



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

---

**RELATÓRIO DE VISTORIA 230/2023 - Nº 1**

**Razão Social:** INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ - FILIAL

**Nome Fantasia:** HOSPITAL DOM MALAN

**CNPJ:** 10.739.225/0023.23

**Registro Empresa (CRM-PE):** 5434

**Endereço:** AVENIDA DO AEROPORTO, S/N

**Bairro:** Centro

**Cidade:** Petrolina - PE

**CEP:** 56306-040

**Telefone(s):** (87) 3202-7001

**E-mail:** DIRMEDICA.HDM.ISMEP@GMAIL.COM

**Diretor Técnico:** Dr(a). TATIANA CERQUEIRA DA CUNHA CAVALCANTI DE CARVALHO ROZENDO - CRM-PE 15552

**Sede Administrativa:** Não

**Origem:** COORDENAÇÃO FISCALIZAÇÃO

**Fato Gerador:** DENÚNCIA

**Fiscalização Presencial / Fiscalização Não Presencial:** Fiscalização Presencial

**Data da Fiscalização:** 16/11/2023 - 14:30 às 18:45

**Equipe de Fiscalização:** Dr(a). Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto CRM-PE 10589, Dr(a). AKSA RAIZZA TAVARES DE ALBUQUERQUE CRM-PE 30914

**Acompanhante(s)/Informante(s) da instituição:** Tadeu Menezes, Magnilde Albuquerque, Mariana da Silva Borges Sá, João Carlos da Silva Santos, Angelica Cordeiro Guimarães

**Cargos:** Diretor Administrativo, Diretora Multidisciplinar, Coren 26061, Chefe do Centro Cirúrgico, Coren 450366, Anestesista, CRM 10989, Diretora de Ensino e Pesquisa, CRM 10281

**Ano:** 2023

**Processo de Origem:** 230/2023/PE

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O que motivou a vistoria foi solicitação do 1º Secretário e Chefe da Fiscalização Dr. Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha. Importante atenção ao protocolo Cremepe 019492/2023 de 23/10/2023 (incluindo documentos anexos: Ofício 15/2023 da Anestesia e Serviços médicos Ltda, Ofício Cremepe nº 4793/2023) e protocolo Cremepe 9633/2023.

Também participaram da vistoria a Vice Presidente do Simepe, Dra. Ana Carolina Araújo Oliveira Tabosa e a Diretora Regional do Simepe em Petrolina, Dra. Kassandra Castro Ferreira Silveira França.

Trata-se de um Estabelecimento de Saúde público, estadual com gestão pela O.S - Instituto Social das Medianeiras da Paz, com CNPJ 10.739.225/0023-23.

A gestão mudou, faz cerca de 10 meses. A gestão anterior era a Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar.

Informa que a unidade de saúde em tela é referência no tratamento materno infantil da região (cerca de 53 municípios, com uma população estimada de 2.000.000 de habitantes do Estado de Pernambuco e da Bahia).

Realiza atendimentos eletivos e de urgência/emergência.

- Atendimentos Eletivos:

Ginecologia e Obstetrícia;

Pediatria;

Neonatologia;

Cardiologia;

Anestesia (ambulatório pré anestésico);

Cirurgia Pediátrica;

Cirurgia Oncológica Pediátrica;

Cirurgia Ginecológica.

- Atendimentos de Urgência/Emergência:

Ginecologia e Obstetrícia (incluindo gestação de alto risco);

Pediatria.

Informa que a escala médica preconizada da obstetrícia são de 05 médicos/plantão e a escala médica está incompleta. Há plantão com apenas 02 médicos.

A escala médica preconizada da pediatria são de 03 médicos/plantão e a escala está completa, mas, Não contempla as férias e nessas situações utiliza o artifício do plantão extra para completar a escala. Possui também mais 3 pediatras/neonatoLOGISTAS que são responsáveis pela sala de parto e berçário.

Possui 250 leitos; 04 Salas de Cirurgia; Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) com 04 leitos; UTI adulto/materna com 10 leitos; UTI Pediátrica e Neonatal com 10 leitos (são 6 leitos para neonatologia e 4 leitos para pediatria) e UCI neonatal com 30 leitos.

Importante atenção a RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002; Unidade Funcional: 4 - Apoio ao Diagnóstico e Terapia; 4.6 Centro Cirúrgico; 2 salas. Para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos deve haver uma sala. Observar também que há apenas duas torneiras para escovação. 4.6.3 Área de escovação; Até 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras por cada sala. Mais de 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras a cada novo par de salas ou fração.

O objetivo da vistoria é o setor da anestesia.

Conta com 03 médicos/anestesiSTAS/plantão, sendo que 2 ficam responsáveis pelas cirurgias de urgências e o outro é o plantonista da SRPA e que a escala médica preconizada dos anestesiSTAS está completa.

## **2. ABRANGÊNCIA HOSPITALAR**

2.1 Abrangência Hospitalar: Interestadual/Fronteiras

## **3. COMISSÕES**

3.1 A unidade dispõe de mais de 30 médicos: Sim

3.2 Comissão de Revisão de Prontuários: Sim

3.3 Comissão de Revisão de Óbito: Sim

3.4 Comissão de Controle de Infecção em Serviço de Saúde - CISS (antiga CCIH): Sim

3.5 Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH: Sim

3.6 Realiza pesquisas: Sim

3.7 Pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa: Sim

3.8 Registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Sim (Informa que utiliza a Conep da Univasf ou do Imip.)

3.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA - se regime do trabalho CLT) ou Comissão Local de Saúde do Trabalhador (CLST - se regime do trabalho RJU): Sim

3.10 Núcleo de Segurança do Paciente: Sim

3.11 Realiza comunicação e notificação dos eventos adversos - EA: Sim

3.12 Protocolos de segurança do paciente: Sim

3.13 Protocolos de identificação do paciente: Sim

3.14 Protocolos de higienização das mãos: Sim

3.15 Protocolos de cirurgia segura: Sim

3.16 Protocolos de prevenção de úlcera por pressão (UPP): Sim

3.17 Protocolos de prevenção de quedas: Sim

3.18 Protocolos de uso e administração de medicamentos: Sim

3.19 Residência Médica: Sim

3.20 Comissão de Residência Médica (Coreme): Sim

#### **4. COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA**

4.1 Complexidade da assistência: Média e Alta

#### **5. INFORMAÇÕES CADASTRAIS**

5.1 Alvará da Vigilância Sanitária: Possui, valido até: 20/01/2024

5.2 Alvará do Corpo de Bombeiros: Não possui

5.3 Certificado de Regularidade de Inscrição: Possui, valido até: 19/06/2024

#### **6. NATUREZA HOSPITALAR**

6.1 Natureza do Serviço: PÚBLICO - Estadual, GESTÃO - OS, ENSINO MÉDICO - Sim (Informa que recebe estudantes de medicina da Univasf - Universidade do Vale do São Francisco (Campos de

Petrolina e Paulo Afonso) além da UPE - Universidade de Pernambuco (Campos de Serra Talhada).  
Relata que são cerca de 80 estudantes/mês (do internato).)

6.2 Apresentou documento que comprove a legalidade do ensino médico: Não

6.3 Estágio Curricular: Sim

6.4 Convênio: Sim

## **7. PORTE DO HOSPITAL**

7.1 Porte do Hospital: Porte III

## **8. ÁREA DIAGNÓSTICA # CENTRO CIRÚRGICO**

8.1 Sala de raios-x: Sim

8.2 Sala de ultrassonografia: Sim

8.3 Sala de tomografia: Não

8.4 Sala de ressonância magnética: Não

8.5 Laboratório de análises clínicas: Sim

8.6 Funcionamento 24 horas: Sim

## **9. ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO # CENTRO CIRÚRGICO**

9.1 Na sala de parto: Sim

9.2 Outro local: Sim

## **10. ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO # CENTRO CIRÚRGICO**

10.1 Berço aquecido: Sim

10.2 Aspirador de secreções: Sim

10.3 Dispositivo para aspiração de mecônio na traqueia: **Não**

10.4 Rede de gases: Sim

## **11. ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - EXIGÊNCIAS PARA A SALA CIRÚRGICA OBSTÉTRICA # CENTRO CIRÚRGICO**

11.1 Mesa obstétrica: Sim

11.2 Foco cirúrgico: **Não** (Há queixas de constantes problemas nos focos cirúrgicos.)

## **12. ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - EXIGÊNCIAS PARA CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO # CENTRO CIRÚRGICO**

12.1 Vestiário com barreira: Sim

12.2 Local adequado para higienização das mãos: **Não**

12.3 Torneiras com abertura sem contato manual: **Não**

## **13. CARACTERÍSTICAS GERAIS # CENTRO CIRÚRGICO**

13.1 Número de atendimentos de emergência anual ultrapassa 50.000: Sim

13.2 É referência em especialidade(s): Sim

## **14. CENTRO CIRÚRGICO - ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES # CENTRO CIRÚRGICO**

14.1 Vestiário de barreira: Sim

14.2 Vestiário separado para os sexos masculino e feminino: Sim

14.3 Área para higienização das mãos: Sim

14.4 Salas de cirurgia climatizadas: Sim

14.5 Tipo: Split

## **15. CENTRO CIRÚRGICO - AVALIAÇÃO DOS DADOS DO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO # CENTRO CIRÚRGICO**

15.1 Faz consulta pré-anestésica em procedimentos eletivos: Sim

15.2 Estratificação do risco do paciente: Sim

15.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: **Não**

15.4 Ficha de consulta e/ou avaliação pré-anestésica: Sim

15.5 Identificação do médico anestesista: Sim

- 15.6 Identificação do paciente: Sim
- 15.7 Data da avaliação: Sim
- 15.8 Intervenção cirúrgica ou procedimento proposto: Sim
- 15.9 Dados antropométricos: Nenhum dos anteriores
- 15.10 Antecedentes pessoais e familiares: **Não**
- 15.11 Exame físico: Classificação de Mallampati
- 15.12 Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas: Sim
- 15.13 Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente): Sim
- 15.14 História clínica de alergias/história familiar de efeitos adversos em anestesia (ênfase em alergia a fármacos e látex) e hipertemia: Sim
- 15.15 Hábitos: tabagismo (número de cartelas ou cigarros/dia e tempo de tabagismo), etilismo (frequência e quantidade/tempo), entre outros: Sim
- 15.16 Resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso: Sim
- 15.17 Estado físico – avaliação dos sistemas: cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clínicas relevantes: Sim
- 15.18 Prescrição de medicação pré-anestésica, quando indicada.: Sim

## **16. CENTRO CIRÚRGICO # CENTRO CIRÚRGICO**

- 16.1 Centro cirúrgico: Sim
- 16.2 O centro cirúrgico funciona com atendimento obstétrico: Sim
- 16.3 Número de salas de uso comum - Planejadas: 4
- 16.4 Número de salas de uso comum - Operacionais: 3

## **17. CENTRO CIRÚRGICO - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE ESPECÍFICO # CENTRO CIRÚRGICO**

- 17.1 Sinalização de acessos: Sim
- 17.2 Ambiente com conforto térmico: Não
- 17.3 Ambiente com conforto acústico: Não

## **18. CENTRO CIRÚRGICO - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PRESENTES NO CENTRO CIRÚRGICO # CENTRO CIRÚRGICO**

18.1 1 desfibrilador: Sim

18.2 1 marcapasso transcutâneo (cabo e fonte): **Não**

18.3 Raio-x portátil: Sim

18.4 Intensificador de imagem: Não

18.5 Microscópio cirúrgico: Não

18.6 3 (três) pacotes cirúrgicos/L.A.P (campos e aventais), por pessoa no campo cirúrgico (no mínimo): Não

18.7 Nos últimos 30 dias, alguma cirurgia foi suspensa: Sim

18.8 Falta de roupa privativa para a equipe cirúrgica: Sim

18.9 Falta de anestesista: Não

18.10 Falta de sala/equipamentos: Sim

18.11 Falta de sangue no estoque: Não

## **19. CENTRO CIRÚRGICO - EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA SALA CIRÚRGICA # CENTRO CIRÚRGICO**

19.1 Monitor de PA não invasiva: Sim

19.2 Monitor cardíaco: Sim

19.3 Oxímetro: Sim

19.4 Capnógrafo / Capnômetro: **Não** (Apenas 2.)

19.5 Fonte fixa de O<sup>2</sup>: Sim

19.6 Fonte fixa de ar comprimido: Sim

19.7 Fonte fixa vácuo: Sim

19.8 Fonte fixa de óxido nitroso: Sim

19.9 Carro para anestesia: Sim

19.10 Aspirador na rede de gases: Sim

19.11 Aspirador elétrico: Sim

19.12 Máscara facial: Sim



- 19.13 Cânulas orofaríngeas: Sim
- 19.14 Estilete maleável tipo bougie: **Não**
- 19.15 Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis: Sim
- 19.16 Laringoscópio (cabos e lâminas): Sim
- 19.17 Dispositivo para cricotireostomia: **Não**
- 19.18 Agulhas e material para bloqueio anestésico : Sim
- 19.19 Foco cirúrgico de teto : Sim
- 19.20 Foco cirúrgico com bateria: **Não**
- 19.21 Mesa cirúrgica regulável: Sim
- 19.22 Bisturi elétrico: Sim
- 19.23 Tomadas elétricas: Sim
- 19.24 Negatoscópio ou outro meio que possibilite a leitura da imagem: Sim

## **20. CENTRO CIRÚRGICO - FÁRMACOS (PARA O LOCAL ONDE ESTÁ SENDO REALIZADO O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO) # CENTRO CIRÚRGICO**

- 20.1 Anestésicos locais: Sim
- 20.2 Hipnoindutores: Sim
- 20.3 Bloqueador neuromuscular: Sim
- 20.4 Antagonistas de bloqueador neuromuscular: Sim
- 20.5 Anestésico inalatório: Sim
- 20.6 Dantrolene sódico: Sim
- 20.7 Opióides: Sim
- 20.8 Antagonistas de opióides : Sim
- 20.9 Antiheméticos: Sim
- 20.10 Analgésicos não opióides : Sim
- 20.11 Corticoide venoso: Sim
- 20.12 Inibidores H2: Sim
- 20.13 Sulfato de efedrina / fenilefrina : Sim

- 20.14 Metaraminol: Sim
- 20.15 Vasopressina: Sim
- 20.16 Broncodilatadores: Sim
- 20.17 Gluconato e cloreto de cálcio: Sim

**21. CENTRO CIRÚRGICO - MEDICAMENTOS PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) E PÓS-RESSUSCITAÇÃO (PARA O LOCAL ONDE ESTÁ SENDO REALIZADO O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO) # CENTRO CIRÚRGICO**

- 21.1 Adrenalina: Sim
- 21.2 Atropina: Sim
- 21.3 Amiodarona: Sim
- 21.4 Sulfato de magnésio: Sim
- 21.5 Dopamina: Sim
- 21.6 Dobutamina: Sim
- 21.7 Noradrenalina: Sim
- 21.8 Adenosina: Sim
- 21.9 Lidocaína: Sim
- 21.10 Cloreto de potássio: Sim
- 21.11 Nitroprussiato de sódio: Sim
- 21.12 Nitroglicerina: Sim
- 21.13 Furosemida: Sim
- 21.14 Beta-bloqueadores de curta duração (esmolol, metoprolol): Sim
- 21.15 Bicarbonato de sódio: Sim
- 21.16 Soro fisiológico: Sim
- 21.17 Ringer Lactato: Sim
- 21.18 Albumina: **Não**
- 21.19 Colóides semi-sintéticos (gelatina, dextrana, hidroxietilamidos): **Não**

## **22. CENTRO CIRÚRGICO - SALA DE CONGELAÇÃO # CENTRO CIRÚRGICO**

22.1 Sala de congelação: Não

## **23. CENTRO CIRÚRGICO - SERVIÇO DE ANESTESIA # CENTRO CIRÚRGICO**

23.1 Consulta pré-anestésica: Sim

23.2 No momento da vistoria, foi observado o mesmo anestesista assistindo simultaneamente mais de uma cirurgia: Não

23.3 No momento da vistoria, foi observado o mesmo médico realizando cirurgia e anestesia simultaneamente: Não

23.4 As anestésias são realizadas por médico anesthesiologista: Sim

23.5 Fichas de avaliação pré-anestésica: Sim

23.6 Ficha de anestesia (intra-operatório): Sim

23.7 Ficha de recuperação pós-anestésica : Sim

23.8 O anestesista presente na sala cirúrgica / centro cirúrgico, no momento da vistoria, sente-se seguro com a quantidade de medicamentos disponíveis: Sim

## **24. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE ESPECÍFICO**

24.1 Sinalização de acessos: Sim

24.2 Ambiente com conforto térmico: Não (Há ambientes com climatização, mas a temperatura no estabelecimento de saúde é bastante elevada. Importante também atenção a qualidade do ar, pois foi observado a presença de aparelhos de ar condicionado tipo split e ausência de filtro HEPA. Sugiro observação a ABNT 7256.)

24.3 Ambiente com conforto acústico: Sim

24.4 Iluminação suficiente para a realização das atividades com segurança: Sim

24.5 Ambiente com boas condições de higiene e limpeza: Sim

## **25. DADOS DAS FICHAS DE ANESTESIA (FICHA COM INTERVALO NÃO SUPERIOR 10 MIN) # CENTRO CIRÚRGICO**

25.1 Identificação do(s) anesthesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento: Sim

25.2 Identificação do paciente: Sim

- 25.3 Início do procedimento: Sim
- 25.4 Término do procedimento: Sim
- 25.5 Técnica de anestesia empregada: Sim
- 25.6 Recursos de monitoração adotados: Sim

## **26. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E INFRAESTRUTURA**

- 26.1 Serviços terceirizados: Sim
- 26.2 Higiene: Sim
- 26.3 Segurança: Sim
- 26.4 Lavanderia: Não
- 26.5 Esterilização: Não
- 26.6 Coleta de resíduos: Sim
- 26.7 Serviço de nutrição e dietética: Não
- 26.8 Serviços médicos: Sim
- 26.9 Quais: São PJ: Anestesia; Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Ginecológica.
- 26.10 Normas de limpeza e desinfecção das áreas classificadas: críticas, não-críticas, semi-críticas: Sim
- 26.11 Controle de pragas: Sim
- 26.12 No momento da vistoria, foi observada a presença de animais sinantrópicos No momento da vistoria, foi observada a presença de animais: Sim
- 26.13 Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): Sim
- 26.14 Instalações prediais livres de trincas, rachaduras, mofo e/ou infiltrações: Não
- 26.15 Gerador de energia elétrica e reserva de combustível: Sim
- 26.16 O gerador de energia atende todo o hospital: Sim
- 26.17 Serviço de Urgência e Emergência: Sim
- 26.18 UTI: Sim
- 26.19 Centro cirúrgico: Sim
- 26.20 Centro obstétrico: Sim
- 26.21 A rede de gases abastece todo o hospital: Sim

## 27. FICHAS DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA # CENTRO CIRÚRGICO

27.1 Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o internamento na sala de recuperação pós-anestésica: Sim

27.2 Identificação do paciente: Sim

## 28. SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – SRPA # CENTRO CIRÚRGICO

28.1 Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA): Sim

28.2 Número de leitos da SRPA - Planejados: 4

28.3 Número de leitos da SRPA - Operacionais: 4

28.4 Monitor multiparamétrico: Sim

28.5 Monitor multiparamétrico: 4

28.6 Oxímetro: Sim

28.7 Oxímetro: 4

28.8 Aspirador de secreções: Sim

28.9 Aspirador de secreções: 1

28.10 Ventilador pulmonar à pressão e/ou volume : **Não**

28.11 Rede fixa de O2: Sim

28.12 Rede fixa de ar comprimido: Sim

28.13 Rede fixa de ar comprimido: 3

28.14 Aspirador portátil de secreções: Sim

28.15 Alarme de gases: Não

28.16 Tomadas elétricas: Sim

28.17 A recuperação pós-anestésica do Centro Cirúrgico dispõe de carrinho de emergência no local: Sim

28.18 Desfibrilador com monitor: Sim (Há apenas um único carrinho de parada no centro cirúrgico, localizado na SRPA. )

28.19 Oxímetro de pulso: Sim

28.20 Aspirador de secreções: **Não**

- 28.21 Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara: Sim
- 28.22 Cânulas / tubos endotraqueais: Sim
- 28.23 Cânulas naso ou orofaríngeas: Sim
- 28.24 Laringoscópio com lâminas adequadas: Sim
- 28.25 Máscara laríngea: Sim
- 28.26 Guia para tubo traqueal e pinça condutora : Sim
- 28.27 Sondas para aspiração: Sim
- 28.28 Sondas dentro do prazo de validade de esterilização: Sim
- 28.29 Adrenalina (Epinefrina): Sim
- 28.30 Água destilada: Sim
- 28.31 Aminofilina: Sim
- 28.32 Amiodarona: Sim
- 28.33 Atropina: Sim
- 28.34 Cloreto de potássio: Sim
- 28.35 Cloreto de sódio: Sim
- 28.36 Dexametasona: Sim
- 28.37 Diazepam: Sim
- 28.38 Dobutamina: Sim
- 28.39 Dopamina: Sim
- 28.40 Fenitoína: Sim
- 28.41 Fenobarbital: Sim
- 28.42 Furosemida: Sim
- 28.43 Glicose: Sim
- 28.44 Haloperidol: Sim
- 28.45 Hidantoína: Sim
- 28.46 Hidrocortisona: Sim
- 28.47 Lidocaína: Sim
- 28.48 Meperidina ou equivalente: **Não**

28.49 Midazolan: Sim

28.50 Ringer Lactato: Sim

28.51 Soro Glico-Fisiologico: Sim

## 29. CORPO CLÍNICO

| CRM      | NOME                                                                                            | SITUAÇÃO | OBSERVAÇÃO                            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| 22494-PE | JULIANNA FERREIRA OBARA (ANESTESIOLOGIA (Registro: 10230))                                      | Regular  |                                       |
| 10989-PE | JOAO CARLOS DA SILVA SANTOS (ANESTESIOLOGIA (Registro: 5083))                                   | Regular  | Identificado no plantão da anestesia. |
| 22480-PE | MARCELA GOMES DE MELO LIMA REIS (ANESTESIOLOGIA (Registro: 8606), ACUPUNTURA (Registro: 13295)) | Regular  | Identificada no plantão da anestesia. |
| 12624-PE | ANDREA SILVERIO BORBA                                                                           | Regular  | Identificada no plantão da anestesia. |
| 10281-PE | ANGÉLICA CORDEIRO GUIMARFES                                                                     | Regular  |                                       |
| 15552-PE | TATIANA CERQUEIRA DA CUNHA CAVALCANTI DE CARVALHO ROZENDO                                       | Regular  |                                       |

## 30. CONSTATAÇÕES

30.1 Informa que realiza uma média de 600 partos/mês. São cerca de 10 a 12 cirurgias de urgência nas 12 horas diurnas e um total de 15 a 20 cirurgias de urgência em 24 horas. O número de cirurgias eletivas varia em torno de 5 a 10/dia.

30.2 O centro cirúrgico possui 4 salas de cirurgia, mas há apenas 03 salas de cirurgias funcionando. Relata que há uma sala de cirurgia sem funcionar, faz mais de ano, devido a problemas estruturais na sala e também falta de equipamentos.

30.3 Informa que a médica coordenadora do serviço de anestesia é a Dra. Juliana Ferreira Obara, CRM 22494 e RQEd de anestesiologia 10230.

30.4 Há queixa dos médicos em relação a alguns equipamentos que estão obsoletos, como por exemplo: - Os aparelhos de bisturi elétrico (ausência de sistema REM); - Os carrinhos de anestesia; - Capnógrafos. Há também alguns equipamentos em número insuficiente, como por exemplo os capnógrafos.

30.5 Há queixa em relação a qualidade das macas da Sala de Recuperação Pós Anestésicas (SRPA), que são macas desconfortáveis para os pacientes e não possuem regulagem de altura o que compromete a ergonomia do atendimento. Não conta com Kit de maleta de via aérea difícil. Há máscara laríngea (fotografia anexa), mas não conta com guia bougie e atomizador para anestesia tópica (observar Ofício 15/2023). Não foi identificado cânulas nasofaríngeas.

30.6 Importante enfatizar a ausência de colchão térmico e manta térmica nas salas de cirurgia e na SRPA. Atenção a Resolução do CFM 2174/2017; Dispõe sobre a prática do ato anestésico; Art 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para prática da anestesia a disponibilidade de: I - Monitorização do paciente, incluindo: c) Determinação da temperatura e dos meios para assegurar a normotermia, em procedimentos com duração superior a 60 (sessenta) minutos e, nas condições

de alto risco, independentemente do tempo do procedimento (prematuros, recém-nascidos, história anterior ou risco de hipertermia maligna e síndromes neurolépticas).

30.7 Informa que os vínculos trabalhistas dos médicos são do tipo CLT e tipo contrato com PJ (Pessoa Jurídica).

30.8 Sugiro atenção a publicação da Organização Mundial de Saúde, Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientação para cirurgia segura da OMS/Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánhez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.: il. ISBN 978-85-87943-98-9.

30.9 Atenção também a Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013 (D.O.U de 02/04/2013) que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

## **31. RECOMENDAÇÕES**

### **31.1 INFORMAÇÕES CADASTRAIS:**

31.1.1. **Alvará do Corpo de Bombeiros:** Item recomendatório conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

### **31.2 CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE ESPECÍFICO:**

31.2.1. **Ambiente com conforto térmico:** Item recomendatório conforme Resolução CFM Nº 2056/2013, ABNT 7256

### **31.3 CENTRO CIRÚRGICO - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE ESPECÍFICO # CENTRO CIRÚRGICO:**

31.3.1. **Ambiente com conforto térmico:** Item recomendatório conforme ABNT 7256 e Resolução CFM Nº 2056/2013

31.3.2. **Ambiente com conforto acústico:** Item recomendatório conforme NR 17 e Resolução CFM Nº 2056/2013

### **31.4 CENTRO CIRÚRGICO - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PRESENTES NO CENTRO CIRÚRGICO # CENTRO CIRÚRGICO:**

31.4.1. **Intensificador de imagem:** Item recomendatório conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

31.4.2. **Microscópio cirúrgico:** Item recomendatório conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

### **31.5 ÁREA DIAGNÓSTICA # CENTRO CIRÚRGICO:**

31.5.1. **Sala de tomografia:** Item recomendatório conforme Resolução CFM nº 1451/95, art. 4º

31.5.2. **Sala de ressonância magnética:** Item recomendatório conforme Resolução CFM nº 1451/95, art. 4º



## **32. IRREGULARIDADES**

### **32.1 CONSTATAÇÕES:**

32.1.1. **Ausência de colchão térmico e manta térmica.** Item não conforme a Resolução do CFM 2174/2017

### **32.2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS:**

32.2.1. **Desproporção no número de leitos e número de salas de cirurgia.** Item não conforme a RDC 50

32.2.2. **Desproporção entre o número de Salas de Cirurgia e número de leitos na SRPA.** Item não conforme a RDC 50 e Resolução do CFM 2174/2017.

### **32.3 CONSIDERAÇÕES INICIAIS :**

32.3.1. **Número de torneiras para escovação em número insuficiente.** Item não conforme a RDC 50.

### **32.4 ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.4.1. **Dispositivo para aspiração de mecônio na traqueia. Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 36/08 e Resolução CFM Nº 2056/2013

### **32.5 ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - EXIGÊNCIAS PARA A SALA CIRÚRGICA OBSTÉTRICA # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.5.1. **Foco cirúrgico. Não.** Item não conforme Portaria MS/GM nº 11/15

### **32.6 ATENDIMENTO OBSTETRICO / MATERNIDADE - EXIGÊNCIAS PARA CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.6.1. **Local adequado para higienização das mãos. Não.** Item não conforme RDC Anvisa Nº 50/2002

32.6.2. **Torneiras com abertura sem contato manual. Não.** Item não conforme RDC Anvisa Nº 50/2002

### **32.7 CENTRO CIRÚRGICO - AVALIAÇÃO DOS DADOS DO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.7.1. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17, anexo II

32.7.2. **Antecedentes pessoais e familiares. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17, anexo II

### **32.8 CENTRO CIRÚRGICO - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PRESENTES NO CENTRO CIRÚRGICO # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.8.1. **1 marcapasso transcutâneo (cabo e fonte). Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

### **32.9 CENTRO CIRÚRGICO - EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA SALA CIRÚRGICA # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.9.1. **Capnógrafo / Capnômetro. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

32.9.2. **Estilete maleável tipo bougie. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

32.9.3. **Dispositivo para cricotireostomia. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

32.9.4. **Foco cirúrgico com bateria. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

### **32.10 CENTRO CIRÚRGICO - MEDICAMENTOS PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) E PÓS-RESSUSCITAÇÃO (PARA O LOCAL ONDE ESTÁ SENDO REALIZADO O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO) # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.10.1. **Albumina. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

32.10.2. **Colóides semi-sintéticos (gelatina, dextrana, hidroxietilamidos). Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

### **32.11 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – SRPA # CENTRO CIRÚRGICO:**

32.11.1. **Ventilador pulmonar à pressão e/ou volume . Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

32.11.2. **Aspirador de secreções. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

32.11.3. **Meperidina ou equivalente. Não.** Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2174/17

## **33. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Anexo ao relatório encontra-se os seguintes documentos entregues durante a vistoria:

- Cópia da ficha de anestesia e da recuperação pós anestésica;

- Cópia do alvará sanitário municipal (provisório), com data de validade de 20/01/2024.

Observação: Não obtivemos acesso a ficha de pré anestésico.

Foi solicitado no termo de vistoria os seguintes documentos para serem encaminhados ao Cremepe no prazo de 10 dias:

- Nome e CRM do diretor técnico;
- Licença do corpo de bombeiros;
- Lista de médicos e escalas de trabalho, com nomes, por especialidade, com CRM (anestesistas, incluindo a SRPA, urgência e emergência);
- Produção e características da demanda dos últimos 03 meses;
- Mapa cirúrgico dos últimos 02 meses.

Importante atenção aos normativos da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).

Lei N° 9.431, de 06 de janeiro de 1997, Portaria do Ministério da Saúde 2616, de 12 de maio de 1998; Competências:

3. A CCIH do hospital deverá:

3.3 realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.5 elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6 adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares,...;

3.8 cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares,..;

4. Caberá a autoridade máxima da instituição:.

4.3 propiciar a infra estrutura necessária a correta operacionalização da CCIH, ..;

4.5 garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo: os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde.

Fundamental, avaliar a qualidade do ar, com atenção especial a utilização de filtros HEPA nos aparelhos de ar condicionado e avaliar a capacidade de renovação do ar no ambiente, assim como, a necessidade de ambientes com pressão negativa (atenção a ABNT 7256).

Atenção a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2), preconiza: Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados preferencialmente em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance).

Atenção a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA 06/2020, revisada em 30/03/2021 - Recomendações para as salas de cirurgia ... d) Manter as salas cirúrgicas para pacientes com suspeita ou confirmação de Covid 19 adequadamente filtradas. e) Durante os procedimentos como a indução anestésica, intubação e extubação orotraqueal e procedimentos cirúrgicos com geração de aerossóis, é recomendável que o paciente permaneça em sala com pressão negativa, com filtro HEPA, que permita a filtração entre 6 a 25 vezes/hora e com pressão negativa de pelo menos -5Pa em relação a antessala (ABNT 7256).

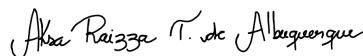
Petrolina - PE, 16 de Novembro de 2023.



**Dr(a). Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto**

**CRM - PE - 10589**

**MÉDICO(A) FISCAL**



**Dr(a). AKSA RAIZZA TAVARES DE ALBUQUERQUE**

**CRM - PE - 30914**

**CONSELHEIRO(A)**

34. ANEXOS




Sinalização de acessos

ESTADO DE PERNAMBUCO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLINA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 AGÊNCIA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
 Das Carreás, 73A, Dom Malan, PETROLINA - CE: 56.330-160  
 Fone: (071) 2564-0709

**AMVS** **SUS**

**ALVARÁ SANITÁRIO MUNICIPAL (PROVISÓRIO)**

|                                                                                                                                 |                                         |                                                                                   |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| NÚMERO ALVARÁ<br>8731/2021                                                                                                      |                                         | VALIDADE<br>20/01/2024                                                            |                            |
| PARA<br>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE                                                                                          |                                         |                                                                                   |                            |
| NOME DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA<br>INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA FAZ                                                    |                                         | CNPJ/CPF<br>10.739.225/0023-23                                                    |                            |
| NOME FANTASIA<br>Hospital Dom Malan                                                                                             |                                         | SETOR                                                                             |                            |
| ENDEREÇO - LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)<br>AVENIDA AEROPORTO, S/N                                                           |                                         | CEP<br>56306-040                                                                  |                            |
| BAIRRO<br>CENTRO                                                                                                                | COMPLEMENTO                             | FONE<br>(87) 3202-7000                                                            |                            |
| PROPRIETÁRIO E/OU REPRESENTANTE LEGAL<br>ANA CAROLINA LEMOS ALVES                                                               |                                         |                                                                                   |                            |
| CNAE DA EMPRESA<br>8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências |                                         |                                                                                   |                            |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO<br>Maria Carmeliana Leite de Andrade<br>TATIANA CERQUEIRA DA CUNHA                                          | CPF<br>027.565.074-07<br>018.900.814-14 | REGISTRO<br>03625<br>15852                                                        | CC/IFF<br>CRM/PE<br>CRM/PP |
| De acordo com o código Sanitário do município de Petrolina/PE. (Lei 3347/2020).                                                 |                                         |                                                                                   |                            |
| LOCAL E DATA<br>PETROLINA,                                                                                                      |                                         |                                                                                   |                            |
| AUTORIDADE DE SAÚDE                                                                                                             |                                         |  |                            |

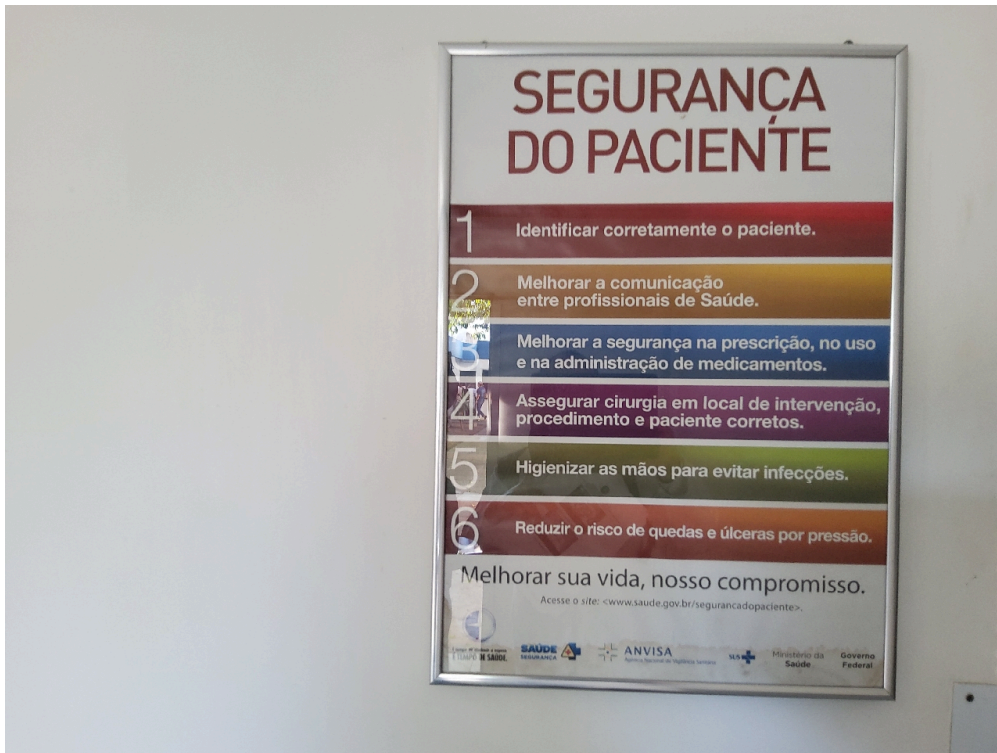
PROTÓCOLO: 9687/2021

**MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO**

Alvará da Vigilância Sanitária



Ambiente com boas condições de higiene e limpeza



Núcleo de Segurança do Paciente



Sinalização de acessos



Sinalização de acessos



Instalações prediais livres de trincas, rachaduras, mofos e/ou infiltrações





Sinalização de acessos



Centro cirúrgico



Centro cirúrgico



Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



Monitor multiparamétrico



Oxímetro



Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



Aspirador de secreções



Rede fixa de ar comprimido



A recuperação pós-anestésica do Centro Cirúrgico dispõe de carrinho de emergência no local



Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara



Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



Laringoscópio com lâminas adequadas





Outro local



Outro local



Outro local

CHECK LIST CAMPO DE PARADA  
BLOCO CIRURGICO SPA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DOM MALAN

UNIVERSIDADE DA PAZ  
BRASIL

DATA  
21/07/23

| NR    | DESCRIÇÃO                                       | UNIDADE  | CONF. | DEV. | TRQ. | VEN.  |
|-------|-------------------------------------------------|----------|-------|------|------|-------|
| 1280  | AGLUCONINA 5MG/2ML 2ML                          | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 190   | AGULHA BISTRELA 18x25L VÍNECADA 20ML            | TUBO     | 1     | A    |      | 11/24 |
| 191   | AGULHA BISTRELA 18x25L EMBALAGEM PLASTICA       | AMPOLA   | 10    | 10   |      | 08/24 |
| 1243  | AMIODARONA (CLORIDRATO) 50MG/100 ML             | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 805   | ATROPINA 0,25MG/ML 1ML                          | AMPOLA   | 5     | B    |      |       |
| 870   | BICARBONATO DE SODIO 0,9% 20 ML                 | AMPOLA   | 5     | D    |      | 08/24 |
| 2095  | CLORETO DE SODIO 0,9% 20ML EMBALAGEM PLASTICA   | AMPOLA   | 3     | B    |      | 06/24 |
| 2733  | CLORETO DE SODIO 0,9% 200ML SISTEMA FECHADO     | TUBO     | 1     | A    |      | 01/25 |
| 877   | CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML SISTEMA FECHADO    | TUBO     | 1     | A    |      | 10/24 |
| 1081  | CLORIDRATO DE SODIO 2 ML 2ML                    | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 358   | CLORIDRATO DE SODIO 20MG/2ML                    | AMPOLA   | 1     | B    |      |       |
| 891   | CLORIDRATO DE SODIO 200 MG/20ML 20ML            | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 896   | CLORIDRATO DE SODIO 200 MG/20ML 20ML            | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 898   | CLORIDRATO DE SODIO 200 MG/20ML 20ML            | AMPOLA   | 10    | 10   |      |       |
| 947   | CLORIDRATO DE SODIO 200 MG/20ML 20ML            | AMPOLA   | 1     | B    |      |       |
| 961   | CLORIDRATO DE SODIO 200 MG/20ML 20ML            | AMPOLA   | 2     | B    |      |       |
| 930   | CLORIDRATO DE SODIO 200 MG/20ML 20ML            | F AMPOLA | 2     | B    |      |       |
| 878   | GLUCOSE 50% 20ML SISTEMA FECHADO                | TUBO     | 1     | A    |      | 05/24 |
| 878   | GLUCOSE 50% 20ML EMBALAGEM PLASTICA             | AMPOLA   | 5     | B    |      | 10/24 |
| 881   | GLUCONATO DE CALCIO 30% 20ML EMBALAGEM PLASTICA | AMPOLA   | 5     | B    |      |       |
| 2096  | HALOPIRIDOL 5MG/100 ML                          | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 889   | HEPARINA SOLUCAO 5.000 UI/ML 10ML               | F AMPOLA | 1     | A    |      |       |
| 1092  | HEPARINA SOLUCAO SUBCUTANEA 5000UI/10 ML        | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 901   | HIDRALAZINA 20MG/10ML 10ML                      | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 845   | HIDROCORTIZONA (GLUCONATO DE SODIO) 500MG       | F AMPOLA | 1     | A    |      |       |
| 939   | LIDOCAINA 2% 5ADRENALINA 100ML                  | F AMPOLA | 1     | A    |      |       |
| 1070  | LIQUIDO 20% 200ML                               | TUBO     | 1     | A    |      | 03/24 |
| 15906 | METOPROLOL 5MG/5ML                              | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 996   | MIDAZOLAM 5MG/10ML 10ML                         | AMPOLA   | 2     | B    |      |       |
| 10483 | MORFINA 0,25MG/10ML 10ML                        | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 1244  | NITROGLICERINA 25MG/5ML 5ML                     | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 1025  | NITROGLICERINA 25MG/5ML 5ML                     | AMPOLA   | 1     | A    |      |       |
| 1237  | NORADRENALINA 4MG/4ML 4ML                       | AMPOLA   | 3     | B    |      |       |
| 883   | RINGER CLACTATO DE SODIO 500ML SISTEMA FECHADO  | TUBO     | 1     | A    |      | 02/24 |
| 969   | SULAMETONIO 100MG                               | F AMPOLA | 1     | A    |      |       |
| 77    | AGULHA DESCARTAVEL 25x7                         | UNIDADE  | 1     | B    |      | 20/25 |
| 15829 | AGULHA PARA ASPIRACAO L.20x25 18G               | UNIDADE  | 1     | B    |      | 20/25 |
| 184   | CATETER INTRAVENOSO N.14                        | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/26 |
| 40    | CATETER INTRAVENOSO N.16                        | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/26 |
| 43    | CATETER INTRAVENOSO N.18                        | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/27 |
| 42    | CATETER INTRAVENOSO N.20                        | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/26 |
| 43    | CATETER INTRAVENOSO N.22                        | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/25 |
| 44    | CATETER INTRAVENOSO N.24                        | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/25 |
| 675   | CATETER NASAL PARA OXIGENIO TIPO OCULOS         | UNIDADE  | 1     | A    |      | 20/25 |

Adrenalina (Epinefrina)

|                                                               |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|---|--|--|--|--|--|-------|
| 587                                                           | COMPRIDA DE GAZE ESTERIL 7,5X7,5 COM 13 FOLHAS C/30      | ENVELOPE | 2 |  |  |  |  |  | 20,05 |
| 114                                                           | CONTRAO 2 VIAS PARA SOLUTIVOS PARENTERAIS COM PINÇA      | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,85 |
| 743                                                           | ELETRODO DESCARTAVEL PARA ECG COM ARMENIO ECG/10 UNIDADE | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,85 |
| 3863                                                          | EQUIPO BOMBA DE INFUSAO EM DAZI SAMTRONIC BOMBA LINEAR   | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,28 |
| 3862                                                          | EQUIPO BOMBA DE INFUSAO DE 22 SAMTRONIC LINEAR FOTOSSELE | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,25 |
| 317                                                           | EQUIPO PARA SORO MACROGOTA, PINÇA ROLETE, CAMERA FLEXIV  | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,27 |
| 56                                                            | AMINA DE ESTERIL N. 22 DESCARTAVEL                       | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,24 |
| 50                                                            | LUVA CIRURGICA N. 7,5 ESTERILIZADA                       | PAR      | 1 |  |  |  |  |  | 30,25 |
| 80                                                            | LUVA CIRURGICA N.8 ESTERILIZADA                          | PAR      | 1 |  |  |  |  |  | 30,24 |
| 691                                                           | LUVA ESTERIL/PROCD. EM LATEX, TAMANHO MEDIO              | PAR      | 1 |  |  |  |  |  | 30,25 |
| 142                                                           | SERINGA DESCARTAVEL, BICO SEM ROSCA, 3ML SEM AGULHA      | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,27 |
| 143                                                           | SERINGA DESCARTAVEL, BICO SEM ROSCA, 3ML SEM AGULHA      | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,26 |
| 144                                                           | SERINGA DESCARTAVEL, BICO SEM ROSCA, 3ML SEM AGULHA      | UNIDADE  | 3 |  |  |  |  |  | 30,28 |
| 145                                                           | SERINGA DESCARTAVEL, BICO SEM ROSCA, 3ML SEM AGULHA      | UNIDADE  | 5 |  |  |  |  |  | 30,28 |
| 141                                                           | SERINGA INSULINA 3ML DESC. C/AGULHA REMOVIVEL            | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,27 |
| 86                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 06                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,26 |
| 87                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 08                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,25 |
| 88                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 10                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,25 |
| 89                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 12                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,24 |
| 90                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 14                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,26 |
| 91                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 16                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,26 |
| 92                                                            | SONDA NASO-GASTRICA LONGA N. 18                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,26 |
| 5548                                                          | TORNEIRA 3 VIAS                                          | UNIDADE  | 1 |  |  |  |  |  | 30,26 |
| 34165                                                         | KIT ASPIRACAO EMERGENCIA PEDIATRICA                      | KIT      | 1 |  |  |  |  |  |       |
| 34216                                                         | KIT ENTUBACAO ADULTO                                     | KIT      | 1 |  |  |  |  |  |       |
| 32018                                                         | KIT ENTUBACAO PEDIATRICA                                 | KIT      | 1 |  |  |  |  |  |       |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO                                      |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| OBSERVAÇÕES                                                   |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| PARA PREENCHIMENTO DO FARMACÊUTICO                            |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| Nº DO LACRE ROMPIDO: 324745                                   |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| Nº DO LACRE TEMPORÁRIO: _____                                 |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| Nº DO LACRE AFIXADO: 324743                                   |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| REVISADO POR: _____                                           |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| DATA: 21/10/23                                                |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |
| Marta Azeiteiro Alves<br>Farmacêutica<br>CRP PE 70214-04/1308 |                                                          |          |   |  |  |  |  |  |       |

Adrenalina (Epinefrina)



Foco cirúrgico de teto



Foco cirúrgico de teto



Bisturi elétrico



Bisturi eléctrico



Tomadas elétricas



Negatoscópico ou outro meio que possibilite a leitura da imagem



Negatoscópico ou outro meio que possibilite a leitura da imagem



Número de atendimentos de emergência anual ultrapassa 50.000



Item não conforme: Local adequado para higienização das mãos



Item não conforme: Local adequado para higienização das mãos

---



Item não conforme: Torneiras com abertura sem contato manual

---





Cânulas / tubos endotraqueais



Cânulas naso ou orofaríngeas



Máscara laríngea



Cânulas naso ou orofaríngeas



Cânulas / tubos endotraqueais



Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara



Item não conforme: Guia para tubo traqueal e pinça condutora

| FICHA DE ANESTESIA                                                                                                                                                                                                |  | HOSPITAL DOM MALAN                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| NOME                                                                                                                                                                                                              |  | Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                   | Idade     |
| CIRURGIÃO                                                                                                                                                                                                         |  | ASA                                                                                                                                                                                                                                                                    | Tipologia |
| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                      |  | EM                                                                                                                                                                                                                                                                     | AMC       |
| ANESTESIOLOGISTA                                                                                                                                                                                                  |  | INICIO                                                                                                                                                                                                                                                                 | TERMINO   |
| Anestesia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>jejum: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>Patologias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |  | Condições Entrada:<br>PA:<br>FC:<br>SAT:<br>OUTROS:                                                                                                                                                                                                                    |           |
| Medicamentos:<br>Nº do AR:<br>SAT:<br>ECG:<br>ETCO2:<br>Oximetria:<br>Temperatura:                                                                                                                                |  | Medicamento<br>Dose                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14<br>15<br>16<br>17<br>18<br>19<br>20                                                                                                    |  | 21<br>22<br>23<br>24<br>25<br>26<br>27<br>28<br>29<br>30<br>31<br>32<br>33<br>34<br>35<br>36<br>37<br>38<br>39<br>40                                                                                                                                                   |           |
| Posição:<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                             |  | Monitorização:<br><input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Analisador de Gás<br><input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> PAI<br><input type="checkbox"/> PNI<br><input type="checkbox"/> Capnografia <input type="checkbox"/> SVE |           |
| Descrição:<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                             |  | Técnica Anestésica:<br><input type="checkbox"/> Acompanhamento <input type="checkbox"/> Sedação<br><input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> PNI Cont.<br><input type="checkbox"/> Outros                                                              |           |

Identificação do paciente

|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ANOTAÇÕES                         |                                                                        | INTERCORRÊNCIAS                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
| <b>FINAL DO PROCEDIMENTO</b>      |                                                                        |                                       |                            |                            |
| LIQUIDOS                          |                                                                        | CONDIÇÕES DE ENTRADA                  |                            |                            |
| CRISTALINIDADE                    | PA                                                                     | FC                                    | SAT                        |                            |
| SCOTULOSIDADE                     | Encaminhado: <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> UTI |                                       |                            |                            |
| SANGUE                            |                                                                        |                                       |                            |                            |
| PLAQUETAS                         |                                                                        |                                       |                            |                            |
| DIURESE                           |                                                                        |                                       |                            |                            |
| ANESTESIOLOGISTA - CRM            |                                                                        | RESIDENTE                             |                            |                            |
| <b>RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA</b> |                                                                        |                                       |                            |                            |
| CONDIÇÕES DE ENTRADA              |                                                                        |                                       |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ACORDADO | <input type="checkbox"/> TORPENSICO                                    | <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> EUPNEICO | <input type="checkbox"/> DISPNEIA                                      | <input type="checkbox"/> INTUBADO     |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ESTÁVEL  | <input type="checkbox"/> INSTÁVEL                                      |                                       |                            |                            |
| PA                                | FC                                                                     | SAT                                   |                            |                            |
| SINAIS VITAIS                     |                                                                        |                                       |                            |                            |
| HORARIO                           | PA                                                                     | FC                                    | SAT                        | ANOTAÇÕES                  |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
| CONDIÇÕES DE ALTA                 |                                                                        |                                       |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ACORDADO | <input type="checkbox"/> TORPENSICO                                    | <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> EUPNEICO | <input type="checkbox"/> DISPNEIA                                      | <input type="checkbox"/> INTUBADO     |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ESTÁVEL  | <input type="checkbox"/> INSTÁVEL                                      | <input type="checkbox"/> SIM          |                            |                            |
| NVPO                              | <input type="checkbox"/> NÃO                                           |                                       |                            |                            |
| DOR                               |                                                                        |                                       |                            |                            |
|                                   |                                                                        |                                       |                            |                            |
| BROMAGEM                          | <input type="checkbox"/> 0                                             | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| ALDRETE E KROULIK                 |                                                                        |                                       |                            |                            |
| PA                                | FC                                                                     | SAT                                   |                            |                            |
| HORA                              |                                                                        |                                       |                            |                            |
| DESTINO                           | <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI       |                                       |                            |                            |
| ANESTESIOLOGISTA - CRM            |                                                                        |                                       |                            |                            |

Identificação do(s) anestesiológista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>FICHA DE ANESTESIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | MONITORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SATA                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | ANESTESIOLOGISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Série                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Modelo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ASA                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Anestesia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>Alergia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>Patologias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim                                                                                           |  | Exames:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | INÍCIO      TÉRMINO<br>PA: _____<br>FC: _____<br>SAT: _____<br>OUTROS: _____                                                                                                                                                                                                                                             |  | CONDIÇÕES DE ENTRADA<br>PA: _____<br>FC: _____<br>SAT: _____<br>OUTROS: _____                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| HORARIO<br>02 : _____<br>03 : _____<br>04 : _____<br>05 : _____<br>06 : _____<br>07 : _____<br>08 : _____<br>09 : _____<br>10 : _____<br>11 : _____<br>12 : _____<br>13 : _____<br>14 : _____<br>15 : _____<br>16 : _____<br>17 : _____<br>18 : _____<br>19 : _____<br>20 : _____<br>21 : _____<br>22 : _____ |  | MEDICACAO<br>01 : _____<br>02 : _____<br>03 : _____<br>04 : _____<br>05 : _____<br>06 : _____<br>07 : _____<br>08 : _____<br>09 : _____<br>10 : _____<br>11 : _____<br>12 : _____<br>13 : _____<br>14 : _____<br>15 : _____<br>16 : _____<br>17 : _____<br>18 : _____<br>19 : _____<br>20 : _____<br>21 : _____<br>22 : _____ |  | DOSE<br>01 : _____<br>02 : _____<br>03 : _____<br>04 : _____<br>05 : _____<br>06 : _____<br>07 : _____<br>08 : _____<br>09 : _____<br>10 : _____<br>11 : _____<br>12 : _____<br>13 : _____<br>14 : _____<br>15 : _____<br>16 : _____<br>17 : _____<br>18 : _____<br>19 : _____<br>20 : _____<br>21 : _____<br>22 : _____ |  | MONITORIZACAO<br><input type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> ANALISADOR GAS<br><input type="checkbox"/> CARDIOSCOPIA <input type="checkbox"/> PAI<br><input type="checkbox"/> OME <input type="checkbox"/> PERIFONIA<br><input type="checkbox"/> CAPNOGRAFIA <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> SPO2 |                          | TECNICA ANESTESICA<br><input type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTO <input type="checkbox"/> G. VENOSA<br><input type="checkbox"/> INDAANESTESIA <input type="checkbox"/> PERIFONIA<br><input type="checkbox"/> G. BALANÇADA <input type="checkbox"/> PERI CONT<br><input type="checkbox"/> MEDICACAO <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> OUTRO |  |
| Posição: <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Sítio<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                                                          |  | DESCRICOAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

Identificação do(s) anestesiológista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o internamento na sala de recuperação pós-anestésica

|              |                        |                              |                              |
|--------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ANOTAÇÕES    |                        | INTERCORRÊNCIAS              |                              |
| LIQUÍDOS     |                        | FINAL DO PROCEDIMENTO        |                              |
| CRISTALO DE  | PA                     | FC                           | SAT                          |
| IONOSCORADO: | PA                     | FC                           | SAT                          |
| SANGUE       | Examinado:             | <input type="checkbox"/> BPA | <input type="checkbox"/> UTI |
| PLASMA       |                        |                              |                              |
| FALGUELAS:   |                        |                              |                              |
| DILUIÇÃO:    |                        |                              |                              |
|              | ANESTESIOLOGISTA - CRM |                              | RESIDENTE                    |

|                                   |                                    |                                       |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA        |                                    |                                       |  |
| CONDIÇÕES DE ENTRADA              |                                    |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> ACORDADO | <input type="checkbox"/> TORPORADO | <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE |  |
| <input type="checkbox"/> EUPNEICO | <input type="checkbox"/> DISPNEICO | <input type="checkbox"/> INTUBADO     |  |
| <input type="checkbox"/> ESTÁVEL  | <input type="checkbox"/> INSTÁVEL  |                                       |  |
| PA:                               | FC:                                | SAT:                                  |  |


  

| SINAIS VITAIS |    |    |     | ANOTAÇÕES |
|---------------|----|----|-----|-----------|
| HORARIO       | PA | FC | SAT |           |
|               |    |    |     |           |
|               |    |    |     |           |
|               |    |    |     |           |
|               |    |    |     |           |


  

|                                   |                                     |                                       |                            |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| CONDIÇÕES DE ALTA                 |                                     |                                       |                            |
| <input type="checkbox"/> ACORDADO | <input type="checkbox"/> TORPORADO  | <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE |                            |
| <input type="checkbox"/> EUPNEICO | <input type="checkbox"/> DISPNEICO  | <input type="checkbox"/> INTUBADO     |                            |
| <input type="checkbox"/> ESTÁVEL  | <input type="checkbox"/> INSTÁVEL   | <input type="checkbox"/> SIM          |                            |
| VIPO                              | <input type="checkbox"/> NÃO        | <input type="checkbox"/> SIM          |                            |
| DOR                               | <input type="checkbox"/> 0          | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2 |
| BROMAGEM                          | <input type="checkbox"/> 0          | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2 |
| ALDRETEKRO/ILIK                   |                                     |                                       |                            |
| PA:                               | FC:                                 | SAT:                                  |                            |
| HORA:                             |                                     |                                       |                            |
| DESTINO:                          | <input type="checkbox"/> Enfermaria | <input type="checkbox"/> UTI          |                            |
|                                   |                                     |                                       | ANESTESIOLOGISTA - CRM     |


Identificação do(s) anestesiolegista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o internamento na sala de recuperação pós-anestésica



ESTADO DE PERNAMBUCO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
AGÊNCIA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
Das Camélias, 73A, Dom Malan - PETROLINA - CEP: 56330-190  
Fone: (81) 4844-2738



### ALVARÁ SANITÁRIO MUNICIPAL (PROVISÓRIO)

|                                                                                                               |             |                    |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| NÚMERO ALVARÁ                                                                                                 |             | VALIDADE           |                                                                                      |
| 67-91/2021                                                                                                    |             | 20/01/2024         |                                                                                      |
| <b>PARA</b>                                                                                                   |             |                    |                                                                                      |
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE                                                                                |             |                    |                                                                                      |
| NOME DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA                                                                             |             | CNPJ/CPF           |                                                                                      |
| INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ                                                                       |             | 10.739.225/0023-23 |                                                                                      |
| NOME FANTASIA                                                                                                 |             | SETOR              |                                                                                      |
| Hospital Dom Malan                                                                                            |             |                    |                                                                                      |
| ENDEREÇO - LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)                                                                   |             | CEP                |                                                                                      |
| AVENIDA AEROPORTO, S/N                                                                                        |             | 56306-040          |                                                                                      |
| BAIRRO                                                                                                        | COMPLEMENTO | FONE               |                                                                                      |
| CENTRO                                                                                                        |             | (81) 3202-7000     |                                                                                      |
| PROPRIETÁRIO E/OU REPRESENTANTE LEGAL                                                                         |             |                    |                                                                                      |
| ANA CAROLINA LEMOS ALVES                                                                                      |             |                    |                                                                                      |
| CNAE DA EMPRESA                                                                                               |             |                    |                                                                                      |
| 8610-10/2 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento às urgências |             |                    |                                                                                      |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO                                                                                           |             | CPF                | REGISTRO                                                                             |
| Maria Carmeliana Leite de Andrade                                                                             |             | 027.585.074-07     | 03825                                                                                |
| TATIANA CERQUEIRA DA CUNHA                                                                                    |             | 018.800.814-14     | 15562                                                                                |
|                                                                                                               |             | CCIUF              | CRM/PE                                                                               |
|                                                                                                               |             |                    | CRM/PE                                                                               |
| De acordo com o código Sanitário do município de Petrolina/PE (Lei 3347/2020).                                |             |                    |                                                                                      |
| LOCAL E DATA                                                                                                  |             |                    |                                                                                      |
| PETROLINA,                                                                                                    |             |                    |                                                                                      |
| AUTORIDADE DE SAÚDE                                                                                           |             |                    |                                                                                      |
|                                                                                                               |             |                    |  |

PROTOCOLO: 9687/2021

### MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO

Alvará da Vigilância Sanitária



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-PE

## FICHA DE DADOS CADASTRAIS

| IDENTIFICAÇÃO                                                    |                                                                    |                             |                                |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Razão Social<br>INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ - FILIAL |                                                                    | Nº Inscrição<br>PE 0005434  |                                |
| Nome Fantasia<br>HOSPITAL DOM MALAN                              | CNPJ<br>10.739.225/0023-23                                         | Inscrição<br>19/06/2023     | Val. Certificado<br>19/06/2024 |
| Endereço(Rua / nº)<br>AVENIDA DO AEROPORTO, S/N                  |                                                                    |                             |                                |
| Município<br>Petrolina - PE                                      | Bairro<br>Centro                                                   | CEP<br>55306040             | Telefone<br>87 32027001        |
| Dados Administrativos                                            |                                                                    |                             |                                |
| PRIVADO - CAPITAL SOCIAL: R\$ 0 01                               | Situação: REGULAR                                                  | Corpo Clínico: 55 Médico(s) |                                |
| Atividade Principal<br>HOSPITAL GERAL                            |                                                                    |                             |                                |
| Diretor Técnico<br>CRM nº 0015552                                | Nome: TATIANA CERQUEIRA DA CUNHA CAVALCANTI DE CARVALHO ROZENDOSIM |                             | Quita?                         |
| Responsável Clínico<br>CRM nº                                    | Nome:                                                              |                             | Quita?                         |
| COMISSÃO DE ÉTICA                                                |                                                                    |                             |                                |
| CRM                                                              | Nome                                                               | Cargo                       | Quita?                         |
| OUTRAS INFORMAÇÕES                                               |                                                                    |                             |                                |
| Possui Filial? NÃO                                               |                                                                    | Quantas Filiais ?           |                                |
| Nota: Preencher uma ficha para cada Filial                       |                                                                    |                             |                                |
| Data:                                                            | Responsável pelas informações:                                     |                             |                                |
| Registro:                                                        | Filial:                                                            | Situação:                   | Setor:                         |
| Observações:                                                     |                                                                    |                             |                                |
| Débito(s): (nenhum)                                              |                                                                    |                             |                                |
| Regimento Interno: NÃO INFORMADO                                 |                                                                    |                             |                                |
| SÓCIOS                                                           |                                                                    |                             |                                |
| CRM                                                              | Nome                                                               | Débito(s)<br>(nenhum)       |                                |

Recife, 10 de novembro de 2023

Certificado de Regularidade de Inscrição