



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PERNAMBUCO - CRM-PE
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO

RELATÓRIO DE VISTORIA 1441/2025 - Nº 1

Razão Social: CLINICA NEFROLOGICA DE ARCOVERDE LTDA - EPP - SOS RIM

Nome Fantasia: CLINICA NEFROLOGICA DE ARCOVERDE LTDA - EPP - SOS RIM

CNPJ: 04.291.667/0001.41

Registro Empresa (CRM-PE): 1216

Endereço: RUA ZELIA BARBOSA DE SIQUEIRA, 90

Bairro: SAO CRISTOVAO

Cidade: Arcoverde - PE

CEP: 56512-001

Telefone(s): (87) 3821-1383

E-mail: faturamento@CNA-ARCOVERDE.COM.BR;diretoria@cna-arcoverde.com.br

Diretor(a) Técnico(a): Dr(a). JOSÉ EDUARDO DE ALMEIDA LOPES CRM-PE: 10633 - NEFROLOGIA
(Registro: 5757)

Sede Administrativa: Não

Origem: SETOR PESSOA FÍSICA

Fato Gerador: DENÚNCIA

Fiscalização Presencial / Fiscalização Não Presencial: Fiscalização Presencial

Data da Fiscalização: 03/06/2026 - 13:52 às 03/06/2026 - 17:36

Equipe de Fiscalização: Dr(a). Polyanna Rossana Neves da Silva CRM-PE 13881

Acompanhante(s)/Informante(s) da instituição: Polyoneze Domingos de Farias

Cargos: Gerente administrativa

Ano: 2025

Processo de Origem: 1441/2025/PE

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Vistoria de fiscalização realizada sem comunicação prévia do Cremepe ao estabelecimento fiscalizado.



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



Ao chegar ao estabelecimento, a médica fiscal, Polyanna Neves, exibindo sua identidade funcional como credencial para o ato fiscalizatório, solicitou contato com o médico responsável técnico.

O médico responsável técnico, Dr. José Eduardo de Almeida Lopes, recebeu a médica fiscal e, por não poder acompanhar pessoalmente a vistoria de fiscalização, designou a gerente administrativa Polyoneze Domingos de Farias para acompanhá-la em seu lugar.

Realizada reunião preliminar, com exposição da motivação da vistoria, descrição objetiva da dinâmica do procedimento fiscalizatório e solicitação de informações complementares que, quando disponibilizadas, foram incorporadas ao presente relatório de vistoria.

Foram solicitadas informações sobre: alvarás, indicadores; escalas de médicos plantonistas, relação atualizada de médicos, informando nome completo, número de inscrição junto ao Cremepe, relação atualizada de empresas prestadoras de serviços médicos, informando razão social, CNPJ, relatórios de análise da água de hemodiálise.

E-mails informados durante a vistoria: faturamento@CNA-ARCOVERDE.COM.BR; diretoria@cna-arcoverde.com.br

2. ABASTECIMENTO DE ÁGUA

- 2.1 Há abastecimento de água própria para consumo humano: Sim
- 2.2 Abastecimento regular e permanente: Sim
- 2.3 Rede pública canalizada: Não
- 2.4 Poço: Não
- 2.5 Carro-pipa: Sim (carro-pipa vai até o centro de abastecimento da Compesa para buscar a água)
- 2.6 Caixa d'água: Sim
- 2.7 Cisterna: Não
- 2.8 Limpeza e desinfecção periódica do reservatório de água: Sim
- 2.9 Data da última limpeza e desinfecção: 25/10/2025
- 2.10 Há controle periódico da qualidade da água consumida: Sim
- 2.11 Data do último controle: 20/05/2026
- 2.12 Há documentação comprobatória: Sim

3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE, OU EQUIVALENTE

- 3.1 Comissão de Controle de Infecção em Serviço de Saúde, ou equivalente: Sim
- 3.2 A prescrição de antibióticos na unidade hospital obedece às normas emanadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH: Sim
- 3.3 As rotinas técnico-operacionais constantes nas normas estabelecidas pela CCIH para a liberação e utilização dos antibióticos são ágeis e baseadas em protocolos científicos: Sim
- 3.4 É respeitada a determinação do Conselho Federal de Medicina de que os protocolos científicos não se subordinam a fatores de ordem econômica: Sim



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



4. DADOS CADASTRAIS

- 4.1 Inscrito junto ao CRM da jurisdição: Sim
- 4.2 Número de inscrição: 1216
- 4.3 Situação Regular: Sim
- 4.4 Certificado de Regularidade de Inscrição válido : Sim
- 4.5 Validade do Certificado de Regularidade de Inscrição PJ: 15/03/2027
- 4.6 Certificado de Regularidade de Inscrição PJ exposto ao público em geral: Sim
- 4.7 Diretor Técnico Médico formalizado junto ao CRM da jurisdição : Sim
- 4.8 Nome completo : José Eduardo de Almeida Lopes
- 4.9 Número de Inscrição junto ao CRM da jurisdição : 10.633
- 4.10 O Diretor Técnico possui RQE (apenas para serviços especializados): Sim (RQE nefrologia: 5757)
- 4.11 Cadastrado junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES: Sim
- 4.12 Número de cadastro: 5315654
- 4.13 Cadastrado em: 05/04/2007
- 4.14 Fontes de Custeio: SUS, Convênios
- 4.15 Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ: Sim
- 4.16 Número de cadastro: 04.291.667/0001-41
- 4.17 Alvará de Prevenção e Combate a Incêndios – Bombeiros: Sim
- 4.18 Disponível durante a Fiscalização: Sim
- 4.19 Válido: Sim
- 4.20 Data de validade: 29/04/2027
- 4.21 Na atividade de fiscalização, foram identificadas alterações de dados cadastrais: Sim
- 4.22 Responsável técnico médico: Não
- 4.23 Corpo Clínico: Sim
- 4.24 A atividade constatada é consistente com as cadastradas junto ao CRM: Sim
- 4.25 Estabelecimento privado: Sim
- 4.26 Há Alvará Sanitário expedido pela autoridade sanitária competente: Sim
- 4.27 Data de validade: 08/01/2027
- 4.28 Todas as atividades efetivamente realizadas estão autorizadas: Sim
- 4.29 Médico responsável técnico é o mesmo formalizado junto ao CRM da jurisdição: Sim

5. NATUREZA DO SERVIÇO

- 5.1 Natureza do Serviço: PRIVADO - Lucrativo, GESTÃO - Privada, ENSINO MÉDICO - Não

6. PRONTUÁRIO (GERAL)

- 6.1 Prontuário físico / papel: Sim
- 6.2 Arquivo comum: Sim (na recepção)
- 6.3 O local de guarda garante a preservação do sigilo: **Não** (guardado na recepção.)
- 6.4 Prontuário eletrônico: Sim
- 6.5 O prontuário eletrônico substitui o prontuário físico (elimina utilização de papel): **Não**
- 6.6 Data de atendimento/ato médico: Sim
- 6.7 Horário de atendimento/ato médico: **Não**
- 6.8 Identificação do paciente: Sim
- 6.9 Queixa principal: Sim
- 6.10 História da doença atual: Sim
- 6.11 História familiar: Sim
- 6.12 História pessoal: Sim
- 6.13 Exame físico: Sim



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QRCODE



- 6.14 Hipóteses diagnósticas: Sim
6.15 Exames complementares: Sim
6.16 Diagnóstico: Sim
6.17 Conduta: Sim
6.18 Em caso de óbito, registro da causa de morte: Sim
6.19 Letra legível: Sim
6.20 Informações compreensíveis: Sim
6.21 Identificação do médico assistente nas evoluções / prescrições / atendimentos: Sim

7. RESPONSABILIDADE TÉCNICA MÉDICA / DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICA

- 7.1 A responsabilidade técnica é exercida presencialmente: Sim
7.2 Nos impedimentos do diretor técnico, há formalização da designação de substituto: Sim
7.3 A direção técnica de serviço assistencial especializado é exercida por médico com registro de qualificação de especialista junto ao CRM na especialidade médica correspondente: Sim
7.4 Os médicos atuantes como supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados possuem registro de qualificação de especialista junto ao CRM na especialidade oferecida pelo serviço médico: Sim

8. CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

- 8.1 Serviço de doença renal crônica hospitalar: Não
8.2 Serviço de doença renal crônica extra-hospitalar (autônoma): Sim

9. CONCENTRADO POLIELETROLÍTICO PARA HEMODIÁLISE (CPHD)

- 9.1 Concentrado Polieletrolítico para Hemodiálise (CPHD) utilizado é industrializado: Sim
9.2 Concentrado Polieletrolítico para Hemodiálise (CPHD) é preparado em farmácias hospitalares ou no serviço de diálise, para uso na própria instituição: Não

10. CONSULTÓRIO NEFROLOGIA - GRUPO 1

- 10.1 Há garantias de privacidade para o paciente: Sim
10.2 Há garantias de confidencialidade do ato médico: Sim
10.3 2 cadeiras ou poltronas - uma para o paciente e outra para o acompanhante: Sim
10.4 1 cadeira ou poltrona para o médico: Sim
10.5 1 mesa / birô: Sim
10.6 1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável: Não
10.7 Medicamentos sujeitos à controle especial no local: Não
10.8 1 pia ou lavabo: Não
10.9 Toalhas de papel: Não
10.10 Sabonete líquido para a higiene: Não
10.11 Lixeiras com pedal: Sim
10.12 1 esfigmomanômetro: Sim
10.13 1 estetoscópio clínico: Sim
10.14 1 termômetro clínico: Sim
10.15 1 martelo para exame neurológico: Não
10.16 Abaixadores de língua descartáveis: Não
10.17 Luvas descartáveis: Sim
10.18 1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem: Não



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



- 10.19 1 otoscópio: Não
10.20 1 balança antropométrica adequada à faixa etária: Sim
10.21 1 fita métrica plástica flexível inelástica: Sim

11. CONSULTÓRIO NEFROLOGIA - GRUPO 1 # CONSULTÓRIO NEFROLOGIA PLANTÃO

- 11.1 Há garantias de privacidade para o paciente: Sim
11.2 Há garantias de confidencialidade do ato médico: Sim
11.3 2 cadeiras ou poltronas - uma para o paciente e outra para o acompanhante: Sim
11.4 1 cadeira ou poltrona para o médico: Sim
11.5 1 mesa / birô: Sim
11.6 1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável: Não
11.7 Medicamentos sujeitos à controle especial no local: Não
11.8 1 pia ou lavabo: Sim
11.9 Toalhas de papel: Sim
11.10 Sabonete líquido para a higiene: Sim
11.11 Lixeiras com pedal: Sim
11.12 1 esfigmomanômetro: Sim
11.13 1 estetoscópio clínico: Sim
11.14 1 termômetro clínico: Sim
11.15 1 martelo para exame neurológico: Não
11.16 Abaixadores de língua descartáveis: Não
11.17 Luvas descartáveis: Sim
11.18 1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem: Não
11.19 1 otoscópio: Não
11.20 1 balança antropométrica adequada à faixa etária: Sim
11.21 1 fita métrica plástica flexível inelástica: Sim
11.22 1 oftalmoscópio: Não

12. CORPO MÉDICO

- 12.1 Médicos: 6
12.2 Número total de nefrologistas: 3
12.3 Número total de cirurgiões gerais: 0
12.4 Número total de cirurgiões vasculares: 1 (contratado para prestação de serviços através de mutirões)
12.5 Número total de clínicos: 3
12.6 Respeita o quantitativo de 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes: Sim
12.7 A escala proposta para o atendimento médico no serviço está completa: Sim
12.8 Todos os médicos atuantes estão inscritos junto ao CRM da jurisdição: Sim
12.9 Todos os médicos informados como especialistas são detentores do respectivo RQE junto ao CRM da jurisdição: Sim
12.10 Todos os médicos identificados como atuantes no estabelecimento estão formalizados pelo estabelecimento em sua inscrição junto ao CRM da jurisdição: Não (apenas o diretor técnico consta no corpo clínico da empresa)

13. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E INFRAESTRUTURA DO AMBIENTE ESPECIFICO

- 13.1 Dispõe de Sistema de Energia Elétrica de Emergência: Sim
13.2 O Sistema de Energia Elétrica de Emergência atende todo o serviço Se Não, especificar quais



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QRCODE



setores estão atendidos: Sim

13.3 Dispõe de registro de manutenção preventiva e corretiva: Sim

14. POSTO DE ENFERMAGEM

14.1 Dispõe de um posto de enfermagem para cada 25 poltronas/leitos: Sim

14.2 Estetoscópio clínico adequando à idade/porte dos pacientes: Sim

14.3 Termômetro clínico: Sim

14.4 Bancada com cuba funda e água corrente: Sim

14.5 Sabonete líquido: Sim

14.6 Toalha de papel: Sim

14.7 EPI (equipamentos de proteção individual): Sim

14.8 Lavatório com conjunto completo para as lavagens das mãos : Sim

14.9 Recipiente rígido para descarte de material perfurocortante: Sim

14.10 Solução fisiológica 0,9%, tubos de 500ml: Sim

14.11 Solução glicosada 5%, tubos de 500ml: Sim

14.12 Solução Ringer Lactato, tubos de 500ml: Sim

14.13 Álcool gel: Sim

14.14 Material para curativos / retirada de pontos: Sim

14.15 Material para assepsia / esterilização dentro das normas sanitárias: Sim

15. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS TERCEIRIZADOS COMO PESSOA JURÍDICA

15.1 Prestação de serviços médicos terceirizados como pessoa jurídica: Sim

15.2 Empresa prestadora inscrita junto ao CRM: Não (AMADEU SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 63.408.676/0001-39), PERCIA BEZERRA DE MEDEIROS ATIVIDADE MEDICA LTDA (CNPJ: 55.620.320/0001-36) e FARIAS SERVIÇOS LTDA (CNPJ: 22.090.756/0001-01) não possuem registro no Cremepe)

16. PROCEDIMENTOS OFERECIDOS PELO SERVIÇO

16.1 Hemodiálise (HD): Sim

16.2 Diálise Peritoneal Intermitente (DPI): Não

16.3 Diálise Peritoneal Automática (DPA): Não

16.4 Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)/(DPAC): Não

16.5 Diálise Peritoneal Domiciliar (APD): Não

16.6 Programa de Diálise Pediátrica: Não

16.7 Implantação de Fístula para HD: Sim

16.8 Implantação do cateter para diálise peritoneal: Não

16.9 Fornece assistência nutricional ao paciente, com base na prescrição médica, no dia do procedimento dialítico: Sim

17. PRODUÇÃO

17.1 Número de pacientes em hemodiálise nos leitos de internação do EAS: 355

17.2 Tempo médio de espera para confecção de fístula: menos de 30 dias

17.3 Número de paciente admitidos nos últimos 3 meses: 35

17.4 Número de pacientes recuperados da função renal nos últimos 3 meses: 10 (sendo 05 por transplante)

17.5 Número de pacientes que abandonaram o tratamento nos últimos 3 meses: 01



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



17.6 Número de óbitos nos últimos 3 meses: 10

18. PRONTUÁRIO – QUESTÕES ESPECÍFICAS

18.1 Há registro de avaliação médica prévia à diálise: Sim

18.2 Há registro de peso prévio à diálise: Sim

18.3 Há registro de pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca prévios à diálise: Sim

18.4 Há registro de prescrição médica para a diálise, devidamente identificada e com registro de data e horário: Sim

18.5 Há registro da identificação de um novo dialisador, sempre assinado pelo paciente e mantido no prontuário do mesmo: Sim

18.6 Há registros em prontuário sobre a ciência e autorização do paciente sobre o reuso de dialisador: Sim

18.7 Há registro de sinais vitais durante a diálise, com discriminação dos horários: Sim

18.8 Há registro das intercorrências durante a sessão de hemodiálise: Sim

18.9 Caso afirmativo, há registro das condutas médicas (avaliação e prescrição), devidamente identificadas, com data e horário: Sim

18.10 Há registro de sinais vitais após a diálise, com discriminação dos horários: Sim

18.11 Há registro de peso após a diálise: Sim

18.12 Há registro de avaliação médica ao término da diálise/alta: Não (apenas se houver intercorrências)

18.13 Há registros de evolução médica mensal: Sim

19. QUALIDADE DA ÁGUA

19.1 O serviço de diálise possui um técnico responsável, com capacitação específica para a operação do Sistema de Tratamento da Água para Hemodiálise – STDAH: Sim

19.2 Há registros diários de monitoramento da água de abastecimento do serviço de diálise quanto às características físicas e organolépticas da água potável: Sim

19.3 Há registros periódicos do controle do padrão de qualidade da água tratada pelo STDAH, com análise da água para hemodiálise realizada por laboratório analítico, licenciado junto ao órgão sanitário competente: Sim (mensal (último em 20.05.2026))

19.4 Há registros do controle mensal do padrão de qualidade da água tratada pelo STDAH, com análise da água para hemodiálise realizada por laboratório analítico, licenciado junto ao órgão sanitário competente, quanto à presença de coliformes totais, contagem de bactérias heterotróficas e endotoxinas: Sim

19.5 Há registros do controle semestral do padrão de qualidade da água tratada pelo STDAH, com análise da água para hemodiálise realizada por laboratório analítico, licenciado junto ao órgão sanitário competente, quanto a elementos como Antimônio, Arsênico, Bário, Berílio, Cádmio, Cálcio, Chumbo, Cloro total, Cobre, Cromo, Fluoreto, Magnésio, Mercúrio, Nitrato, Potássio, Prata, Selênio, Sódio, Sulfato, Tálcio e Zinco: Sim

19.6 A condutividade da água para hemodiálise é monitorada continuamente por instrumento que apresente compensação para variações de temperatura e tenha dispositivo de alarme visual e auditivo: Sim

19.7 É verificada a qualidade bacteriológica da água para hemodiálise toda vez que ocorrem manifestações pirogênicas, bacteremia ou suspeitas de septicemia nos pacientes: Sim

19.8 Todos os laudos das análises do STDAH estão disponíveis, e arquivados, em conformidade com o estabelecido em normatização específica ou, na ausência desta, por um prazo mínimo de 5 (cinco) anos, para efeitos de inspeção sanitária: Sim

19.9 Há registro dos procedimentos de manutenção na frequência determinada pela autoridade sanitária e sempre que for verificada a não conformidade com os padrões estabelecidos para a água para hemodiálise: Sim

19.10 Durante os procedimentos de manutenção, limpeza e desinfecção do STDAH, é colocado um



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



alerta junto às máquinas de hemodiálise vedando sua utilização: Sim

20. RECURSOS HUMANOS

- 20.1 Médicos: Sim
- 20.2 Médicos: 6
- 20.3 Enfermeiros : 5
- 20.4 Engenheiros clínicos: 0
- 20.5 Farmacêuticos: 0
- 20.6 Nutricionistas: 1
- 20.7 Assistente Social: 1
- 20.8 Psicólogos: 1
- 20.9 Técnicos de enfermagem: 46
- 20.10 Outros: 1 (engenheiro da água)

21. REFERÊNCIA DO SERVIÇO

- 21.1 A unidade é referência em procedimento(s): Sim
- 21.2 Hemodiálise: Sim
- 21.3 Acesso Vascular: Não
- 21.4 Dispõe de serviço de remoção: Sim
- 21.5 Serviço Próprio: Não (contratualizado com o Hospital Memorial Arcoverde)
- 21.6 Relata dificuldade para transferências em alguma especialidade / serviço: Não
- 21.7 Dispõe de acesso à Central de Regulação para solicitação de transferências em caso de intercorrências: Sim
- 21.8 Dispõe de hospital de retaguarda: Sim (Hospital Regional Ruy de Barros Correia)
- 21.9 O hospital de retaguarda garante a internação do paciente decorrente do tratamento dialítico: Sim

22. REPROCESSAMENTO / REUSO

- 22.1 É respeitada a vedação ao reuso de dialisadores com a indicação na rotulagem de “proibido reprocessar”; que não possuam capilares com membrana biocompatível; de paciente com sorologia positiva para hepatite B, hepatite C (tratados ou não) e HIV; e de paciente com sorologia desconhecida para hepatite B, C e HIV: Sim
- 22.2 Há registro de todos os procedimentos de reprocessamento, inclusive com todos os valores da medida do volume interno das fibras do dialisador, obtidos durante o seu processamento, datados e assinados pelo responsável pelo processo, mantidos no prontuário do paciente: Sim
- 22.3 É respeitado o limite máximo de 20 (vinte) vezes de reuso para o mesmo paciente, após ser submetido ao processamento automático, observando-se a medida mínima permitida do volume interno das fibras: Sim
- 22.4 É realizado o descarte do dialisador sempre que, após a medida do volume interno das fibras, qualquer resultado indique uma redução superior a 20% (vinte por cento) do volume inicial, independentemente do número de reusos e do método empregado para o seu processamento: Sim
- 22.5 O profissional do serviço apresenta ao paciente o dialisador, devidamente identificado com o registro da data do primeiro uso, antes de ser submetido à hemodiálise: Sim
- 22.6 O registro da utilização de um novo dialisador é assinado pelo paciente e mantido no prontuário do mesmo: Sim



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



23. RESPONSABILIDADE TÉCNICA – ESPECÍFICA

- 23.1 Responsável técnico com registro de qualificação de especialista em Nefrologia junto ao CRM: Sim
23.2 O Responsável técnico, se formalizado, respeita o limite de responsabilidade técnica por um (01) serviço de diálise: Sim
23.3 Há responsável técnico substituto: Sim

24. SALA DE HEMODIÁLISE

- 24.1 Quantidade de poltronas/máquinas para tratamento de hemodiálise: 72
24.2 Quantidade de leitos/máquinas para tratamento de hemodiálise: 72
24.3 Área para guarda dos pertences dos pacientes: Não
24.4 Área de maca e cadeira de rodas: Sim
24.5 Área para lavagem de fístulas: Sim
24.6 Balança antropométrica: Sim
24.7 Balança própria para cadeirantes: Sim
24.8 Sala de utilidades: Sim
24.9 Dispõe de bancada com cuba funda e água corrente : Sim
24.10 Cilindros ou rede de gases medicinais: Sim
24.11 Sabonete líquido: Sim
24.12 Toalha de papel: Sim
24.13 Sanitários (masculino, feminino e adaptado): Sim
24.14 Identifica o paciente com pulseira ou etiqueta com nome completo e data de nascimento: Não
24.15 Funciona como ambiente exclusivo sem servir de passagem ou circulação de acesso a qualquer outro ambiente que não pertença ao serviço: Sim
24.16 A máquina de hemodiálise apresenta registro regular junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Sim
24.17 Há registro de manutenção preventiva das máquinas de hemodiálise, com periodicidade anual: Sim
24.18 Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento ao paciente durante o procedimento hemodialítico, inclusive médicos, permanecem no ambiente de diálise durante toda a sessão: Sim

25. SALA DE HEMODIÁLISE SOROLOGIA POSITIVA

- 25.1 Sala para hemodiálise de pacientes portadores de Hepatite B: Sim
25.2 Área para lavagem de fístulas exclusiva para essa sala: Sim

26. SALA DE RECUPERAÇÃO E DE EMERGÊNCIA

- 26.1 Dispõe de 1 leito de recuperação/emergência para cada 20 poltronas/leitos: Sim (no entanto são apenas 02 leitos de emergência para todas as poltronas)
26.2 Dispõe de bancada com cuba funda e água corrente: Sim
26.3 Sabonete líquido: Sim
26.4 Sabonete líquido: Sim
26.5 Toalha de papel: Sim
26.6 EPI (equipamentos de proteção individual): Sim
26.7 Carrinho, maleta ou kit contendo medicamentos e materiais para atendimento às



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



emergências: Sim
 26.8 Desfibrilador com monitor: Sim
 26.9 Oxímetro de pulso: Sim
 26.10 Aspirador de secreções: Sim
 26.11 Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara: Sim
 26.12 Cânulas / tubos endotraqueais: Sim
 26.13 Cânulas naso ou orofaríngeas: Sim
 26.14 Laringoscópio com lâminas adequadas: Sim
 26.15 Máscara laríngea: Não
 26.16 Guia para tubo traqueal e pinça condutora: Sim
 26.17 Sondas para aspiração: Sim
 26.18 Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa: Sim
 26.19 Fonte (fixa ou cilindro) de oxigênio com máscara aplicadora e umidificador: Sim
 26.20 EPI (equipamentos de proteção individual) para atendimento das intercorrências (luvas, aventais, máscaras e óculos): Sim
 26.21 Adrenalina: Sim
 26.22 Água destilada: Sim
 26.23 Aminofilina: Sim
 26.24 Amiodarona: Sim
 26.25 Atropina: Sim
 26.26 Cloreto de potássio: Sim
 26.27 Cloreto de sódio: Sim
 26.28 Dexametasona: Sim
 26.29 Diazepam: Sim
 26.30 Dopamina: Sim
 26.31 Fenitoína: Sim
 26.32 Fenobarbital: Sim
 26.33 Furosemida: Sim
 26.34 Glicose: Sim
 26.35 Haloperidol: Sim
 26.36 Hidrocortisona: Sim
 26.37 Lidocaína: Sim
 26.38 Midazolan: Sim
 26.39 Ringer Lactato: Sim

27. CORPO CLÍNICO

CRM	NOME	SITUAÇÃO	OBSERVAÇÃO
13882-PE	PERCIA ROSISTELLY BEZERRA DE MEDEIROS (NEFROLOGIA (Registro: 11021))	Regular	
21701-PE	LUÍS RIBEIRO QUEIRÓS (CLÍNICA MÉDICA (Registro: 16265), NEFROLOGIA (Registro: 16266))	Regular	
6665-PE	FERNANDO FLAVIO VIEIRA ANDRADA	Regular	
17253-PE	FLAVIO DE OLIVEIRA ANDRADA NETO (GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Registro: 1940))	Regular	
31072-PE	AMADEU ALEIXO FERNANDES NETO	Regular	



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
 CPF: **76704394400** em **11/06/2026 às 10:39**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **1441/2026** e código verificador abaixo do QR CODE



28. CONSTATAÇÕES

28.1 Serviço de doença renal crônica em funcionamento desde 2008.

28.2 O serviço oferece, como modalidade de terapia substitutiva renal, exclusivamente a hemodiálise, complementada por consultas com nefrologista e confecção de fístulas arteriovenosas sob anestesia local, realizadas no próprio serviço. Nos casos que requerem bloqueio de plexo, o procedimento é realizado no Hospital Memorial Arcoverde, instituição de referência vinculada ao serviço de hemodiálise mediante contrato, destinado aos pacientes beneficiários de plano de saúde.

28.3 O serviço funciona de segunda a sábado, das 5h40 às 20h. Fora desse horário, permanece de plantão um técnico de enfermagem durante o período noturno, responsável pela lavagem terminal das máquinas. Aos domingos, o serviço conta com a presença de um técnico de enfermagem e uma equipe de higienização.

28.4 As intercorrências clínicas dos pacientes do SUS ocorridas após o término da sessão de hemodiálise são atendidas pelo Hospital Regional Ruy de Barros Correia, instituição de referência do serviço. O perfil assistencial do serviço é predominantemente público, sendo 98% dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

28.5 Há um contrato de ambulância com o Hospital Memorial de Arcoverde, no entanto não há médico neste contrato. Caso haja necessidade de transferência com acompanhamento médico, o médico do SOS Rim é que irá realizar a transferência.

28.6 O serviço realiza também hemodiálise de pacientes agudos, por meio de equipe externa, sendo os procedimentos executados no Hospital Regional Ruy de Barros Correia e no Hospital Memorial Arcoverde.

28.7 O serviço dispõe de cinco salas de hemodiálise, descritas a seguir:

1. Sala Bem-te-vi: destinada a pacientes com sorologia conhecida negativa, conta com 24 pontos de hemodiálise, atendendo até 144 pacientes, além de 02 pontos reserva.
2. Sala Azulão: também destinada a pacientes com sorologia conhecida negativa, possui 28 pontos de hemodiálise, com capacidade para 168 pacientes, e 01 ponto reserva.
3. Sala Flamingo: destinada a pacientes com sorologia positiva (HIV e HCV), conta com 08 pontos de hemodiálise, atendendo até 48 pacientes, sem pontos reserva. Nesta sala, não há reuso de capilares, sendo todos descartados após o uso. Cada paciente positivo conta com um técnico de enfermagem exclusivo.

28.8 4. Sala Sabiá: destinada a pacientes com sorologia negativa, possui 12 pontos de hemodiálise, com capacidade para 72 pacientes, sem pontos reserva.

5. Sala Curió: conta com 01 ponto de hemodiálise, com capacidade para atendimento de um único paciente, encontrando-se atualmente sem paciente alocado.

28.9 Vacinação dos colaboradores e pacientes em dias com checagem de soroconversão.

28.10 Durante o período de realização das sessões de hemodiálise, o serviço conta com um médico plantonista. Adicionalmente, o Dr. José Eduardo de Almeida Lopes atua como médico diarista, presente nos dois turnos de funcionamento, de segunda a sexta-feira.

28.11 Laboratório terceirizado pelo Diagnóstico da América (DASA).

28.12 Esterilização terceirizada pelo Hospital Memorial Arcoverde.



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



28.13 Hoje com apenas 04 pacientes com sorologia positiva.

29. RECOMENDAÇÕES

29.1 SALA DE HEMODIÁLISE:

29.1.1. **Área para guarda dos pertences dos pacientes:** Item recomendatório conforme RDC Anvisa nº 11, de 13 de março de 2014

29.1.2. **Identifica o paciente com pulseira ou etiqueta com nome completo e data de nascimento:** Item recomendatório conforme RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 8º Inciso I. RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013: Artigo 8º Inciso IV

30. IRREGULARIDADES

30.1 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS TERCEIRIZADOS COMO PESSOA JURÍDICA:

30.1.1. **Empresa prestadora inscrita junto ao CRM. Não.** Item não conforme Artigos 17, 18 e 21 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e XIV. Normativas relacionadas: RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 11 Parágrafo Segundo. Lei Nº 6.839, de 30 de outubro de 1980: Artigo 1º

30.2 CORPO MÉDICO:

30.2.1. **Todos os médicos identificados como atuantes no estabelecimento estão formalizados pelo estabelecimento em sua inscrição junto ao CRM da jurisdição. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Inciso I. Resolução CFM nº 1.980/2011 – Anexo: Artigo 6º alínea “a”

30.3 INFORMAÇÕES CADASTRAIS / CORPO CLÍNICO:

30.3.1. **O Corpo Clínico constatado durante a vistoria está atualizado junto ao CRM. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.980/2011 – Anexo: Artigo 7º. Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018.

30.4 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA:

30.4.1. **Os equipamentos e/ou insumos de suporte à vida estão disponíveis e em condições plenas de funcionamento. Não.** Irregularidade elegível para notificação imediata, conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 5º Parágrafo Segundo Inciso I alínea “a”

30.5 SALA DE RECUPERAÇÃO E DE EMERGÊNCIA:

30.5.1. **Máscara laríngea. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (modificado/atualizado pela Resolução CFM nº 2.153/2016). Normativa relacionada: RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011 – Artigo 7º Inciso II alínea “c”

30.6 PRONTUÁRIO – QUESTÕES ESPECÍFICAS:

30.6.1. **Há registro de avaliação médica ao término da diálise/alta. Não.** Item não conforme Artigos 17, 18, 21 e 87 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 1.638/2002. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 45 e Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



NbMesLTr

2.153/2016). Normativa Relacionada: RDC Anvisa nº 11, de 13 de março de 2014: Artigo 11

30.7 CONSULTÓRIO NEFROLOGIA - GRUPO 1 # CONSULTÓRIO NEFROLOGIA PLANTÃO:

30.7.1. **1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

30.7.2. **Abaixadores de língua descartáveis. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

30.8 CONSULTÓRIO NEFROLOGIA - GRUPO 1:

30.8.1. **1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

30.8.2. **Abaixadores de língua descartáveis. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

30.9 PRONTUÁRIO (GERAL):

30.9.1. **Horário de atendimento/ato médico. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016). Resolução CFM nº 1.638/2002. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, II e X. Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Normativas relacionadas: RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 26 e Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde – PRC/MS Nº 1, de 28 de setembro de 2017: Artigo 4º Parágrafo Único Inciso IV

30.9.2. **O prontuário eletrônico substitui o prontuário físico (elimina utilização de papel). Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.821/2007: Artigo 4º. Resolução CFM nº 2.299/2021: Art. 5º Parágrafo único. Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016)

30.9.3. **O local de guarda garante a preservação do sigilo. Não.** Item não conforme Artigos 17, 18, 19, 21 e 85 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 1.638/2002: Artigo 1º. Resolução CFM nº 2.147/2016 - Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Normativa relacionada: RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 24 Parágrafo Primeiro e Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde – PRC/MS Nº 1, de 28 de setembro de 2017: Artigo 6º Inciso II

31. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Solicitado o envio ao Cremepe da análise da água para metais pesado.

Finalizada a inspeção, procedeu-se à lavratura e ao envio eletrônico (e-mail) dos termos de vistoria e notificação. s.

Acesse o Espaço do Fiscalizado por meio do link: <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/espaco-fiscalizado/#/>

Arcoverde - PE, 03 de junho de 2026.



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **11/06/2026 às 10:39**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **1441/2026** e código verificador abaixo do QR CODE



[illegible][illegible]



SOS RIM ARCOVERDE



SALA DE RECUPERAÇÃO E DE EMERGÊNCIA (foto 1)



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE





SALA DE RECUPERAÇÃO E DE EMERGÊNCIA (foto 2)



SALA DE RECUPERAÇÃO E DE EMERGÊNCIA (foto 3)



SALA DE RECUPERAÇÃO E DE EMERGÊNCIA (foto 4)



Consultório NEFROLOGIA - grupo 1





Consultório NEFROLOGIA - grupo 1 # CONSULTÓRIO NEFROLOGIA PLANTÃO



Consultório NEFROLOGIA - grupo 1 # CONSULTÓRIO NEFROLOGIA PLANTÃO



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QRCODE



NbMesLTr



SALA DE HEMODIÁLISE



SALA DE REUSO



SOSP **Formulário de Controle Mensal de Reuso**

Nº registro SOSP: 1441/2026 Data da Trossa: 11.05.2026

Paciente: Carla B. S. de Figueiredo Prémio inicial: 113 Final: 90

Capilar: 02

REUSO	DATA	PRÍMIO	OBSERVAÇÃO
01	21.04.2026	119	
02	23.04.2026	118	
03	25.04.2026	123	
04	28.04.2026	111	
05	30.04.2026	114	
06	02.05.2026	111	
07	05.05.2026	121	
08	07.05.2026	114	
09	09.05.2026	116	
10	12.05.2026	115	
11	14.05.2026	109	
12	16.05.2026	107	
13	19.05.2026	103	
14	21.05.2026	106	
15	23.05.26	106	
16	26.05.2026	97	
17	28.05.2026	94	
18	30.05.2026	90	
19	02.06.2026	78	
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Assinatura do Paciente: _____

Rua Zélia Barbosa de Siqueira, 90 - São Cristóvão - Arcoverde/PE
Fone/Fax: 87 3821.1383

CNPJ: 04.291.667/0001-41
contato@sosrimarcoverde.com.br

CONTROLE DE FICHA (REUSO)

CONTROLE REUSO (foto 1)

SOSP **Formulário de Controle Mensal de Reuso**

Nº registro SOSP: 1441/2026 Data da Trossa: 16.05.2026

Paciente: Carla B. S. de Figueiredo Prémio inicial: 121 Final: 95

Capilar: 02

REUSO	DATA	PRÍMIO	OBSERVAÇÃO
01	18.05.2026	121	
02	20.05.2026	128	
03	23.05.2026	126	
04	25.05.2026	124	
05	28.05.2026	117	
06	30.05.2026	117	
07	02.06.2026	114	
08	05.06.2026	120	
09	07.06.2026	126	
10	09.06.2026	124	
11	12.06.2026	117	
12	14.06.2026	117	
13	16.06.2026	116	
14	19.06.2026	118	
15	21.06.2026	118	
16	23.06.26	100	
17	26.06.2026	118	
18	28.06.2026	114	
19	30.06.2026	114	
20	02.07.2026		
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Assinatura do Paciente: _____

Rua Zélia Barbosa de Siqueira, 90 - São Cristóvão - Arcoverde/PE
Fone/Fax: 87 3821.1383

CNPJ: 04.291.667/0001-41
contato@sosrimarcoverde.com.br

SEG-QUA-SE KIT HEPARINA 53

CONTROLE REUSO (foto 2)



SALA DE OBSERVAÇÃO



SALA DE HEMODIÁLISE SOROLOGIA POSITIVA





SALA DE HEMODIÁLISE SOROLOGIA POSITIVA - Área para lavagem de fístulas exclusiva para essa sala

INDICADORES DE QUALIDADE							
INDICADORES DE RESULTADO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Nº DE PACIENTES	338	351	363	355	331	333	342
ADMISSÕES (Nº)	11	11	14	10	10	17	26
FALTAS (Nº)	89	85	99	135	98	96	79
TX RENAL (Nº)	3	0	3	2	0	0	5
INTERNAMENTOS (%)	6	3	4	4	3	1	9
ÓBITOS (%)	5	1	2	7	3	6	5
ACESSO FAV (%)	174	173	174	175	168	171	170
ACESSO CDL/PC TEMPORÁRIO (%)	164	178	187	178	163	162	172
PACIENTES SEM CONDIÇÕES DE FAV	15	15	15	21	16	15	15
CALAFRIOS EM RELAÇÃO AO Nº HD(%)	7,40%	2,56%	4,68%	4,23%	4,53%	3,30%	6,83%
INFECÇÕES DE FAV (%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00	0,00
INFECÇÕES DE ACESSO TEMPORÁRIO (%)	1,78%	0,57%	0,28%	0,56%	0,91%	1,20%	2,17
HEMOGLOBINA > g/dL (%)	24,27%	27,04%	23,46%	23,10%	15,92%	17,90%	24,84
FÓSFORO > mg/dL (%)	44,15%	47,88%	36,31%	38,59%	34,36%	39,77%	39,44
CÁLCIO > 10,5 mg/dL (%)	1,75%	1,95%	3,91%	1,69%	2,79%	4,26%	2,86
ALBUMINA > 3,5 g/dL (%)	91,23%	99,67%	77,37%	92,68%	73,80%	83,52%	92,24
PTH (200-600 pg/mL) (%)	33,33%	35,83%	31,28%	33,24%	36,27%	35,51%	10,37
KTV > 1,2 (%)	33,33%	35,83%	31,28%	33,24%	36,27%	35,51%	10,37

INDICADORES DE QUALIDADE



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QRCODE



NbMesLTr



LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Secretaria de Saúde
Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária



Setor Emissor: UNICOSA

Nº Processo: 00118607-14

Razão Social: CLINICA NEFROLOGICA DE ARCOVERDE LTDA

Nome de Fantasia: SOS RIM ARCOVERDE

CNPJ/CPF: 04.291.667/0001-41

Nº Cadastro: 6.69.223.321785

Endereço: RUA ZÉLIA BARBOSA DE SIQUEIRA

Nº: 90

Complemento:

Bairro: SAO CRISTOVAO

Cidade: ARCOVERDE

Área: SERVIÇOS DE SAÚDE

Atividade: SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Sub-atividade: HEMODIÁLISE

Responsável Técnico: JOSÉ EDUARDO DE ALMEIDA LOPES

Conselho: CRM

Número: 10633

LICENÇA APEVISA



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ATIVIDADES TÉCNICAS DO SERTÃO 4



ATESTADO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATESTADO DE REGULARIDADE

Válido até 29/04/2027

Protocolo nº: 2410210242923

Projeto de Incêndio nº: 153210001968

O Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, atesta que o estabelecimento abaixo especificado atende as exigências contidas no Código de Segurança Contra Incêndio de Pânico (COSCIP), em vigor no Estado de Pernambuco.

Razão Social: CLINICA NEFROLOGICA DE ARCOVERDE LTDA

Nome Fantasia: SOS RIM

CPF/CNPJ: 04.291.667/0001-41

Atividade Econômica Principal: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Endereço: RUA ZELIA BARBOSA DE SIQUEIRA, nº 90 - CEP: 56.503-625

Bairro: SAO CRISTOVAO

Município: ARCOVERDE - PE

Área: 1144.49 m²

Risco: COMERCIAL

Capacidade Máxima de Pessoas: 800

ATESTADO DE REGULARIDADE CORPO DE BOMBEIROS

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: 76704394400 em 11/06/2026 às 10:39

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 1441/2026 e código verificador abaixo do QR CODE



NbMesLTr

 CLÍNICA NEFROLÓGICA DE ARCOVERDE LTDA. TABELA DE MONITORAMENTO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - PCPEA		
CLÍNICA	CLÍNICA NEFROLÓGICA DE ARCOVERDE LTDA.	
MÊS/ANO:	ABRIL / 2026	
MUNICÍPIO:	ARCOVERDE/PE	
Nº PACIENTES:	355	
Nº PACIENTES EM HD:	355	
Nº PACIENTES EM DP:	0	
ITENS	QUANTIDADE	%
GRUPO 1 – CCIH		
INCIDENCIA DE PERITONITE	0	0,00%
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR CATETER	5	1,41%
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR POR FAV	0	0,00%
TAXA DE SOROCONVERSAO DE HEPATITE C	0	0,00%
TAXA DE SOROCONVERSAO DE HEPATITE B	0	0,00%
PREVALENCIA DE HIV	1	0,28%
PREVALENCIA DE HCV	3	0,85%
PREVALENCIA DE HBV	0	0,00%
TAXA DE PACIENTES EM ESQUEMA VACINAL	156	43,94%
TAXA DE PACIENTES EM USO DE CVC	180	50,70%
TAXA DE PACIENTES COM FAV	175	49,30%
GRUPO 2 – ASSISTENCIA (HD e DP)		
TAXA DE MORTALIDADE	7	1,97%
TAXA DE SAIDA POR TX	2	0,56%
TAXA DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES EM DIÁLISE	4	1,13%
TAXA DE TRANSFERENCIA DE HD PARA DP	0	0,00%
TAXA DE TRANSFERENCIA DE DP PARA HD	0	0,00%
GRUPO 3 – EVENTOS ADVERSOS GRAVES (HD)		
RUPTURA DE LINHA VENOSA DO SISTEMA DE DIÁLISE DURANTE HD	0	0,00%
HEMOLISE	0	0,00%
EMBOLIA GASOSA	0	0,00%
ANEURISMA DE FAV COM RISCO DE RUPTURA COM OU SEM INFECÇÃO	1	0,28%
PNEUMOTORAX SECUNDARIO A PUNÇÃO DE CATETER	0	0,00%
COAGULAÇÃO SISTEMA DE HD COM SIGNIFICATIVA PERDA DE SANGUE	2	0,56%
EXTERIORIZAÇÃO DA AGULHA DE FAV DURANTE HD	2	0,56%

ARCOVERDE, 12 DE MAIO DE 2026

INDICADORES



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **11/06/2026 às 10:39**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda **1441/2026** e código verificador abaixo do QR CODE

