



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

RELATÓRIO DE VISTORIA 50/2025 - Nº 1

Razão Social: HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA

Nome Fantasia: CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER

CNPJ: 35.430.028/0001.43

Registro Empresa (CRM-PE): 4865

Nº CNES: 393037

Endereço: 1^a Travessa Romênia 48

Bairro: Aldeia dos Camarás

Cidade: Camaragibe - PE

CEP: 54783-141

E-mail: pfmabner@gmail.com;florescerct@gmail.com

Diretor(a) Técnico(a): Dr(a). ABNER PORTO DE FARIA MACÊDO CRM-PE: 25184 - PSIQUIATRIA
(Registro: 13645)

Sede Administrativa: Não

Origem: MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL

Fato Gerador: DENÚNCIA

Fiscalização Presencial / Fiscalização Não Presencial: Fiscalização Presencial

Data da Fiscalização: 24/03/2025 - 10:00 às 24/03/2025 - 12:00

Equipe de Fiscalização: Dr(a). Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto CRM-PE 10589

Acompanhante(s)/Informante(s) da instituição: Rafael Alexandre de Oliveira Muniz, Carla Francielly de Oliveira

Cargos: Médico Plantonista, CRM 30517, Coordenadora de Enfermagem

Ano: 2025

Processo de Origem: 50/2025/PE

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

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 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode



6xXupWYQ

Chegando ao estabelecimento de saúde, a equipe de fiscalização composta pelo Médico Fiscal Dr. Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto, exibindo sua identidade funcional como credencial para o ato fiscalizatório, solicitou contato com o médico responsável técnico (Diretor Técnico).

O médico Diretor Técnico, Dr. Abner Porto de Farias Macêdo, CRM 25184 não se encontrava e designou o Médico Plantonista Dr. Rafael Alexandre de Oliveira Muniz, CRM 30517 e a Coordenadora de Enfermagem Dra. Carla Francielly Pereira de Lima, Coren 470130 para acompanhar a equipe de fiscalização e prestar as informações solicitadas.

Trata-se de um estabelecimento de saúde tipo hospital especializado em Psiquiatria.

Possui capacidade instalada para 50 pacientes e no momento está com 34 pacientes internados.

Há um setor denominado de enfermaria com capacidade para 6 pacientes e, no momento, com 2 pacientes internados.

Realiza atendimentos a pacientes adultos (acima de 18 anos), apenas do sexo masculino, principalmente portadores de dependência química e depressão.

Nega atendimentos a operadoras de saúde e ao SUS. Informa apenas atendimentos tipo particular.

Relata que a Unidade conta com médico plantonista 24 horas. Possui apenas 05 médicos (02 médicos realizam 02 plantões de 24 horas).

Não possui médico diarista/evolucionista (Atenção a Resolução CFM 2056/2013; Art 5º; IV - § 2º d) não contar com médicos diaristas em instituições onde se proceda internação hospitalar).

O que motivou a vistoria foi solicitação do Ministério Público do Estado de Pernambuco, Ofício nº 02218.000.911/2024-0001.

2. ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO

2.1 Abrangência do Serviço: Interestadual/Fronteiras (Maior parte do Estado de Pernambuco.)

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: **Não**

4. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

4.1 Corpo Clínico com mais de trinta (30) Médicos: Não

5. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO

5.1 Comissão de Revisão de Óbito: **Não**

6. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

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 50/2025 e código verificador abaixo do QRCode



6.1 Comissão de Revisão de Prontuários: Não

7. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE FÍSICO - GERAL

- 7.1 Ambiente com conforto térmico: Não (Não há climatização no consultório médico.)
7.2 Instalações livres de trincas, rachaduras, mofos e/ou infiltrações: Não

8. CONVÊNIOS E ATENDIMENTO

- 8.1 Convênios e atendimento: Particular
8.2 Horário de Funcionamento: 24h
8.3 Plantão: Sim
8.4 Sobreaviso: Não

9. DADOS CADASTRAIS

- 9.1 Inscrição CRM da jurisdição (Privado): Sim
9.2 Número de Inscrição: 4865
9.3 Certificado de Regularidade da Inscrição da Pessoa Jurídica: Sim
9.4 Certificado de Regularidade - Válido: Sim
9.5 Validade do Certificado de Regularidade: 24/05/2025
9.6 Há diretor técnico médico formalizado junto ao CRM da jurisdição: Sim
9.7 Nome completo do responsável/diretor técnico : Abner Porto de Farias Macêdo
9.8 CRM da jurisdição: 25184
9.9 Alvará bombeiros: Sim
9.10 Alvará bombeiros - Disponível: Sim
9.11 Alvará bombeiros - Válido: Sim
9.12 Alvará bombeiros - Validade: 06/01/2026
9.13 Há demonstração da regularidade junto à autoridade sanitária: Sim

10. NATUREZA DO SERVIÇO

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

11. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- 11.1 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): Não

12. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (GERAL)

- 12.1 Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): Sim
12.2 Serviço de segurança: Sim
12.3 Serviço de segurança: Próprio
12.4 Há terceirização da prestação de serviços médicos: Sim

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 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QRCode



13. RESPONSABILIDADE TÉCNICA MÉDICA / DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICA

- 13.1 A responsabilidade técnica é exercida presencialmente: **Não** (Informa que o Diretor Técnico comparece ao estabelecimento de saúde apenas nos dois dias do seu plantão.)
13.2 Nos impedimentos do diretor técnico, há formalização da designação de substituto: **Não**

14. ATIVIDADES / SERVIÇOS HOSPITALARES (ITENS APENAS INFORMATIVOS)

- 14.1 Ambulatório: Não
14.2 Unidade de internação: Sim
14.3 Serviço hospitalar de urgência e emergência: Não
14.4 Serviço de engenharia para infraestrutura: Não
14.5 Serviço de engenharia e medicina do trabalho: Não

15. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

- 15.1 Sala/consultório de admissão de pacientes: Sim
15.2 Sala/consultório para psicologia: Sim
15.3 Sala para o fisicultor/recreador: Sim
15.4 Sala para serviço social: Não (Não há serviços serviço social.)
15.5 Sala para enfermagem: Não
15.6 Sala para nutricionista: Não
15.7 Sala para o terapeuta ocupacional/fisioterapeuta: Não (Não possui terapeuta/fisioterapeuta.)
15.8 1 posto de enfermagem para cada 30 leitos: Sim
15.9 Consultório para o médico plantonista: Sim (Não possui climatização. Há apenas um consultório médico.)
15.10 Consultório para o clínico geral ou outro especialista não psiquiatra: Não
15.11 Consultório para o psiquiatra assistente: Não
15.12 Sala para o farmacêutico: Sim
15.13 Farmácia: Sim
15.14 Sala para procedimentos médicos e de enfermagem: Não
15.15 Enfermaria para estabilização/observação clínica: Sim
15.16 Enfermaria para contenção física e sedação: Não
15.17 As salas de contenção e estabilização clínica estão equipadas com material de reanimação: Não

16. CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA O EXERCÍCIO DA MEDICINA EM REGIME DE INTERNAÇÃO

- 16.1 Equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas do estabelecimento: Não
16.2 As principais ocorrências do plantão são assentadas em livro próprio ao término de cada jornada de trabalho: Não
16.3 Gerador de energia naqueles serviços onde a interrupção do fornecimento energético comprometa a segurança da assistência: Não

17. CONSULTÓRIO PSIQUIATRIA

- 17.1 Há garantias de privacidade para o paciente: Sim (Chama atenção a ausência de climatização no consultório médico.)



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itb.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



- 17.2 Há garantias de confidencialidade do ato médico: Sim
17.3 2 cadeiras ou poltronas - uma para o paciente e outra para o acompanhante: Não
17.4 1 cadeira ou poltrona para o médico: Sim
17.5 1 mesa / birô: Sim
17.6 1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável: Sim
17.7 Medicamentos sujeitos à controle especial no local: Não
17.8 1 pia ou lavabo: Sim
17.9 Toalhas de papel: Não
17.10 Sabonete líquido para a higiene: Não (Dispensador de sabão líquido vazio.)
17.11 Lixeiras com pedal: Sim
17.12 1 esfigmomanômetro: Sim
17.13 1 estetoscópio clínico: Sim
17.14 1 termômetro clínico: Sim
17.15 Abaixadores de língua descartáveis: Sim
17.16 Luvas descartáveis: Sim
17.17 1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem: Sim
17.18 1 otoscópio: Sim
17.19 1 balança antropométrica adequada à faixa etária: Sim
17.20 1 oftalmoscópio: Não

18. EQUIPE TERAPÊUTICA

- 18.1 1 Psiquiatra para cada 40 pacientes: Não
18.2 1 Médico Plantonista por hospital ou Comunidade Terapêutica Médica para um máximo de 400 pacientes : Sim
18.3 1 Enfermeiro para cada 40 pacientes: Sim
18.4 1 Enfermeiro Plantonista para cada 240 leitos: Sim
18.5 1 Assistente Social para cada 60 pacientes: Não
18.6 1 Psicólogo para cada 60 pacientes: Sim (São 2)
18.7 1 Terapeuta Ocupacional ou Educador Físico para cada 60 pacientes: Sim (Há educador físico)
18.8 1 Nutricionista por hospital: Sim
18.9 1 Farmacêutico por hospital: Sim
18.10 4 Técnicos de Enfermagem + Auxiliares de Enfermagem para cada 40 leitos: Sim

19. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E INFRAESTRUTURA - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

- 19.1 No momento da vistoria, foi observada a presença de animais sinantrópicos (ratos, abelhas, pulgas, mosquitos, aranhas, baratas, formigas, mosca, cupins, entre outros) : Sim
19.2 Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): Sim
19.3 Instalações prediais livres de trincas, rachaduras, mofos e/ou infiltrações: Não
19.4 Gerador de energia elétrica e reserva de combustível: Não

20. INTERNAÇÃO

- 20.1 Voluntária: Sim
20.2 Involuntária: Sim
20.3 Compulsória: Sim
20.4 Preenche os formulários da modalidade da internação: Sim
20.5 Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público: Sim
20.6 Comunica as altas de pacientes cuja internação foi involuntária ao Ministério Público: Sim
20.7 Nas internações voluntárias o paciente assina Termo de Consentimento Esclarecido: Não



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QRCode



21. POSTO DE ENFERMAGEM DOS AMBIENTES

21.1 1 posto de enfermagem a cada 30 leitos: Sim

22. PRONTUÁRIO – QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

22.1 Projeto terapêutico individual singular: Sim

22.2 Controle e acompanhamento por psiquiatra: Sim

22.3 As contenções físicas estão anotadas no prontuário: Sim

22.4 Paciente agudo: Sim

22.5 Prescrição/evolução diária: Sim

22.6 Termo de internação voluntária: Não

22.7 Termo de internação involuntária: Sim

22.8 Cópia do Comunicado ao Ministério Público da internação involuntária do paciente : Sim

23. REDE DE GASES OU CILINDRO DE OXIGÊNIO

23.1 Serviços de Urgência e Emergência: Não

23.2 Sala de observação clínica: Sim

23.3 Sala de contenção: Não

24. REPOUSO MÉDICO

24.1 Quarto para o médico plantonista: Sim (Há queixas que o único local disponível para repouso é dividido com todos os funcionários e não há cama suficiente para todos assim como ambiente adequado para o repouso.)

24.2 Cama(s) : Sim

24.3 Roupas de cama : Não

24.4 Roupas de banho: Não

24.5 Chuveiro: Sim

24.6 Pia: Sim

24.7 Sanitário: Sim

24.8 Geladeira ou frigobar: Não

24.9 Cafeteira ou garrafa térmica: Não

24.10 O repouso médico está localizado próximo à área de assistência: Não

25. SALA DE CONTENÇÃO

25.1 Faixas adequadas à contenção: Não (Não possui sala de contenção.)

25.2 Suporte para fluido endovenoso: Não

25.3 Solução fisiológica 0,9%, tubos de 500ml: Não

25.4 Solução glicosada 5%, tubos de 500ml: Não

25.5 Solução Ringer Lactato, tubos de 500ml: Não

25.6 Cânulas orofaríngeas (Guedel): Não

25.7 Desfibrilador Externo Automático (DEA): Não

25.8 Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia: Não

25.9 Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia: Não

25.10 Fonte (fixa ou cilindro) de oxigênio com máscara aplicadora e umidificador: Não

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 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



6xXupWYQ

- 25.11 Oxímetro de pulso: Não
- 25.12 Ventilador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara: Não
- 25.13 Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa: Não
- 25.14 Escalpe; butterfly e intracath: Não
- 25.15 Gaze: Não
- 25.16 Algodão: Não
- 25.17 Ataduras de crepe: Não
- 25.18 Luvas estéreis: Não
- 25.19 Caixa rígida coletora para material perfurocortante: Não
- 25.20 O ambiente atende múltiplas especialidades: Não

26. SALA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

- 26.1 Suporte para fluido endovenoso: Sim
- 26.2 Solução fisiológica 0,9%, tubos de 500ml: Sim
- 26.3 Solução glicosada 5%, tubos de 500ml: Sim
- 26.4 Solução Ringer Lactato, tubos de 500ml: Sim
- 26.5 Cânulas orofaríngeas (Guedel): Sim
- 26.6 Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa: Sim

27. SALA PARA TERAPIAS EM GRUPOS E APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PSICODINÂMICAS

- 27.1 Realiza atividades grupais: Sim
- 27.2 Serviço de apoio religioso: Sim
- 27.3 Realiza reuniões com os familiares dos pacientes: Sim
- 27.4 As reuniões são programadas: Sim

28. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

- 28.1 Eletroencefalograma (EEG): Não
- 28.2 Eletroneuromiografia (EMG): Não
- 28.3 Polissonografia: Não
- 28.4 Eletroconvulsoterapia: Não
- 28.5 Estimulação magnética transcraniana: Não

29. SERVIÇO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – SALA DE REANIMAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTES GRAVES (SALA DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA OU VERMELHA) – ADULTO

- 29.1 Conta com, no mínimo, duas macas/leitos: Não (Apenas um leito.)
- 29.2 Pia com água corrente: Sim
- 29.3 Sabonete líquido: Sim
- 29.4 Toalhas de papel: Sim
- 29.5 Cânulas / tubos endotraqueais: Sim
- 29.6 Cânulas naso ou orofaríngeas: Sim
- 29.7 Máscara laríngea: Não
- 29.8 Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa: Sim
- 29.9 Sondas para aspiração: Sim
- 29.10 Sondas dentro do prazo de validade de esterilização : Sim



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QRCode



29.11 Adrenalina/Epinefrina: Sim
29.12 Água destilada: Sim
29.13 Aminofilina: Não
29.14 Amiodarona: Sim
29.15 Atropina: Sim
29.16 Brometo de Ipratrópio: Não
29.17 Cloreto de potássio: Sim
29.18 Cloreto de sódio: Sim
29.19 Deslanosídeo: Não
29.20 Dexametasona: Sim
29.21 Diazepam: Sim
29.22 Diclofenaco de Sódio: Sim
29.23 Dipirona: Sim
29.24 Dopamina: Sim
29.25 Escopolamina/Hioscina: Não
29.26 Fenitoína: Sim
29.27 Fenobarbital: Sim
29.28 Furosemida: Sim
29.29 Glicose: Sim
29.30 Haloperidol: Sim
29.31 Hidrocortisona: Sim
29.32 Isossorbida: Sim
29.33 Lidocaína: Sim
29.34 Meperidina ou equivalente: Não
29.35 Midazolan: Sim
29.36 Ringer Lactato: Sim
29.37 Soro Glico-Fisiológico: Sim
29.38 Solução glicosada: Sim
29.39 Dobutamina: Sim
29.40 Os medicamentos estão dentro do prazo de validade: Sim
29.41 Fonte de oxigênio com máscara aplicadora e umidificador: Sim
29.42 Aspirador de secreções: Sim
29.43 Desfibrilador com monitor: Sim
29.44 EPI (equipamentos de proteção individual: luvas, máscaras e óculos): Sim
29.45 Laringoscópio com lâminas adequadas: Sim
29.46 Oxímetro de pulso: Sim
29.47 Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara: Sim

30. CORPO CLÍNICO

CRM	NOME	SITUAÇÃO	OBSERVAÇÃO
30517-PE	RAFAEL ALEXANDRE DE OLIVEIRA MUNIZ	Regular	Identificado no plantão.
33658-PE	RODRIGO JOSIMAN SERAFIM BARROS	Regular	
38184-PE	KAROLINE SILVA GOMES BARBOSA	Regular	
25948-PE	RAFAEL DE ABREU MAYNART	Regular	
25184-PE	ABNER PORTO DE FARIAS MACÊDO (PSIQUIATRIA (Registro: 13645))	Regular	Diretor Técnico



ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA

Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itb.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode



31. CONSTATAÇÕES

31.1 Informa que realiza internações voluntárias, involuntárias e compulsórias e que a maioria dos pacientes internados são de internações involuntárias.

31.2 Atenção a Resolução CFM 2056/2013;

Capítulo IX - DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR GERAL E ESPECIALIZADA,

Art. 39. A internação de paciente em serviço de assistência médica deve ocorrer mediante Nota de Internação circunstânciada que exponha sua motivação.

Art. 40. As internações psiquiátricas serão realizadas de acordo com o disposto na Lei nº 10.216/01, sendo classificadas como voluntárias, involuntárias e compulsórias.

I - Internação voluntária e a que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.

31.3 II - Internação involuntária e a que se da contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto em situações de emergência médica.

III - Internação compulsória é aquela determinada por magistrado mediante prévia avaliação médica e emissão de parecer sob a forma de laudo médico circunstanciado.

§ 1º. Todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta ao médico assistente a qualquer momento;

§ 2º. Se houver contraindicação para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a Internação voluntária em involuntária nos termos da Lei nº 10.216/01.

31.4 § 3º. Do mesmo modo, uma internação involuntária poderá ser convertida em voluntária dependendo da avaliação clínica do médico assistente em comum acordo com paciente e/ou seu representante legal.

31.5 Art. 41. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I - Incapacidade grave de autocuidados.

II - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.

III - Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

IV - Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V - Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º. O risco à vida ou à saúde inclui as síndromes de intoxicação e de abstinência de substância psicoativa e os quadros de grave dependência química.

31.6 Informa que possui escala médica 24 horas, todos os dias da semana, mas NÃO conta com médico diarista/evolucionista.

31.7 Observar a Resolução CFM 2056/2013; Art 5º; IV - § 2º

d) não contar com médicos diaristas em instituições onde se proceda internação hospitalar.

31.8 Resolução do CFM 2057/2013 Art. 11. Um estabelecimento que realize assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) deve oferecer as seguintes condições específicas para o exercício da Medicina:

IV. Assistência médica permanente (durante todo o período em que estiver aberto à assistência).

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 02/04/2025 às 21:27

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 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



31.9 Resolução CFM nº 2056/2013 Art. 26. Os serviços que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral, inclusive hospitalar, devem oferecer as seguintes condições mínimas para o exercício da medicina:

I - equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas do estabelecimento;

IV – plantão médico presencial permanente durante todo o período de funcionamento do serviço.

31.10 Resolução CFM 2077/2014,

Art. 13. É direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo proibida a internação em nome de serviço.

32. RECOMENDAÇÕES

32.1 REPOUSO MÉDICO:

32.1.1. **Geladeira ou frigobar:** Item recomendatório 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)

32.1.2. **Cafeteira ou garrafa térmica:** Item recomendatório 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)

32.2 CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE FÍSICO - GERAL:

32.2.1. **Ambiente com conforto térmico - Observação: Não há climatização no consultório médico.:** Item recomendatório conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2013). Normativas relacionadas: Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde – PRC/MS Nº 1, de 28 de setembro de 2017: Artigo 5º Parágrafo Único Inciso III alínea “b” e Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 36.

33. IRREGULARIDADES

33.1 REPOUSO MÉDICO:

33.1.1. **O repouso médico está localizado próximo à área de assistência. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I e Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (modificado/atualizado pela Resolução CFM nº 2.153/2016)

33.1.2. **Roupas de banho. 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)

33.1.3. **Roupas de cama . 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)

33.2 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA:

33.2.1. **A instituição de internação hospitalar apresenta a garantia de disponibilidade de médicos diaristas presenciais. Não.** Irregularidade elegível para notificação imediata, conforme Resolução



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



33.3 CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA O EXERCÍCIO DA MEDICINA EM REGIME DE INTERNAÇÃO:

33.3.1. Gerador de energia naqueles serviços onde a interrupção do fornecimento energético comprometa a segurança da assistência. Não. Item não conforme .Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 e .Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X e Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 26 Inciso XIII

33.3.2. As principais ocorrências do plantão são assentadas em livro próprio ao término de cada jornada de trabalho. Não. Item não conforme .Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 e .Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X e Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 26 Inciso IV alínea “b”

33.3.3. Equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas do estabelecimento. Não. Item não conforme .Artigos 17 e 18 do Código de Etica Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 e .Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X e Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 26 Inciso I

33.4 SALA DE CONTENÇÃO:

33.4.1. Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa. Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.4.2. Ventilador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara. Não. Item não conforme Portaria MS/GM nº 2048/02, anexo, item 1.3 e RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.4.3. Oxímetro de pulso. Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.4.4. Fonte (fixa ou cilindro) de oxigênio com máscara aplicadora e umidificador. Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.4.5. Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia. Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.4.6. Desfibrilador Externo Automático (DEA). Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.4.7. Cânulas orofaríngeas (Guedel). Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM Nº 2056/2013

33.5 CONSULTÓRIO PSIQUIATRIA:

33.5.1. Sabonete líquido para a higiene. Não. Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

33.5.2. Toalhas de papel. Não. Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

33.5.3. 2 cadeiras ou poltronas - uma para o paciente e outra para o acompanhante. Não. Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

33.6 PRONTUÁRIO – QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:

33.6.1. Termo de internação voluntária. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 2057/13

33.7 INTERNAÇÃO:

33.7.1. Nas internações voluntárias o paciente assina Termo de Consentimento Esclarecido. Não. Item não conforme Lei nº 10.216/01 e Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2057/13

33.8 EQUIPE TERAPÊUTICA:

33.8.1. 1 Assistente Social para cada 60 pacientes. Não. Item não conforme Lei nº 10.216/01 e Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2057/13 e Resolução CFM nº 2153/16

33.8.2. 1 Psiquiatra para cada 40 pacientes. Não. Item não conforme Lei nº 10.216/01 e Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2057/13 e Resolução CFM nº 2153/16

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 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.it.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



33.9 ATIVIDADES / SERVIÇOS HOSPITALARES (ITENS APENAS INFORMATIVOS):

33.9.1. Serviço de engenharia e medicina do trabalho. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 2056/13, art. 27, IX

33.9.2. Serviço de engenharia para infraestrutura. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 2056/13, art. 27, IX

33.10 REDE DE GASES OU CILINDRO DE OXIGÊNIO:

33.10.1. Sala de contenção. Não. Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

33.10.2. Serviços de Urgência e Emergência. Não. Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013

33.11 SERVIÇO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – SALA DE REANIMAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTES GRAVES (SALA DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA OU VERMELHA) – ADULTO:

33.11.1. Meperidina ou equivalente. 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). Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.11.2. Escopolamina/Hioscina. 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). Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.11.3. Deslanovídeo. 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). Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.11.4. Brometo de Ipratrópio. 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). Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.11.5. Aminofilina. 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). Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.11.6. Máscara laríngea. 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). Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.11.7. Conta com, no mínimo, duas macas/leitos. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 2.077/2014: Artigo 4º e Anexo Item 3. 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). 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

33.12 CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

33.12.1. As salas de contenção e estabilização clínica estão equipadas com material de reanimação. Não. Item não conforme Resolução CFM Nº 2056/2013 e Resolução CFM nº 2057/13

33.12.2. Enfermaria para contenção física e sedação. Não. Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11

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 02/04/2025 às 21:27

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 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



- 33.12.3. Sala para procedimentos médicos e de enfermagem.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11
- 33.12.4. Consultório para o psiquiatra assistente.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11
- 33.12.5. Consultório para o clínico geral ou outro especialista não psiquiatra.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11
- 33.12.6. Sala para o terapeuta ocupacional/fisioterapeuta.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11
- 33.12.7. Sala para nutricionista.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11
- 33.12.8. Sala para enfermagem.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11
- 33.12.9. Sala para serviço social.** **Não.** Item não conforme RDC Anvisa nº 50/02 e Resolução CFM nº 2057/13, art. 11

33.13 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS:

33.13.1. Comissão de Revisão de Prontuários. **Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.638/2002. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, X e XI. Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. 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)

33.14 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

33.14.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). **Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, X e XI. Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. 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). Normativas relacionadas: RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013. PRC nº 5, de 28 de setembro de 2017. Portaria GM/MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013

33.15 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE, OU EQUIVALENTE:

33.15.1. Comissão de Controle de Infecção em Serviço de Saúde, ou equivalente. **Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, X e XI. Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. 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) Normativas relacionadas: Portaria GM/MS nº 2616, de 12 de maio de 1998

33.16 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO:

33.16.1. Comissão de Revisão de Óbito. **Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.171/2017. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, X e XI. Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. 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)

33.17 RESPONSABILIDADE TÉCNICA / DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICA:

33.17.1. Nos impedimentos do diretor técnico, há formalização da designação de substituto. **Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 - Anexo: Artigo 2º Parágrafo Segundo. Artigo 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Normativa relacionada: Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 14

33.17.2. A responsabilidade técnica é exercida presencialmente. **Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 - Anexo Artigo 11. Artigo 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018

33.18 INFORMAÇÕES CADASTRAIS / CORPO CLÍNICO:



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itv.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



33.18.1. 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 2147/2016 – 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.

34. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante atenção a ausência de médico diarista.

Realizado orientações ao médico plantonista, Dr. Rafael Alexandre de Oliveira Muniz, CRM 30517, principalmente em relação aos normativos sobre internações involuntárias.

Camaragibe - PE, 24 de Março de 2025.



Dr(a). Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto

CRM - PE - 10589

Médico(a) Fiscal

35. ANEXOS



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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-dокументo> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode



6xXupWYQ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-PE
FICHA DE DADOS CADASTRAIS

IDENTIFICAÇÃO			
Razão Social HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA	CNPJ 35.430.028/0001-43	Nº Inscrição PE 0004865	Inscrição 24/05/2022 Val. Certificado 24/05/2025
Nome Fantasia CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER	Bairro Aldeia dos Camarás	CEP 54783141	Telefone 81 92363330
Endereço(Rua / nº) 1ª Travessa Romênia 48	Município Camaragibe - PE	Dados Administrativos	
PRIVADO - CAPITAL SOCIAL: R\$ 100.000,00		Situação: REGULAR	Corpo Clínico: 5 Medico(s)
Atividade Principal HOSPITAL ESPECIALIZADO			
Diretor Técnico CRM nº 0025184	Nome: ABNER PORTO DE FARIAS MACÉDO		
Responsável Clínico CRM nº	Nome:		
COMISSÃO DE ÉTICA			
CRM	Nome	Cargo	Quite?
OUTRAS INFORMAÇÕES			
Possui Filial? NÃO	Quantas Filiais?		
Nota: Preencher uma ficha para cada Filial			
Data	Responsável pelas informações		
Registro:	Filial	Situação	Selar
Observações			
Débito(s) / débitos CERTIFICADO/RENOVACAO PJ 2025			
Regimento Interno: NÃO INFORMADO			
SÓCIOS			
CRM	Nome	Débito(s) (nenhum)	
CORPO CLÍNICO			
CRM	Nome	Especialidade	
0025206 PE	LUCILIA WILLA ANDRADE BARRETO	DERMATOLOGIA	
0026126 PE	RIVALDO FARIAS DE MELO JÚNIOR	PSIQUIATRIA	
0025131 PE	YANA GABRIELA SOARES PEREIRA DE CARVALHO	DERMATOLOGIA	

Certificado de Regularidade da Inscrição da Pessoa Jurídica

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-PE
FICHA DE DADOS CADASTRAIS

IDENTIFICAÇÃO			
Razão Social HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA	CNPJ 35.430.028/0001-43	Nº Inscrição PE 0004865	Inscrição 24/05/2022 Val. Certificado 24/05/2025
Nome Fantasia CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER	Bairro Aldeia dos Camarás	CEP 54783141	Telefone 81 92360330
Endereço(Rua / nº) 1ª Travessa Romênia 48	Município Camaragibe - PE	Dados Administrativos	
PRIVADO - CAPITAL SOCIAL: R\$ 100.000,00		Situação: REGULAR	Corpo Clínico: 5 Medico(s)
Atividade Principal HOSPITAL ESPECIALIZADO			
Diretor Técnico CRM nº 0025184	Nome: ABNER PORTO DE FARIAS MACÉDO		
Responsável Clínico CRM nº	Nome:		
COMISSÃO DE ÉTICA			
CRM	Nome	Cargo	Quite?

Certificado de Regularidade - Válido



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Registro Fotográfico da Fachada



Registro Fotográfico da Fachada

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 **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode



CHECKLIST DO CARRO DE PARADA

LACRE Nº 3008396 DATA: 28 / 02 / 2025

MEDICAMENTOS	MG	ML	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
ÁCIDO ACETILSALCÍLICO	100MG	-	30 CP	Fev/26	4A6248
ADENOSINA	3MG/ML	2ML	5	Out/25	189184
ÁGUA PARA INJEÇÃO		10ML	10	Mar/26	FBH
ATROPINA	0,25MG/ML	1ML	5	Fev/26	AT24C007
BICARBONATO DE SÓDIO	8,40%	250ML	2	Fev/26	24020431
BICARBONATO DE SÓDIO	8,40%	10ML	10	Abril/26	BRX
CITRATO DE FENTANILA	78,5/MCG/ML	2ML	5	Jun/25	2329742
CLORETO DE SÓDIO	0,90%	10ML	10	Abril/26	2431409
DESLANOL	0,2MG/ML	2ML	5	Mar/26	2410625
CLORIDRATO DE AMIODARONA	50MG/ML	3ML	5	Jun/26	AD-005/24
DOBUTAMINA	250MG	20ML	2	Fev/26	24020611
DOPAMINA	5MG/ML	10ML	2	Ago/25	22080432
EPINEFRINA	1MG/ML	1ML	5	Out/25	D-002/24m
FENITOINA SÓDICA	50MG/ML	5ML	3	Out/25	23100402
FENOBARBITAL	200MG	2ML	3	Fev/26	50011376
FLUMAZENIL	0,5MG/5ML	5ML	5	Fev/26	BF-006/24
FUROSEMIDA	10MG/ML	2ML	5	Mai/26	906731824050698
GLICOSE	50MG/ML	500ML	2	Mai/25	178132
GLICOSE	50%	10ML	10	Jun/26	GI2
GLICONATO DE CÁLCIO	10%	10ML	5		
HEPARINA	5000UI	0,25 ml	4	Mai/25	U037/23M
HIDRALASINA	20MG/ML	1ML	5	04/26	50021101
ISORDIL	5MG	-	30 cp	Jun/26	3X9609
LIDOCAÍNA 2%	20MG/ML	20ML	1	Set/25	22090206
MIDAZOLAM	5MG/ML	3ML	5	Abril/26	2414230

Atropina

MORFINA	10,MG	1ML	5	Nov/25	23110241
NOREPINEFRINA	2MG/ML	4ML	5	Jul/26	24070872
TRAMADOL	50MG/ML	2ML	1	JUN/25	22060265
TRAMADOL	50MG/ML	2ML	5	Fev/26	AW-001/24
CLORETO DE POTÁSSIO	19,1%	10ML	10	07/26	RSK
SORO FISIOLÓGICO	0,90%	500ML	4	Jan/26	74TB0869
SORO FISIOLÓGICO	0,90%	250ML	3	Jul/25	745H3378
SORO FISIOLÓGICO	0,90%	100ML	5	Mai/26	2413485
SORO RINGER LACTATO		500ML	2	Mai/25	745F2458
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA	100MG		5	Jun/25	23070094
SULFATO MAGNÉSIO	10%	10ML	10	Mar/26	4030210

MATERIAIS	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
AGULHA 25x0,70mm	10	Jun/26	NQ202106
AGULHA 40x1,20mm	5	Mar/27	NQ220312
COLETOR ABERTO	1	Mar/27	71643
COLETOR FECHADO	1	Out/27	2210012177
COMPRESSA CIRÚRGICA	2	Ago/28	b32-2
ELETRODO	1 PAR	Ago/26	P0005224
EQUIPO MACROGOTAS	3	Abr/27	50422
ESPARADRAPO	1	Dez/28	20231220
GAZE ESTÉRIL	5	Abr/28	B17-1
JELCO N18	5	Jul/26	10564/0523
JELCO N20	5	Mar/27	20119/0105
JELCO N22	5	Fev/26	B00547/0239
JELCO N24	5	Mar/26	B10167/0062
LUVA CIRÚRGICA TAM 8	4	dez/25	LP023M
LUVA DE PROCEDIMENTO	1CX	Dez/29	2408154187

Ringer Lactato



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

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 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



MÁSCARA	1CX	FEV.26	UUPFC-003/2022-1
SCALPE N21	5	Mai/25	200506
SCALPE N23	5	Set/25	200925
SERINGA 1ML 13x0,45mm	5	Set/26	NQ210912
SERINGA 3ML 25x0,70mm	5	Jan/28	SCS3NC00123
SERINGA 5ML 25x0,70mm	5	Jan/28	SCS5NC00223
SERINGA 10ML 25x0,70mm	5	Ago/27	5197A4
SERINGA 20ML 25x0,70mm	5	Set/27	220911
SONDA FOLEY 2 VIAS N14	2	Out/25	2011011034
SONDA FOLEY 2 VIAS N16	2	Out/26	2108011260
SONDA FOLEY 2 VIAS N18	2	Ago/26	2108011260
SONDA FOLEY 2 VIAS N20	2	Jun/26	2106011259
SONDA NASOGASTRICA N16	1	Fev/28	70191
SONDA NASOGASTRICA N18	1	Fev/28	70192
SONDA NASOGASTRICA N20	2	Abr/28	5460/R
TORNEIRINHA 3 VIAS	5	Jun/26	10252127
TUBO ENDOTRAQUEAL N6.0	1	Set/25	2009012178
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.0	1	Mar/25	01020031
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.5	1	Ago/25	29020081
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.0	2	Out/25	29120101
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.5	1	29/07/26	2107011261

Carla Francieli Pereira de Lima
 COORDENADORA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ELABORAÇÃO

Kamile Barbosa
 Medicina
 CRMESP 39186

VALIDAÇÃO


 Rômulo Teófilo
 Farmacêutico Geralista
 CRF-SP 457

APROVAÇÃO

EPI (equipamentos de proteção individual: luvas, máscaras e óculos)

MÁSCARA	1CX	FEV.26	UUPFC-003/2022-1
SCALPE N21	5	Mai/25	200506
SCALPE N23	5	Set/25	200925
SERINGA 1ML 13x0,45mm	5	Set/26	NQ210912
SERINGA 3ML 25x0,70mm	5	Jan/28	SCS3NC00123
SERINGA 5ML 25x0,70mm	5	Jan/28	SCS5NC00223
SERINGA 10ML 25x0,70mm	5	Ago/27	5197A4
SERINGA 20ML 25x0,70mm	5	Set/27	220911
SONDA FOLEY 2 VIAS N14	2	Out/25	2011011034
SONDA FOLEY 2 VIAS N16	2	Out/26	2108011260
SONDA FOLEY 2 VIAS N18	2	Ago/26	2108011260
SONDA FOLEY 2 VIAS N20	2	Jun/26	2106011259
SONDA NASOGASTRICA N16	1	Fev/28	70191
SONDA NASOGASTRICA N18	1	Fev/28	70192
SONDA NASOGASTRICA N20	2	Abr/28	5460/R
TORNEIRINHA 3 VIAS	5	Jun/26	10252127
TUBO ENDOTRAQUEAL N6.0	1	Set/25	2009012178
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.0	1	Mar/25	01020031
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.5	1	Ago/25	29020081
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.0	2	Out/25	29120101
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.5	1	29/07/26	2107011261

Carla Francieli Pereira de Lima
 COORDENADORA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ELABORAÇÃO

Kamile Barbosa
 Medicina
 CRMESP 39186

VALIDAÇÃO


 Rômulo Teófilo
 Farmacêutico Geralista
 CRF-SP 457

APROVAÇÃO

Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

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 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



CHECAGEM DIÁRIA DESFIBRILADOR			
FIRESER HOSPITAL CLÍNICA TERAPÉUTICA			
MÊS:	DATA	TESTE	CARGA
	1	Tentado	Carregando
	2	TESTADO	OK
	3	TESTADO	OK
	4	TESTADO	OK
	5	Tentado	Carregando
	6	TESTADO	OK
	7	TESTADO	EXPIRADO
	8	TESTADO	OK
	9	Tentado	Carregando
	10	TESTADO	OK
	11	TESTADO	OK
	12	TESTADO	OK
	13	Tentado	Carregando
	14		
	15	TESTADO	OK
	16	TESTADO	OK
	17	Tentado	Carregando
	18		
	19	TESTADO	OK
	20	TESTADO	OK
	21	Tentado	Carregando
	22	Tentado	Carregando
	23	TESTADO	OK
	24	TESTADO	OK
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		
	30		
	31		

OBS.: _____

Desfibrilador com monitor

FIRESER
HOSPITAL CLÍNICA TERAPÉUTICA

COMUNICADO AO MPPE - CAMARAGIBE-PE
SECRETARIA DE SAUDE-PE+
COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS
IN VOLUNTÁRIAS - CIPÍ/PE

Hospital e Clínica Terapêutica Florescer
A 1ª Promotoria de Justiça Civil de Camaragibe

De acordo com o art. 23-A, §7º, da lei 13.840, "Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei."

Em virtude do que disciplina a referida lei, a clínica terapêutica florescer vem

Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itj.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



180, no dia 10/01/25, estando sob os cuidados da nossa equipe multidisciplinar.

Camaragibe, 10 de janeiro de 2025.

CNPJ: 35.430.028/0001-43
Hospital Clínica Florescer LTDA-ME
1 TV Romênia, nº 48 Aldeia
CEP 54783-141 - Camaragibe - PE

HOSPITAL CLÍNICA TERAPÉUTICA FLORESER LTDA-ME CNPJ Nº

35.430.028/0001-43

HOSPITAL CLÍNICA TERAPÉUTICA FLORESER LTDA-ME CNPJ Nº 35.430.028/0001-43
1ª Travessa Romênia, 48 – Aldeia dos Camarás – Camaragibe / PE – CEP 54783-141
Contato (81) 99236-0330

Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público

TEMPO QUE TRABALHO REMUNERADO	INTERDITADO(A) JURIDICAMENTE <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
3. DADOS DO INTERNAMENTO*	
DATA E HORA DO INTERNAMENTO 10/01/2025 16:30:14	TIPO DA INTERNACAO <input checked="" type="checkbox"/> INVOLUNTÁRIA <input type="checkbox"/> VOLUNTÁRIA CONVERTIDA INVOLUNTÁRIA
TEMPO ESTIMADO DE DIAS DE INTERNACAO* [] 01 A 15 [] 16 A 30 [] 31 A 60 [] 61 A 90 [] 91 A 180 [] OUTRO	MÉDICO QUE INTERNAU AHIL
CONVENIO/ PLANO DE SAUDE NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAL?	MOTIVO(S)/JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO (ASSINALAR 1 OU MAIS): <input checked="" type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves por síndrome de abstinência grave por substância psicoativa <input checked="" type="checkbox"/> Risco de autoagressão <input checked="" type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves por intoxicação grave por substância psicoativa <input checked="" type="checkbox"/> Risco de heteroagressão <input checked="" type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por dependência química grave <input checked="" type="checkbox"/> Risco de prejuízo moral ou patrimonial <input checked="" type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por incapacidade grave de autocuidados <input checked="" type="checkbox"/> Risco de agressão à ordem pública <input checked="" type="checkbox"/> Lesão autoprovocada intencional <input checked="" type="checkbox"/> Sintomas psicóticos graves com prejuízo do discernimento e autonomia <input type="checkbox"/> OUTRO MOTIVO PARA INTERNACAO - QUALIS?
DESCREVER MOTIVO(S) ASSINALADOS Histórico de uso abusivo de álcool, cocaína e maconha.	
TRANSCRIÇÃO DA FALA DA PESSOA (SE POSSIVEL)	
CÓDIGO DA CID-10 (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)	CÓDIGO DA CIF (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE)
MEIO DE TRANSPORTE USADO PARA REMOCADA ATÉ O LOCAL DE INTERNACAO <input type="checkbox"/> EQUIPE PRIVADA E/OU TERCEIRIZADA: *INFORMAR PRESTADOR/EMPRESA: <input checked="" type="checkbox"/> VEÍCULO DA PRÓPRIA PESSOA, FAMILIARES, AMIGOS, TÁXI OU TRANSPORTE COLETIVO; <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR):	

Comissão Estadual Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias - CIP/PE. Portaria SES/PE Nº 820 de 08 de novembro de 2019 - Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

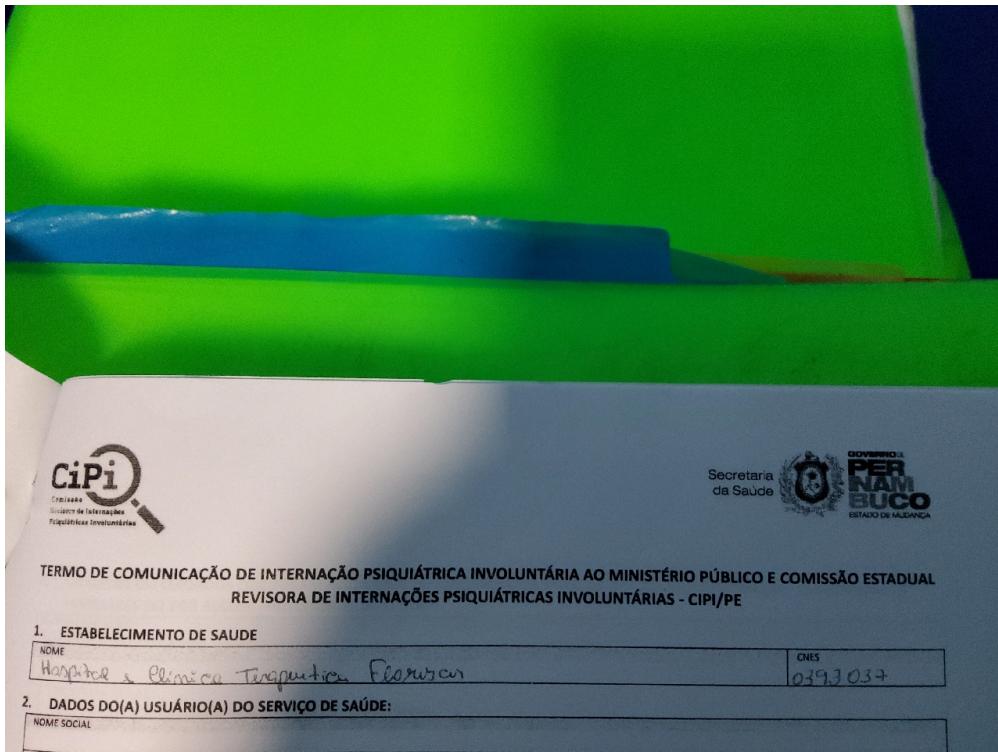
Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com

Carolina de Lima
CORONEL - ENFERMEIRA - ENF

Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE CEP 50751-530 - Fone: (81)31840570 / 3184-0000 - Email: notificacaoinvoluntariape@gmail.com



Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Pùblico

Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério P\xfablico



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CRF-76704294409 em 02/04/2025 às 21:27

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público

Telefone para contato: (81) 9 9901-4970

Para os fins da internação, na condição de Familiar/Responsável, **DECLARO** que me responsabilizo pela internação involuntária do(a) paciente nesta clínica, pelo período determinado pelo médico assistente, bem como estou ciente e de acordo com todos os procedimentos empregados no tratamento, com o único fim de proporcionar a melhora do paciente. **DECLARO**, ainda, comparecer sempre que solicitado, bem como remover o paciente por ocasião de sua alta ou transferência.

Camaragibe, 10 de janeiro DE 2025.

Assinatura do Familiar / Responsável

HOSPITAL E CLÍNICA TERAPÉUTICA FLORESER LTDA-ME CNPJ Nº 35.430.028/0001-43
1ª Travessa Romênia, 48 – Aldeia dos Camarás – Camaragibe / PE – CEP 54783-141
Contato (81) 99236-0330

Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/04/2025 às 21:27

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QRCode



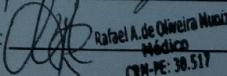
INTERNAÇÃO:

Data: 10/01/25 **C.I.D.:** F 19.9 + F 10

Tipo de Estabelecimento: Clínica / Hospital Psiquiátrico **CNES nº:** 0393037

Justificativa:
Paciente admitido no serviço devido a dependência química e uso abusivo de álcool. Paciente necessitando de tratamento em regime de internamento hospitalar para estabilização do transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplos drogas.

Médico responsável: Rafael Maniz

Assinatura (carimbo/CRM): 

FAMILIAR/RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público



Preenche os formulários da modalidade da internação



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode





1 pia ou lavabo



Lixeiras com pedal



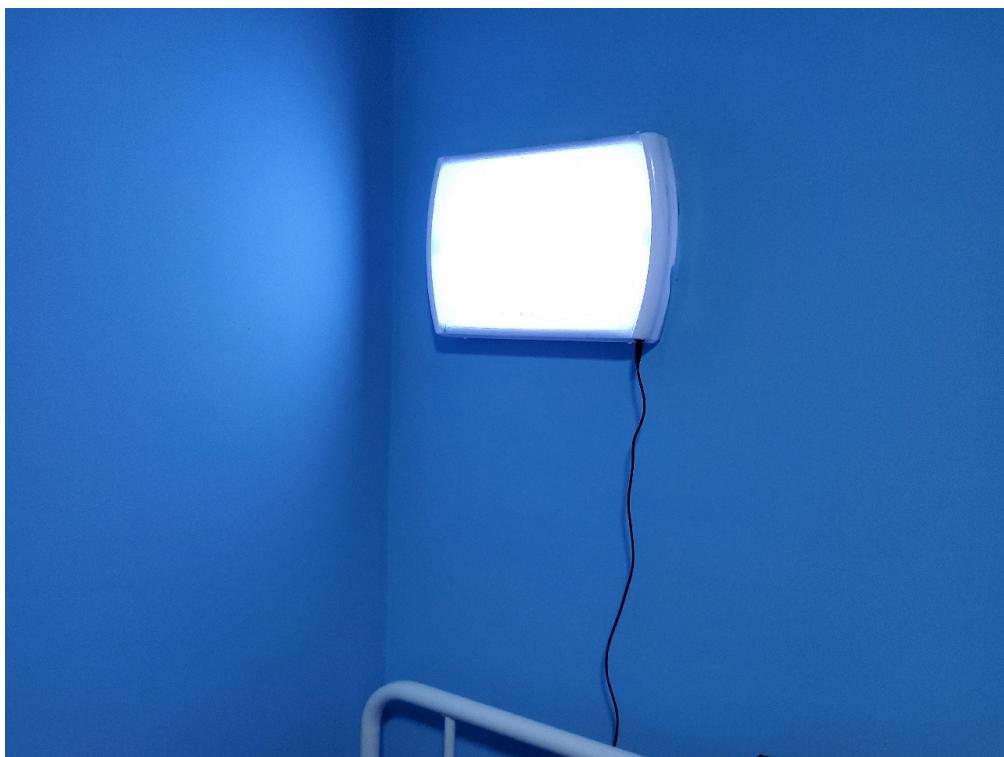
Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode





1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável



1 negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itи.gov.br/> e através do link https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador_documento informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode





Enfermaria para estabilização/observação clínica



Enfermaria para estabilização/observação clínica

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 **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Enfermaria para estabilização/observação clínica



Enfermaria para estabilização/observação clínica

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA

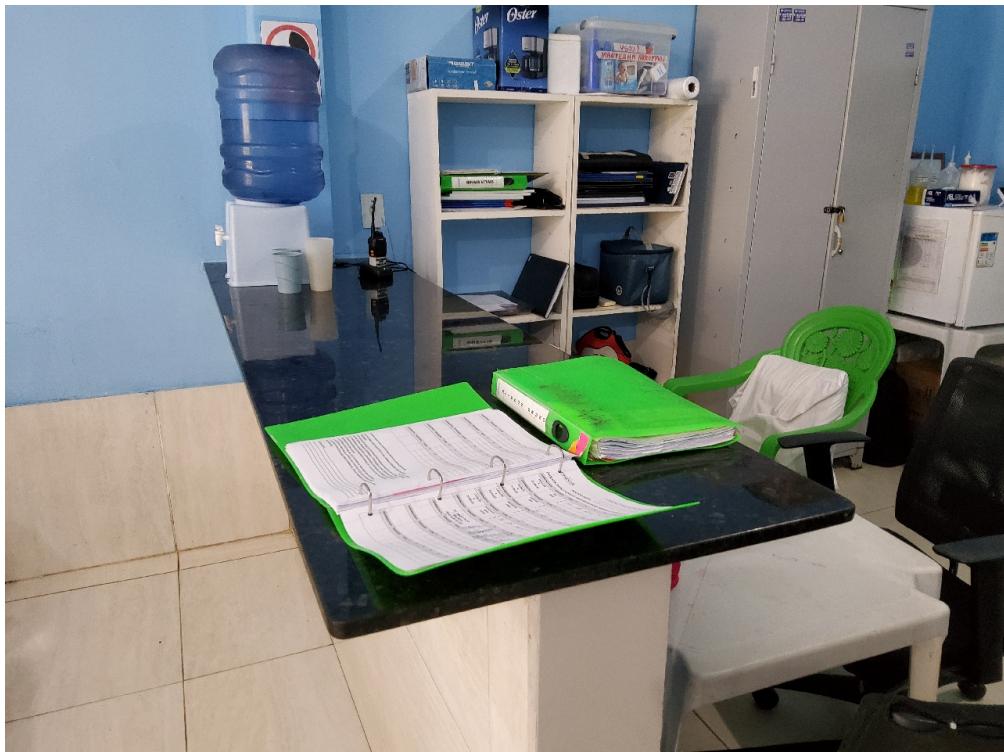


Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Enfermaria para estabilização/observação clínica



Enfermaria para estabilização/observação clínica



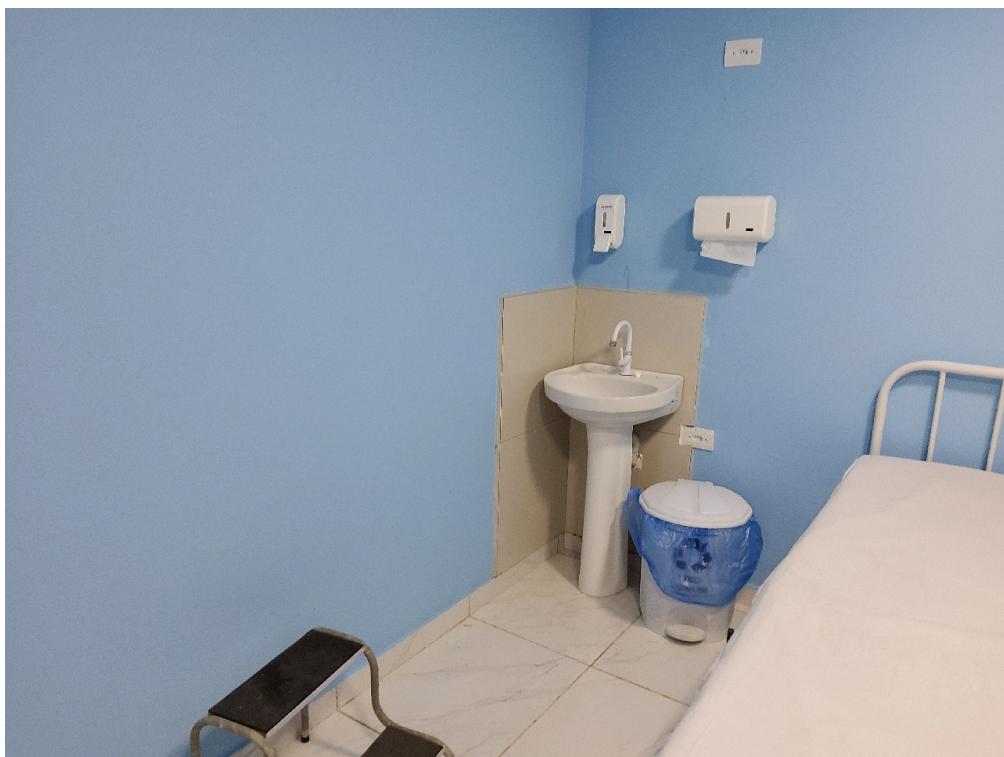
Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itи.gov.br/> e através do link https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador_documento informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode





Item não conforme: Conta com, no mínimo, duas macas/leitos



Pia com água corrente



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode





Item não conforme: Conta com, no mínimo, duas macas/leitos



Oxímetro de pulso



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Laringoscópio com lâminas adequadas



Laringoscópio com lâminas adequadas



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itи.gov.br/> e através do link https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador_documento informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Oxímetro de pulso



Farmácia

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 **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itи.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Farmácia



Farmácia

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA

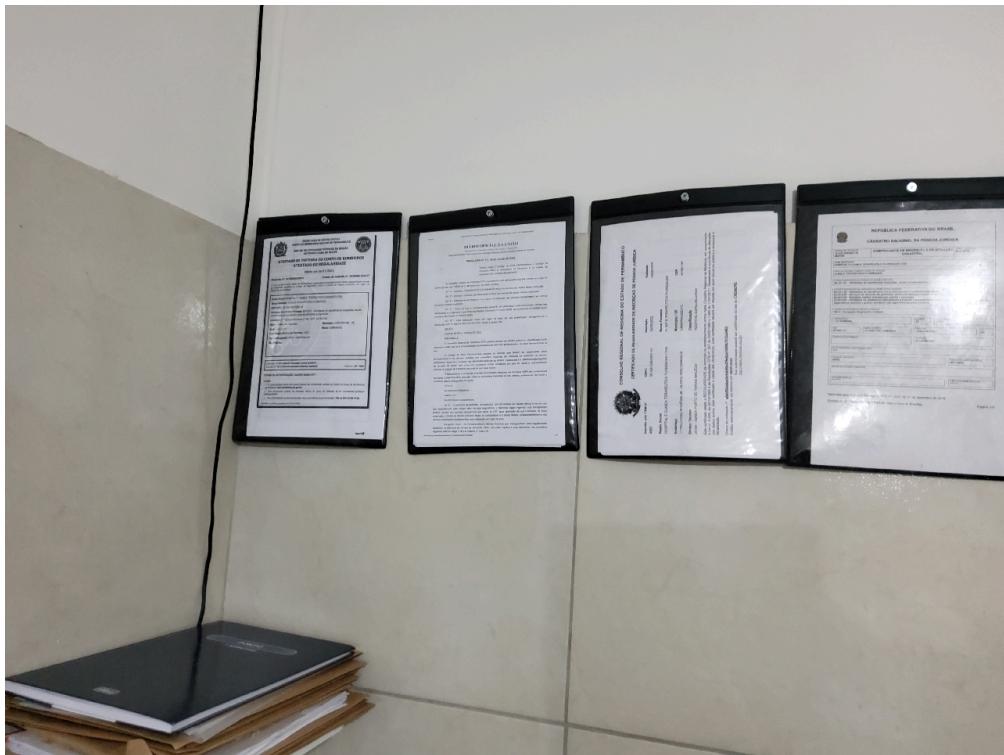


Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

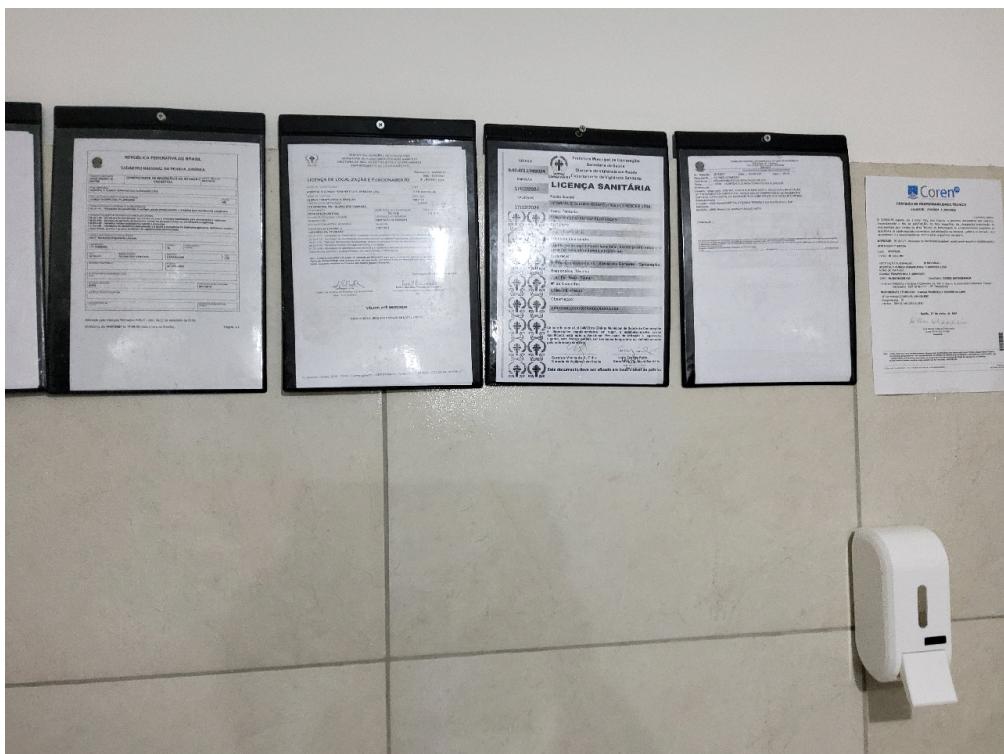
Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode





Farmácia



Farmácia

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 **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itи.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Cama(s)



Cama(s)

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 **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itи.gov.br/> e
através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando
o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





Chuveiro



Pia



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.itd.gov.br/> e através do link <https://fiscalizacao.crmvirtual.cfm.org.br/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QRCode




**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ATIVIDADES TÉCNICAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE**

**ATESTADO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS
ATESTADO DE REGULARIDADE**

Válido até 06/01/2026

Protocolo nº: 2410080270857 **Projeto de Incêndio nº: 2220080166477**

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: HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA Nome Fantasia: CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER CPF/CNPJ: 35.430.028/0001-43 Atividade Econômica Principal: 8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências Endereço: 1º Travessa Romênia, nº 48 - CEP: 54.783-141 Bairro: Aldeia dos Camarás Município: CAMARAGIBE - PE Área: 1607.10 m² Risco: COMERCIAL Capacidade Máxima de Pessoas: 1607 Tipo de Ocupação: TIPO I - HOSPITALAR Observações:
--

Vistoriador: 3º SGT CARLOS FERNANDO UCHOA DE BRITO
 Deferido por: MAJ EVERTON EDUARDO FERREIRA MARINHO Chefe do: CAT / RMR

CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO: eca492142b9c1d71

Atenção:

- A autenticidade deste documento deverá ser confirmada através do Portal do Corpo de Bombeiros, no endereço www.bombeiros.pe.gov.br.
- Este documento poderá ser cassado, dentro do prazo de validade, se for constatada qualquer irregularidade.
- Para informações ou denúncias ligar para a Ouvidoria Geral do Estado: 162 ou (81) 3182-9126.

Emitido via Web, posição em 07/01/2025

Alvará bombeiros


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ATIVIDADES TÉCNICAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE**

**ATESTADO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS
ATESTADO DE REGULARIDADE**

Válido até 06/01/2026

Protocolo nº: 2410080270857 **Projeto de Incêndio nº: 2220080166477**

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: HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA Nome Fantasia: CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER CPF/CNPJ: 35.430.028/0001-43 Atividade Econômica Principal: 8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências Endereço: 1º Travessa Romênia, nº 48 - CEP: 54.783-141 Bairro: Aldeia dos Camarás Município: CAMARAGIBE - PE Área: 1607.10 m² Risco: COMERCIAL Capacidade Máxima de Pessoas: 1607 Tipo de Ocupação: TIPO I - HOSPITALAR Observações:
--

Alvará bombeiros



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO



CENTRO DE ATIVIDADES TÉCNICAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE

ATESTADO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATESTADO DE REGULARIDADE

Válido até 06/01/2026

Protocolo nº: 2410080270857

Projeto de Incêndio nº: 2220080166477

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: HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA

Nome Fantasia: CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER

CPF/CNPJ: 35.430.028/0001-43

Atividade Econômica Principal: 8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

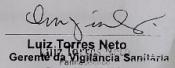
Endereço: 1º Travessa Romênia, nº 48 - CEP: 54.783-141

Bairro: Aldeia dos Camarás

Município: CAMARAGIBE - PE

Área: 1607,10 m²

Alvará bombeiros - Validade

CÓDIGO	6.63.472.174/2024	Prefeitura Municipal de Camaragibe Secretaria de Saúde Diretoria de Vigilância em Saúde CAMARAGIBE Departamento de Vigilância Sanitária
EMISSÃO	17/12/2024	LICENÇA SANITÁRIA
VALIDADE	17/12/2025	Razão Social: HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA.
		Nome Fantasia: CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER
		CNPJ/CPF: 35.430.028/0001-43
		Atividade Licenciada: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.
		Endereço: 1º Travessa Romênia, 48 – Aldeia dos Camarás – Camaragibe.
		Responsável Técnico João Paz Neto - Titular
		Nº do Conselho: CRM - PE nº 6540
		Observação: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
De acordo com a Lei 049/98 do Código Municipal de Saúde de Camaragibe e disposições regulamentares em vigor, o estabelecimento acima qualificado está apto a funcionar. Em caso de infração à legislação vigente, esta licença poderá ser suspensa temporária ou definitivamente pela autoridade sanitária.		
 Geraldo Vieira de A. Filho Diretoria de Vigilância em Saúde Luiz Torres Neto Gerente de Vigilância Sanitária		
Este documento deve ser afixado em local visível ao público.		

Há demonstração da regularidade junto à autoridade sanitária

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 02/04/2025 às 21:27

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 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE





Há demonstração da regularidade junto à autoridade sanitária



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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 **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE

