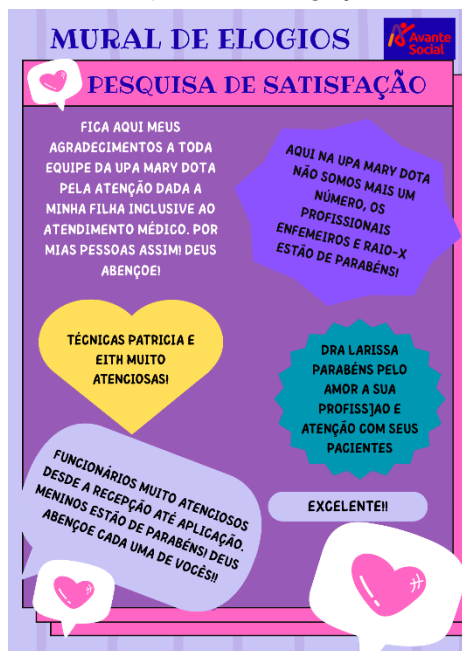
Em relação às **reclamações**, foi realizada apuração de fatos e construção de planos de ação, garantindo que as manifestações dos usuários resultem em **melhorias contínuas nos processos internos**.

Os **elogios recebidos** foram encaminhados aos colaboradores envolvidos ou divulgados nos grupos gerais, promovendo reconhecimento institucional e fortalecendo a motivação da equipe. Essa prática é positiva, pois valoriza o empenho dos profissionais e incentiva a manutenção de boas práticas.

### **Ações de melhorias:**



- Ampliar a divulgação dos canais de ouvidoria para garantir maior participação da comunidade.



(PRAZO DE 30 DIAS) CONCLUÍDO

- Implantar relatórios periódicos de análise de indicadores da ouvidoria, permitindo monitorar evolução de reclamações, elogios e denúncias ao longo do tempo. (PRAZO CONTINUO)
- Promover campanhas educativas junto aos usuários para orientar sobre o correto uso da ouvidoria, diferenciando claramente reclamações, denúncias, sugestões e elogios. (PRAZO 90 DIAS)

### Produtividade de avaliações da Nutricionista e das Assistente Sociais (Anexo 8)

A nutricionista realiza levantamento mensal dos atendimentos efetuados, totalizando 70 avaliações no período. Os pacientes avaliados são aqueles que permanecem em observação por tempo superior a seis horas. Todos são acompanhados diariamente, com registros de evolução clínica inseridos tanto no prontuário físico do paciente quanto no sistema MV, garantindo a continuidade e rastreabilidade das informações nutricionais.

Durante o mês, foram realizadas 535 consultas pelo Serviço Social, abrangendo todos os casos pertinentes à atuação do setor. As avaliações são devidamente registradas no prontuário do paciente, com abertura de notificações no SINAN nos casos de violência sexual, intoxicação exógena e acidentes de trabalho. A unidade conta com a presença de assistente social 24 horas por dia, o que possibilita a prestação de uma assistência integral e contínua aos pacientes.

## **6. Serviços realizados dentro da unidade pelas terceirizadas, Departamento Pessoal e Recursos Humanos.**

### **6.1 Engenharia Clínica**

Segue **Anexo 3**, com os laudos de todas as manutenções corretivas e preventivas realizadas com equipamentos da unidade, foi realizado laudos de obsolescência de alguns equipamentos da unidade. Encaminhado para conserto 2 autoclaves patrimônios 98.322 e 101.348, para recuperação, pois no momento possuímos apenas 1 autoclave, encaminhado também um aspirador portátil da marca nevon para recuperação patrimônio 159667. OBS: Estamos aguardando o retorno desses equipamentos a unidade e acompanhando junto a empresa que está realizando a manutenção.

### **6.2 Gerador**

Segue **anexo 4**, laudo da manutenção preventiva do grupo gerador do mês de setembro de 2025, fornecido pela empresa terceirizada. Equipamento em bom funcionamento conforme laudo;

### **6.3 Refrigeradores**

Foi realizada a **aquisição de 18 novos aparelhos de ar-condicionado**, com alinhamento junto às gestoras da Prefeitura para instalação. O processo está integrado ao projeto de **reforma e revitalização da unidade**, que se encontra em andamento e sem previsão de término.

No dia **20/09/2025**, foram entregues mais **10 aparelhos de refrigeração e 2 cortinas de ar** destinados à substituição dos que estavam inoperantes. Neste momento, a prioridade definida é absorver a demanda das **áreas assistenciais**, com a **instalação de 7 aparelhos de ar-condicionado**, contemplando:

- Consultórios médicos,
- Farmácia,
- Enfermarias.

Realizado a confecção de um ofício a ser enviado a gestoras da prefeitura, pois não possuímos rubrica para essas instalações de centrais adquiridas pela prefeitura, pois não faz parte de manutenção e sim de aquisição de novos equipamentos. Estaremos oficiando a prefeitura assim, que esse documento estiver pronto, para conseguirmos instalar antes da entrada do verão.

Essa priorização se deve ao fato de que parte da unidade ainda está em obras, impossibilitando a instalação imediata em todos os setores.

O planejamento prevê que, até o verão, os usuários e colaboradores contem com **ambiente climatizado e adequado**, promovendo **maior conforto e qualidade no atendimento**, além de melhores condições de trabalho para a equipe.

#### **Pontos positivos identificados:**

- Reforço da infraestrutura da unidade com novos equipamentos.
- Priorização das áreas assistenciais mais críticas, garantindo impacto direto no atendimento ao usuário.
- Planejamento antecipado para o período de maior demanda climática (verão).

#### **6.4 Limpeza (Anexo 5)**

A empresa alerta absorveu a limpeza externa da unidade, sendo assim, contemplamos com a empresa toda a limpeza da unidade de saúde.

#### **6.5 RH e DP (Anexo 6 e 7)**

Encontra-se todas as escalas da unidade, que seguem critério rigoroso de cumprimento, sendo necessário justificativas aos recursos humanos em caso de ausências e trocas, no momento possuímos 1 técnico de enfermagem por afastamento de licença saúde.

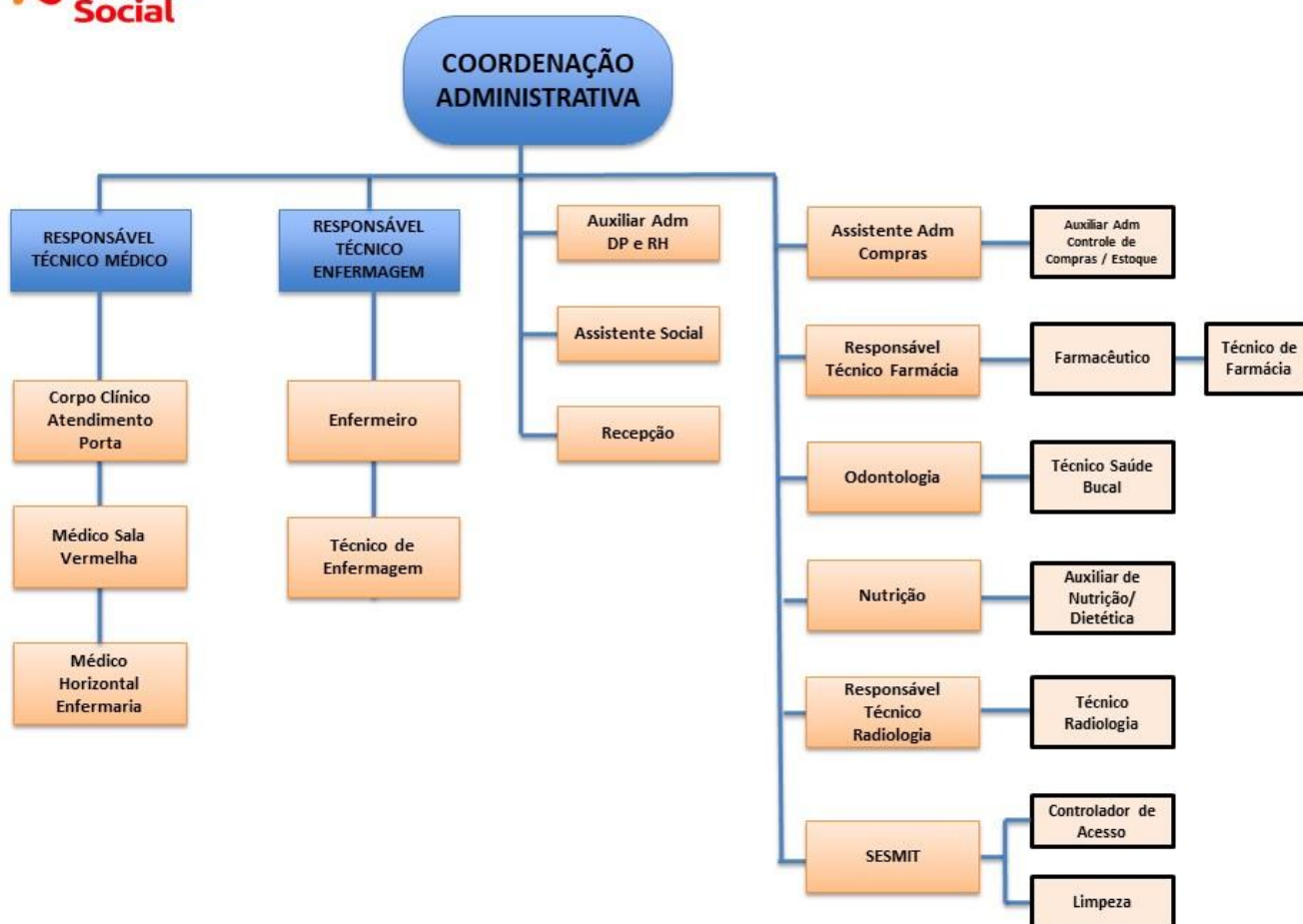
Segue anexo com as informações pertinentes as contratações e desligamentos, porém estamos com quadro da equipe assistencial completo. Seguindo dimensionamento adequado em todos os setores. Equipe médica e odontológica, segue as escalas, não tendo nenhum dia sem atendimento dentro da unidade.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos encontramos numa fase de organização estrutural da unidade, sendo apresentado a vocês organograma, onde definimos lideranças, dentro das áreas.



## ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL UPA MARY DOTA



Estamos em fase de implantação de protocolos de segurança do paciente como de medicação junto a farmácia, identificação dos pacientes e classificação de risco, com intuito de mitigar riscos e fornecer sempre atendimento com segurança aos pacientes dessa unidade.

Esses elementos vêm sendo continuamente revisados e aperfeiçoados, com capacitações e treinamentos direcionados a toda a equipe da unidade, promovendo uma integração mais efetiva e qualificada.

Destacamos que o relacionamento construído com a Secretaria Municipal de Saúde, a Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências, bem como com a gestora e fiscal do contrato, tem se mostrado um diferencial



estratégico e um fator crítico para o sucesso desta parceria. A cooperação mútua, a comunicação transparente e o comprometimento das partes envolvidas foram essenciais para os avanços conquistados até aqui e continuarão sendo pilares fundamentais para a consolidação dos resultados esperados ao longo da nova fase do projeto.

Bauru, 07 de outubro de 2025



Fabiana R.

**Fabiana Rocha Jorge**  
Coordenadora da Unidade  
UPA Mary Dota

Fabiana Rocha Jorge

Coordenadora Administrativa da Unidade UPA Mary Dota / Bauru - SP