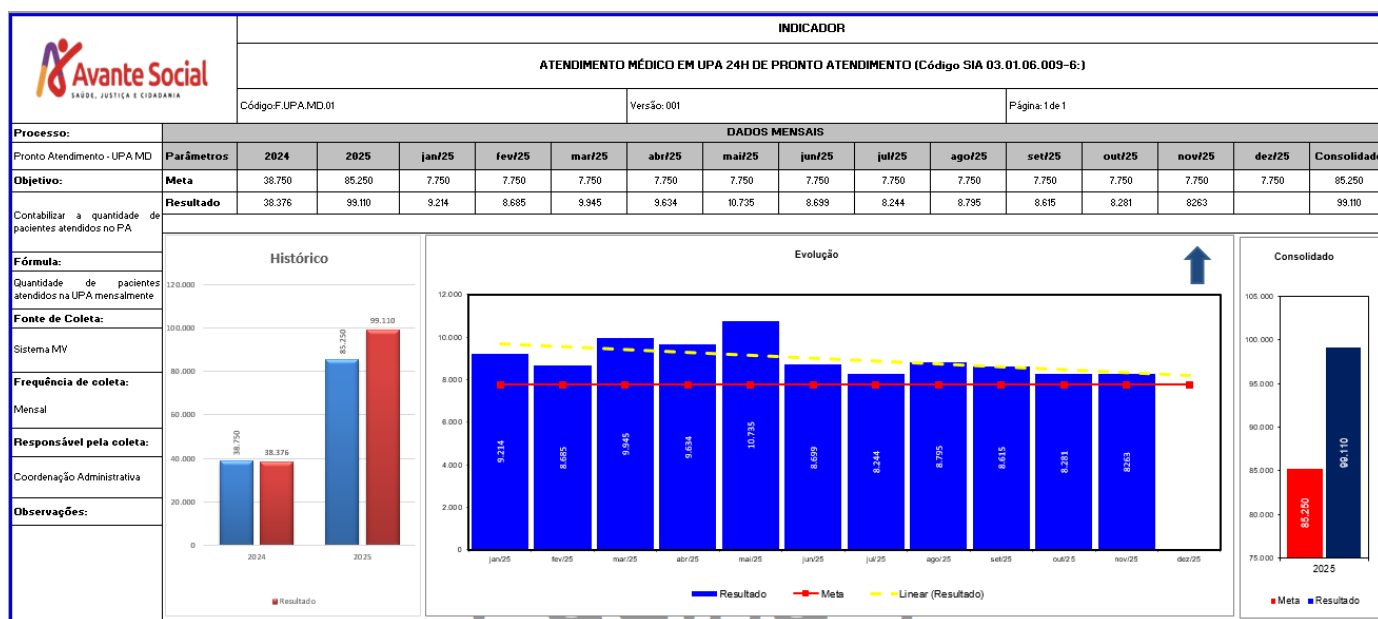


PRESTAÇÃO DE CONTAS REFERENTE A NOVEMBRO DE 2025

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: 8.263 atendimentos no mês referente

Análise Crítica do indicador: Indicador encontra-se dentro da meta estabelecida, mas mantém uma discreta tendência de queda. Nos comparativos dos últimos meses, mantivemos um número de atendimento linear. Devemos reforçar que esse número é a soma dos atendimentos médicos e odontológicos. Onde forma realizados 7.582 atendimentos médicos e 681 atendimentos odontológicos. Realizada reunião com as gestoras da prefeitura Sras. Carolina Trentin e Fabiana Cristina, para alinharmos metas para 2026.

Melhorias a serem realizadas no mês de Dezembro/2025:

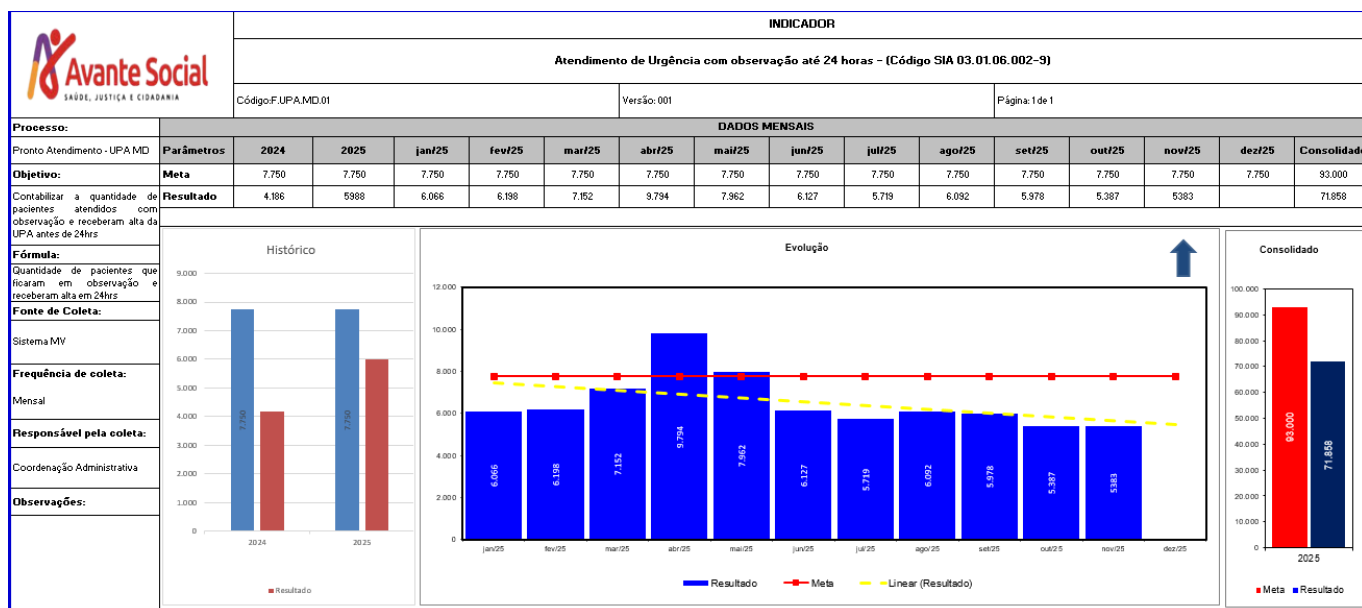
AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
------------------	-------	-------------

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, para o ano de 2026. Segunda reunião agendada para 08/12.	30 DIAS	Fabiana e Gestoras da Prefeitura

Feedback das Ações Realizadas em Novembro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Monitorar separadamente atendimentos médicos e odontológicos	30 DIAS	Coordenadora Administrativa0	CONCLUIDO
Implementar ações de melhoria no fluxo de triagem e atendimento	60 DIAS	Coordenação de Enfermagem e Médica	CONCLUIDO
Revitalizar a unidade, com intuito de melhorar o fluxo e iniciar atendimento pediátrico	180 DIAS	GESTÃO AVANTE E FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO
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.	30 DIAS	Fabiana e Gestoras da Prefeitura	REALIZADO REUNIÃO E AGUARDAMOS A SEGUNDA DE ALINHAMENTO PARA DIA 08/12

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



Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 5.383 pacientes

Análise Crítica do indicador: O indicador demonstra uma forma linear em observações no último semestre, mantendo-se dentro da meta. A linha de tendência demonstra trajetória descendente, porém observa-se como em análises anteriores que a meta indicada para esse indicador não é possível atingir, com isso foi realizado a primeira reunião de alinhamento de metas com as gestoras da prefeitura Sra Carolina Trentin e Fabiana Cristina, estamos aguardando a realização da segunda dia 08/12, para novas metas 2026.

Melhorias a serem realizadas no mês de Dezembro/2025:

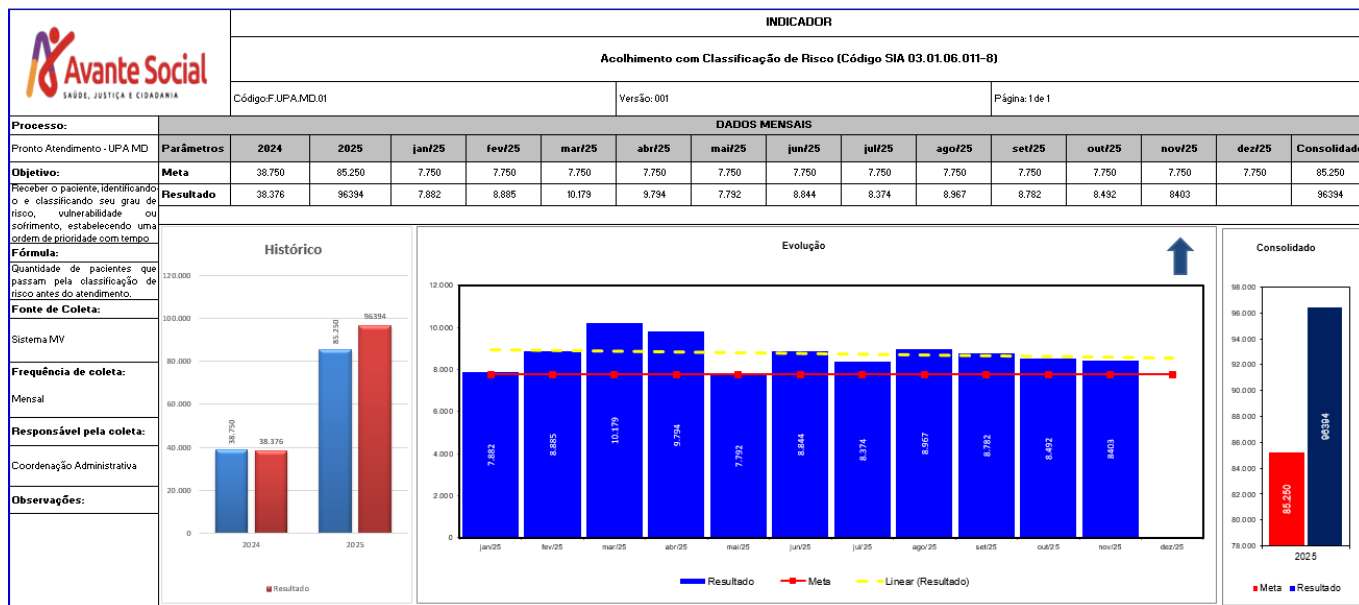
AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, pois nem todos os meus pacientes atendidos necessitam de observação de 24 horas. Realizar a segunda reunião dia 08/12.	90 DIAS	FABIANA ROCHA JORGE

Feedback das Ações Realizadas em Novembro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
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	CONCLUIDO
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	REALIZADO PRIMEIRA REUNIÃO, AGUARDANDO A SEGUNDA PARA ALINHAMENTOS DAS METAS NO DIA 08/12

Indicador: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

(Código SIA 03.01.06.011-8)



Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.403 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. O excedente de 9% no valor da meta, refere ao atendimento realizado pela enfermagem, como aferição de sinais vitais, glicemia capilar, orientação entre outros que não tem necessidade de passar com os médicos.

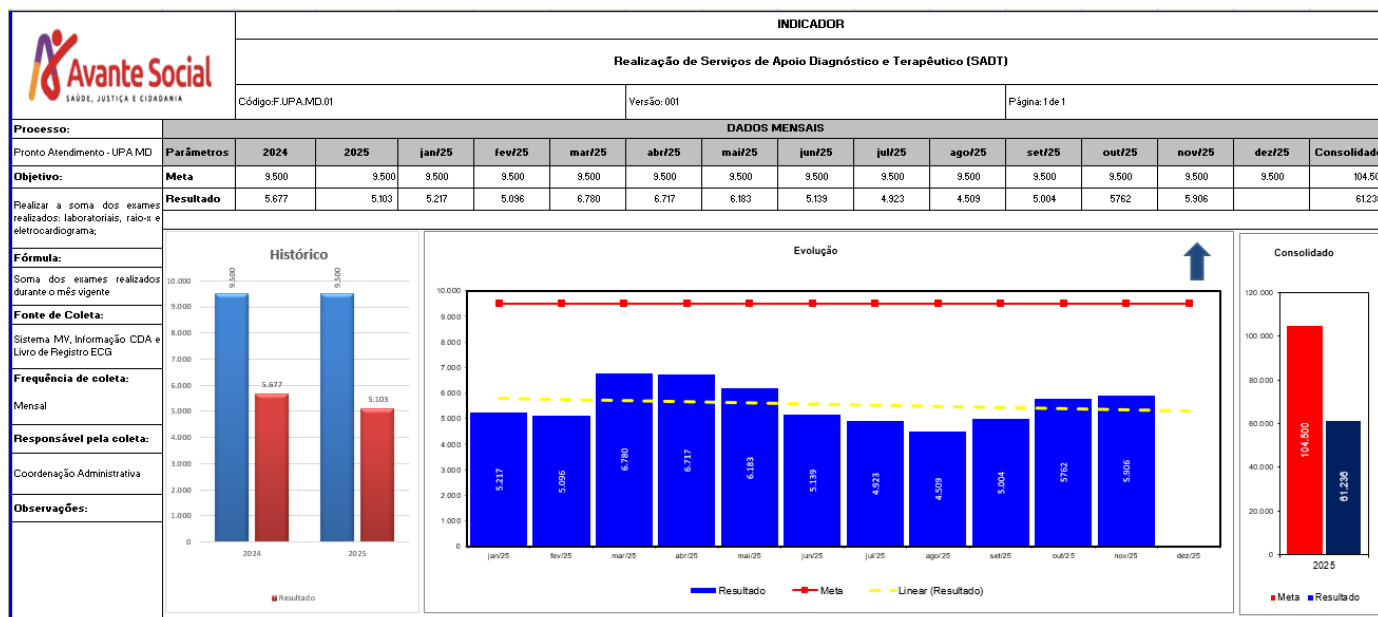
Melhorias a serem realizadas no mês de Dezembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	60 DIAS	FABIANA R. JORGE
2. Realizar uma forma de avaliação dos enfermeiros em relação a classificação.	30 DIAS	MARINA DIAS FERREIRA

Feedback das Ações Realizadas em Novembro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
1. Realizar a triagem do paciente em tempo de espera menor que 15min após abertura da ficha	60 DIAS	FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO

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



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

Resultado obtido: 5.906 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. Realizado primeira reunião de alinhamento em novembro de 2025, aguardando a segunda reunião para dia 08/12.

Laboratório: No período analisado, registrou a realização de 4.604 exames de análises clínicas em 968 pacientes, não tivemos variações significativas em relação aos meses anteriores na quantidade de exames solicitados para os usuários atendidos.

RX: Foram realizados 1.085 exames de imagem, observa-se um aumento de 16% em relação ao mês passado.

ECG: Foram realizados 217 eletrocardiogramas na unidade, observa-se plano de ação eficaz quando ao registro manual da enfermagem em caderno, mas observamos que o plano de ação não foi efetivo pois existem falhas na solicitação do sistema MV e dificuldade da enfermagem em dar baixa no sistema, mas esperamos, mas já evoluímos com melhora de solicitação via sistema. Laboratório mostra-se satisfatório, e tivemos uma melhora significativa no volume de realização de imagens do RX. O ECG permaneceu em um volume satisfatório de exames realizados, mantendo-se em volume linear.

Melhorias a serem realizadas no mês de Dezembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1. Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA
2. 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

Feedback das Ações Realizadas em Novembro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
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	NÃO EFETIVO
Reunir com os gestores de contratos para alinhar uma nova meta mensal, para uma meta tangível.	90 DIAS	FABIANA R. JORGE / GESTORAS PREFEITURA	REALIZADO PRIMEIRA REUNIÃO DE ALINHAMENTO AGUARDANDO A SEGUNDA REUNIÃO DIA 08/12.

Indicador: TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**Meta mensal: 70% de satisfação****Resultado obtido: 72% taxa global**

Análise Crítica do indicador: No mês de referência, foram realizadas 118 avaliações, resultando em um índice de 81% de satisfação dos usuários, frente à meta estabelecida de 70%. Observa-se uma melhora significativa da satisfação dos clientes, após realização dos planos de ação efetivos, pois tivemos uma melhora em todos os itens segmentados e na avaliação geral do indicador. A tendência mostra-se favorável para melhora na satisfação dos usuários. Não foi contabilizado os elogios da ouvidoria.

A análise segmentada por setor demonstra o seguinte desempenho:

Recepção: 75%**Portaria: 85%****Higienização: 83%****Classificação de Risco: 80%****Atendimento Médico: 80%****Enfermagem: 82%****Avaliação Geral: 78%**

Todos os setores superaram a meta estabelecida no indicador.

Dessa forma, é importante monitorar os próximos meses para identificar se a tendência de queda se mantém ou se estabiliza após a adaptação do novo formulário. Recomenda-se também analisar de forma mais detalhada o desempenho da Enfermagem e da Avaliação Geral, a fim de compreender os fatores que levaram à redução da percepção positiva dos usuários.

Melhorias a serem realizadas no mês de Dezembro/2025:

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
Abrir um novo local estratégico para realizar a pesquisa de satisfação,	30 DIAS	FABIANA R. JORGE E RECEPÇÃO

Feedback das Ações Realizadas em Novembro/2025

AÇÕES PLANEJADAS	PRAZO	RESPONSÁVEL	FEEDBACK AÇÃO
Monitorar por três meses consecutivos os resultados após a atualização do formulário, para análise de tendência real	60 DIAS	FABIANA R. JORGE	EM ANDAMENTO
Realizar reunião de alinhamento com equipe de enfermagem para discutir o resultado e levantar causas;	30 DIAS	MARINA D. FERREIRA	CONCLUÍDO
Reforçar orientações quanto à humanização, escuta ativa e empatia no atendimento;	60 DIAS	LÍDERES DO SETOR	EM ANDAMENTO
Implementar acompanhamento da equipe em campo (supervisão direta)	30 DIAS	MARINA D. FERREIRA	CONCLUÍDO
Divulgar informações aos pacientes por meio de cartazes e orientação direta sobre etapas do atendimento e responsabilidades de cada setor	30 DIAS	SESMT	CONCLUÍDO

2. INDICADORES QUALITATIVOS

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>>90%: Meta Alcançada</p>			
	Conformidade no processo de Informação aos usuários.					
FONTE:		META: 90%				
		RESULTADO:	100,0%	PONTOS OBTIDOS	ALCANÇADA	
FÓRMULA		PRODUÇÃO				
		REALIZADO: SIM / NÃO / PARCIAL				
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)		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

São Paulo, 12 de agosto de 2025

Identificação Nº:
45182/25710/166365


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:	Razão Social:	Endereço:	Município:	Ramo de Atividade:	Reg Nº:
MUN BAURU UPA MARY DOTA	MUN BAURU	R PEDRO SALVADOTR S/N QUADRA 2 NUCLEO HAB MARY DOTA	BAURU - SP	FCIA PRIV CLIN/AMBULAT/PS MUN/EST	60862
CNPJ: 46137410000180					
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 3.820/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drograria, 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.

SÃO PAULO, 24 DE SETEMBRO DE 2025.

a validade desta certidão
www.crfsp.org.br

✓ **Certidão de Responsabilidade Médica**

05/12/2025, 10:01

Certidão de responsável técnico



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



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 fé.

Certidão emitida gratuitamente em meio eletrônico em 05/12/2025 às 10:01:05

Válida até 03/02/2026

Código de protocolo: 170856

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

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



✓ **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

CROSP nº 171284

São Paulo, 21 de maio de 2025

[Assinatura]
Karina Monney Peixoto Ferrão de Azevedo, CD
Secretária CROSP

[Assinatura]
Rogério Adib Kairalla, CD
Presidente CROSP

15 de Novembro de 2025
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Chave de Autenticidade: **g7a8d8fe-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 nº 11, de 11 de novembro de 2011.

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

[Assinatura]
DIRETOR PRESIDENTE
Agnaldo da Silva

[Assinatura]
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.		Pontuação: 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			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: 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.					
PLANO DE AÇÃO					
Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco: Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; (PRAZO 30 DIAS) CONCLUÍDO 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: Mudado formulário para se tornar mais eficiente, iremos abrir outros canais de comunicação com o usuário e feedback com os canais de ouvidoria da prefeitura.

Ações de Melhorias:

- Item 1 - Acolhimento com Classificação de Risco:** Realizar revisão do protocolo de classificação de risco; **CONCLUÍDO**
- Agendar treinamento de capacitação e melhoras nas classificações dos enfermeiros, junto ao protocolo revisado; **CONCLUÍDO**

- **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 comissão técnica efetivamente implantada e mantida, quatro por cada uma, de acordo com a seguinte divisão: 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 Risco de Serviço de Saúde; Comissão de Médica Interna de Segurança; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA; Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Víctimas; Conselho Gestor da Unidade.</small>	META: 100%					
	RESULTADO:	80,0%	PONTOS OBTIDOS			NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO						
Fórmula	Ato Normativo Atualizado	Cronograma validado	Regimento Interno Implementado	Cumprir 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. **CONCLUÍDO EM OUTUBRO.**
- Aguardar a publicação em diário oficial os eleitos do Conselho Gestor, e junto a gestão da prefeitura realizar as reuniões.

3. OUVIDORIA (ANEXO 2)

Análise Crítica – Ouvidoria da Unidade

Durante o período analisado, foram registradas **09 manifestações físicas de ouvidoria** na unidade, distribuídas em:

- **0 denúncias,**
- **4 elogios,**
- **5 reclamações.**

Além disso, foram registradas **4 notificações no canal da Prefeitura (B-DOC)**, sendo 1 solicitação de correção de Declaração de Óbito da Vigilância Sanitária, 1 validação de atestado, 2 ouvidorias que foram respondidas.

Observa-se que a **ouvidoria é utilizada de forma diversificada pelos usuários**, sendo utilizado os canais disponíveis como o canal direto da prefeitura que nos encaminha para resposta e temos formulário próprio que foi reformulado para um novo documento com intuito de melhorar o entendimento e envolvimento do usuário na unidade. As ouvidorias contemplam 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 respondidas aos usuários por canais de e-mail ou telefone.

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. **(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. **(EM ANDAMENTO)**

4. PRODUTIVIDADE DE AVALIAÇÕES DA NUTRICIONISTA E DAS ASSISTENTE SOCIAIS (Anexo 8)

A nutricionista realiza levantamento mensal dos atendimentos efetuados, totalizando 74 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 570 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.

5. SERVIÇOS REALIZADOS DENTRO DA UNIDADE PELAS TERCEIRIZADAS, DEPARTAMENTO PESSOAL E RECURSOS HUMANOS.

5.1 Engenharia Clínica (Anexo 3)

Segue 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 nevoni para recuperação patrimônio 159667. OBS: Os equipamentos estão em término de conserto, ouve atraso devido a uma placa pendente que estavam aguardando com isso até dezembro a entrega dos equipamentos.

5.2 Gerador (Anexo 4)

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

5.3 Refrigeradores

O Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) é um documento técnico obrigatório para todos os estabelecimentos que possuem sistemas de climatização (ar-condicionado) com capacidade igual ou superior a 60.000 BTU/h. Em ambientes hospitalares, onde há grande circulação de pessoas e presença de pacientes imunologicamente vulneráveis, a implementação e manutenção adequada do PMOC são fundamentais para garantir a **qualidade do ar interior**, prevenir contaminações e assegurar a **segurança sanitária e ocupacional**. Segue as legislações vigentes como:

- **Lei nº 13.589/2018** – Dispõe sobre a obrigatoriedade da implementação do PMOC em sistemas de climatização de ambientes de uso público e coletivo.
- Determina que todos os edifícios de uso público e coletivo devem possuir plano de manutenção, operação e controle de seus sistemas de climatização visando à prevenção de riscos à saúde dos ocupantes.
- **Portaria nº 3.523/GM de 28 de agosto de 1998 (Ministério da Saúde)** – Estabelece procedimentos e responsabilidades referentes à manutenção de sistemas de climatização.
- Define diretrizes para garantir a qualidade do ar interior e evitar riscos à saúde de ocupantes de ambientes climatizados.
- **Resolução RE nº 09/2003 da ANVISA** – Dispõe sobre padrões de qualidade do ar interior em ambientes climatizados de uso público e coletivo.
- Determina limites de concentração de contaminantes, periodicidade de manutenção e métodos de avaliação.
- **RDC nº 50/2002 da ANVISA** – Trata do regulamento técnico para o planejamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Exige que sistemas de ar-condicionado sejam projetados de modo a garantir renovação e tratamento de ar adequados conforme o tipo de ambiente hospitalar.
- **NR-9 (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde)** –
- Estabelecem medidas de controle para prevenção de riscos ambientais e biológicos, incluindo a necessidade de controle de qualidade do ar.

O principal objetivo do PMOC é assegurar que os sistemas de climatização estejam em condições ideais de funcionamento, evitando riscos à saúde dos ocupantes. O plano deve contemplar:

- Procedimentos de **limpeza, manutenção e troca de filtros**;
- Monitoramento da **qualidade do ar** (temperatura, umidade, concentração de CO₂ e contaminantes);

- Garantia de **eficiência energética** e **prolongamento da vida útil dos equipamentos**;
- Cumprimento das exigências legais e normativas de vigilância sanitária.

A unidade possui **16 novos aparelhos de ar-condicionado e 2 cortinas de ar**, 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 com previsão de término para primeiro semestre de 2026.

Planejamento de instalação de 7 novos aparelhos de ar condicionado de forma emergencial agora para Dezembro de 2025.

5.4 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.

5.5 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.

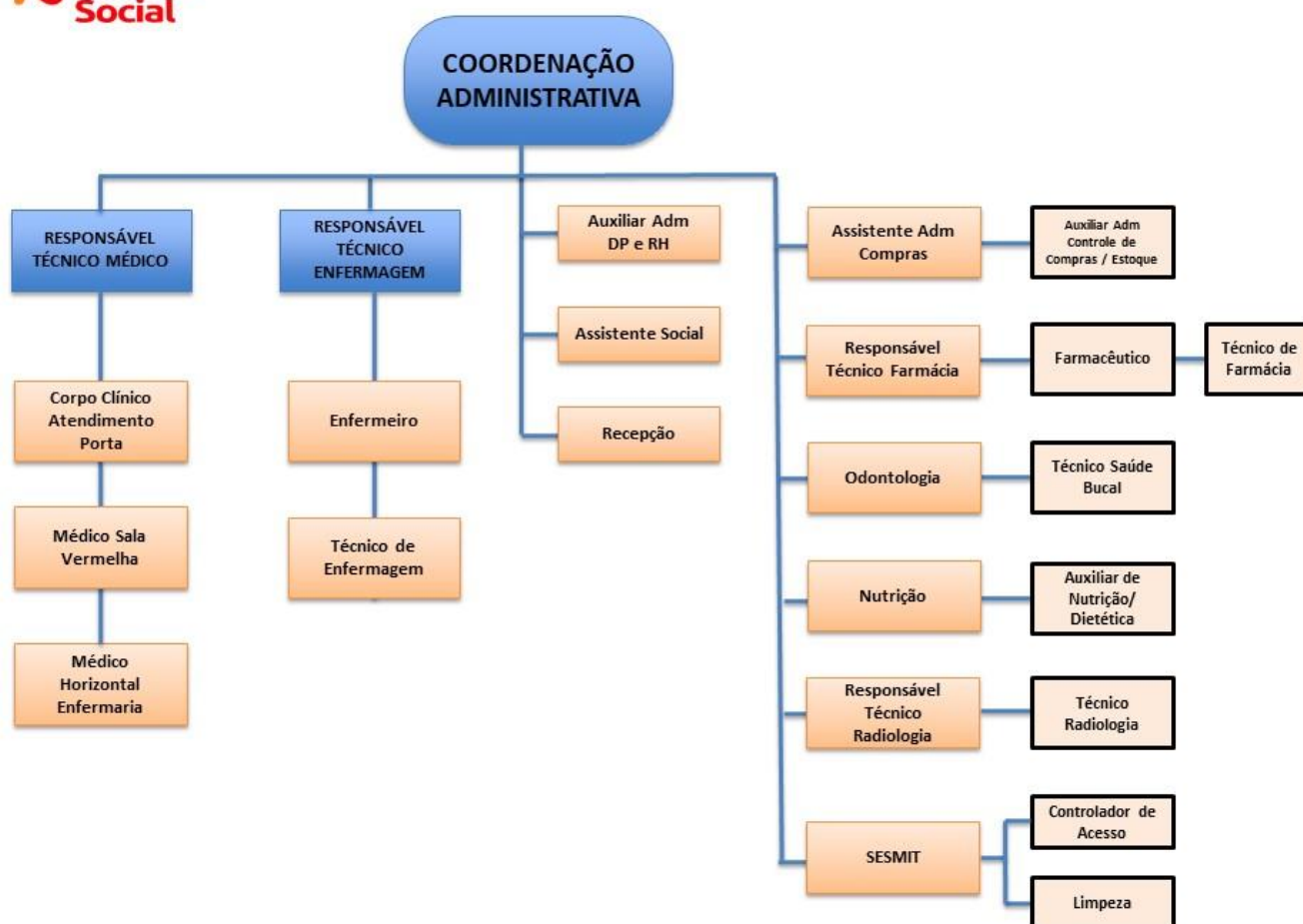
Segue anexo com as informações pertinentes as contratações e desligamentos, porém estamos com quadro da equipe assistencial completo. Seguindo dimensionamento adequado em todos os setores. Equipe médica e odontológica, segue as escalas, não tendo nenhum dia sem atendimento dentro da unidade.

6. 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, 05 de dezembro 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