



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:** 1ª 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 FARIAS 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.



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



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 QR CODE





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, mofo 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



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



### 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.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



- 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, mofo 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.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



## 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



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



- 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.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



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



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



## 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 circunstanciada 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 dá 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 contra indicação 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).



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





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.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



### 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 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 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



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



### 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. **Deslanosídeo. 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



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



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 MÉDICA / 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.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



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-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-PE**  
**FICHA DE DADOS CADASTRAIS**

IDENTIFICAÇÃO			
Razão Social		Nº Inscrição	
HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA		PE 0004865	
Nome Fantasia		CNPJ	Inscrição Val. Certificado
CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER		35.430.028/0001-43	24/05/2022 24/05/2025
Endereço(Rua / nº)			
1ª Travessa Romênia 48			
Município	Bairro	CEP	Telefone
Camaragibe - PE	Aldeia dos Camarás	54783141	81 52260330
Dados Administrativos			
PRIVADO - CAPITAL SOCIAL: R\$ 100.000,00		Situação: REGULAR	
Atividade Principal		Corpo Clínico: 5 Médico(s)	
HOSPITAL ESPECIALIZADO			
Diretor Técnico		Quite?	
CRM nº 0025184	Nome: ABNER PORTO DE FARIAS MACÊDO	SIM	
Responsável Clínico		Quite?	
CRM nº	Nome:		
COMISSÃO DE ÉTICA			
CRM	Nome	Cargo	Quite?
OUTRAS INFORMAÇÕES			
Possui Filial? NÃO			
Nota: Preencher uma ficha para cada Filial			
Data: Responsável pelas informações			
Registro	Filial	Situação	Sector
Observações			
Debitos - CERTIFICADOR RENOVACAO PJ 2025			
Regimento Interno: NÃO INFORMADO			
SÓCIOS			
CRM	Nome	Débito(s)	
		(Retenção)	
CORPO CLÍNICO			
CRM	Nome	Especialidade	
0025206 PE	LUCÍLIA WILLA ANDRADE BARRETO	DERMATOLOGIA	
0026126 PE	RIVALDO FARIAS DE MELO JÚNIOR	PSIQUIATRIA	
0026131 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		Nº Inscrição	
HOSPITAL E CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER LTDA		PE 0004865	
Nome Fantasia		CNPJ	Inscrição Val. Certificado
CLINICA TERAPEUTICA FLORESCER		35.430.028/0001-43	24/05/2022 24/05/2025
Endereço(Rua / nº)			
1ª Travessa Romênia 48			
Município	Bairro	CEP	Telefone
Camaragibe - PE	Aldeia dos Camarás	54783141	81 92360330
Dados Administrativos			
PRIVADO - CAPITAL SOCIAL: R\$ 100.000,00		Situação: REGULAR	
Atividade Principal		Corpo Clínico: 5 Médico(s)	
HOSPITAL ESPECIALIZADO			
Diretor Técnico		Quite?	
CRM nº 0025184	Nome: ABNER PORTO DE FARIAS MACÊDO	SIM	
Responsável Clínico		Quite?	
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/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE







Registro Fotográfico da Fachada



Registro Fotográfico da Fachada



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



6xXupWYQ



## CHECKLIST DO CARRO DE PARADA

LACRE Nº 3008396

DATA: 28 / 02 / 2025

MEDICAMENTOS	MG	ML	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	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
FENITOÍNA 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	GIZ
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	74SH3378
SORO FISIOLÓGICO	0,90%	100ML	5	Mai/26	2413485
SORO RINGER LACTATO	-	500ML	2	Mai/25	74SF2458
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	Mai/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	Mai/27	20119/0105
JELCO N22	5	Fev/26	B00547/0239
JELCO N24	5	Mai/26	B10167/0062
LUVA CIRÚRGICA TAM 8	4	dez/25	LP023M
LUVA DE PROCEDIMENTO	1CX	Dez/29	2408154187

Ringer Lactato

ASSINATURA ELETRÔNICA  
QUALIFICADAConforme  
MP 2.200-2/01  
e Lei 14.063/20Este 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

6xXupWYQ



TESTE	CARGA	PÁS ADESIVAS
MÁSCARA	1CX	FEV.26
SCALPE N21	5	Mai/25
SCALPE N23	5	Set/25
SERINGA 1ML 13x0,45mm	5	Set/26
SERINGA 3ML 25x0,70mm	5	Jan/28
SERINGA 5ML 25x0,70mm	5	Jan/28
SERINGA 10ML 25x0,70mm	5	Ago/27
SERINGA 20ML 25x0,70mm	5	Set/27
SONDA FOLEY 2 VIAS N14	2	Out/25
SONDA FOLEY 2 VIAS N16	2	Out/26
SONDA FOLEY 2 VIAS N18	2	Ago/26
SONDA FOLEY 2 VIAS N20	2	Jun/26
SONDA NASOGÁSTRICA N16	1	Fev/28
SONDA NASOGÁSTRICA N18	1	Fev/28
SONDA NASOGÁSTRICA N20	2	Abr/28
TORNEIRINHA 3 VIAS	5	Jun/26
TUBO ENDOTRAQUEAL N6.0	1	Set/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.0	1	Mar/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.5	1	Ago/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.0	2	Out/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.5	1	29/07/26

UUPFC-003/2022-1

200506

200925

NQ210912

SCS3NC00123

SCS5NC00223

5197A4

220911

2011011034

2108011260

2108011260

2106011259

70191

70192

5460/R

10252127

2009012178

01020031

29020081

29120101

2107011261

Carta Francisca Pereira de Lima  
COORDENADORA ENF  
CURSOS DE EDUCAÇÃO

Karoline Barbosa  
Médica  
CRMPE 39/184

Felton João  
Farmacêutico Gerente  
CRF 6457

ELABORAÇÃO

VALIDAÇÃO

APROVAÇÃO

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

TESTE	CARGA	PÁS ADESIVAS
MÁSCARA	1CX	FEV.26
SCALPE N21	5	Mai/25
SCALPE N23	5	Set/25
SERINGA 1ML 13x0,45mm	5	Set/26
SERINGA 3ML 25x0,70mm	5	Jan/28
SERINGA 5ML 25x0,70mm	5	Jan/28
SERINGA 10ML 25x0,70mm	5	Ago/27
SERINGA 20ML 25x0,70mm	5	Set/27
SONDA FOLEY 2 VIAS N14	2	Out/25
SONDA FOLEY 2 VIAS N16	2	Out/26
SONDA FOLEY 2 VIAS N18	2	Ago/26
SONDA FOLEY 2 VIAS N20	2	Jun/26
SONDA NASOGÁSTRICA N16	1	Fev/28
SONDA NASOGÁSTRICA N18	1	Fev/28
SONDA NASOGÁSTRICA N20	2	Abr/28
TORNEIRINHA 3 VIAS	5	Jun/26
TUBO ENDOTRAQUEAL N6.0	1	Set/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.0	1	Mar/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N7.5	1	Ago/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.0	2	Out/25
TUBO ENDOTRAQUEAL N8.5	1	29/07/26

UUPFC-003/2022-1

200506

200925

NQ210912

SCS3NC00123

SCS5NC00223

5197A4

220911

2011011034

2108011260

2108011260

2106011259

70191

70192

5460/R

10252127

2009012178

01020031

29020081

29120101

2107011261

Carta Francisca Pereira de Lima  
COORDENADORA ENF  
CURSOS DE EDUCAÇÃO

Karoline Barbosa  
Médica  
CRMPE 39/184

Felton João  
Farmacêutico Gerente  
CRF 6457

ELABORAÇÃO

VALIDAÇÃO

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/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando  
o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





**CHECAGEM DIÁRIA DESFIBRILADOR** **FI FLORES CER**  
HOSPITAL CLÍNICA TERAPÊUTICA

MÊS:

DATA	TESTE	CARGA	PÁS ADESIVAS
1	Testado	Carregado	OK
2	Testado	Carregado	OK
3	Testado	Carregado	OK
4	Testado	Carregado	OK
5	Testado	Carregado	OK
6	Testado	Carregado	OK
7	Testado	Carregado	OK
8	Testado	Carregado	OK
9	Testado	Carregado	OK
10	Testado	Carregado	OK
11	Testado	Carregado	OK
12	Testado	Carregado	OK
13	Testado	Carregado	OK
14	Testado	Carregado	OK
15	Testado	Carregado	OK
16	Testado	Carregado	OK
17	Testado	Carregado	OK
18	Testado	Carregado	OK
19	Testado	Carregado	OK
20	Testado	Carregado	OK
21	Testado	Carregado	OK
22	Testado	Carregado	OK
23	Testado	Carregado	OK
24	Testado	Carregado	OK
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

OBS.:

Desfibrilador com monitor

**FI FLORES CER**  
HOSPITAL CLÍNICA TERAPÊUTICA

**COMUNICADO AO MPPE - CAMARAGIBE-PE**  
**SECRETARIA DE SAUDE-PE+**

**COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS**  
**INVOLUNTÁRIAS - CIPI/PE**

Hospital e Clínica Terapêutica Florescer  
A 1ª Promotoria de Justiça Cível 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.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





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 TERAPÊUTICA FLORESCER LTDA-ME CNPJ Nº  
35.430.028/0001-43**

HOSPITAL CLÍNICA TERAPÊUTICA FLORESCER 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	
<b>3. DADOS DO INTERNAMENTO*</b>			
DATA E HORA DO INTERNAMENTO 10/01/2025 16:30H		TIPO DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> INVOLUNTÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> VOLUNTÁRIA CONVERTIDA INVOLUNTÁRIA	
TEMPO ESTIMADO DE DIAS DE INTERNAÇÃO*			
<input type="checkbox"/> 01 A 15 <input type="checkbox"/> 16 A 30 <input type="checkbox"/> 31 A 60 <input type="checkbox"/> 61 A 90 <input checked="" type="checkbox"/> 91 A 180 <input type="checkbox"/> OUTRO			
CONVENIO/ PLANO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM QUAL? <u>AMIL</u>		MÉDICO QUE INTERNOU	
MOTIVO(S) JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO (ASSINALAR 1 OU MAIS)*:			
<input 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 type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves por intoxicação grave por substância psicoativa <input checked="" type="checkbox"/> Risco de heteroagressão <input 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 type="checkbox"/> Sintomas psicóticos graves com prejuízo do discernimento e autonomia <input type="checkbox"/> OUTRO MOTIVO PARA INTERNAÇÃO - QUAL(ES)?			
DESCREVER MOTIVOS ASSINALADOS <u>HISTÓRICO de uso abusivo de álcool, cocaína e maconha</u>			
TRANSCRITA DA FALA DA PESSOA (SE POSSÍVEL)			
CÓDIGO DA CID-10 (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)		CÓDIGO DA CIF (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE)	
MEIO DE TRANSPORTE USADO PARA REMOÇÃO ATÉ O LOCAL DE INTERNAÇÃO <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 - CIPI/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: notificacaoinvoluntariapet@gmail.com

Caroline de Lima  
SECRETARIA - PE 030.000 - ENF

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.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





**CiPi**  
Comissão Intergovernamental de Políticas de Inovação e Propriedade Intelectual

Secretaria da Saúde  
GOVERNO DO ESTADO DO PERNAMBUCO  
ESTADO DE ALBUQUERQUE

**TERMO DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO E COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS - CIPI/PE**

1. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
NOME: Hospital e Clínica Terapêutica Florescer CNES: 0393037

2. DADOS DO(A) USUÁRIO(A) DO SERVIÇO DE SAÚDE:  
NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público

4. UNIDADES OU CUIDADOS QUE FORAM ACIONADOS OU CONSIDERADOS ANTES DE DEFINIR PELA INTERNAÇÃO - ACIONADOS POR FAMILIARES OU POR ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE:

5. FAMÍLIA/ REDE DE APOIO E/OU RESPONSÁVEIS  
5.1. SUPORTE DO ESTABELECIMENTO À FAMÍLIA E/OU RESPONSÁVEIS  
5.2. CONVÍVIO COM FAMILIARES OU PESSOAS DA REDE DE SOCIALIZAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO:  
5.3. ACESSO A MEIOS DE COMUNICAÇÃO DISPONIBILIZADOS/PERMITIDOS DURANTE A INTERNAÇÃO

6. PLANEJAMENTO PÓS-ALTA  
OBSERVAÇÃO: APÓS A ALTA ENVIAR TERMO DE COMUNICAÇÃO DE ALTA JUNTAMENTE COM DOCUMENTO OU RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA

Atenção: O campo 7 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES, é de preenchimento privativo dos estabelecimentos que atendem exclusivamente crianças e adolescentes nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Constituição Federal.

7. INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MENOR DE 18 ANOS DE IDADE)

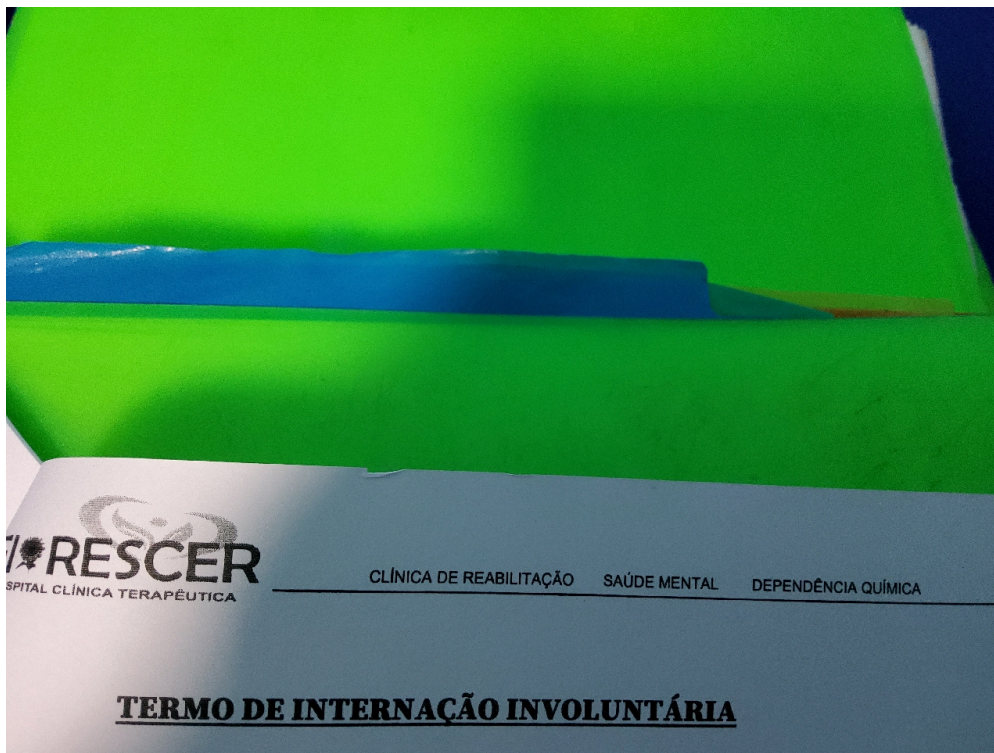
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTES TERMOS: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha

ORIENTAÇÕES SOBRE ESTE TERMO:

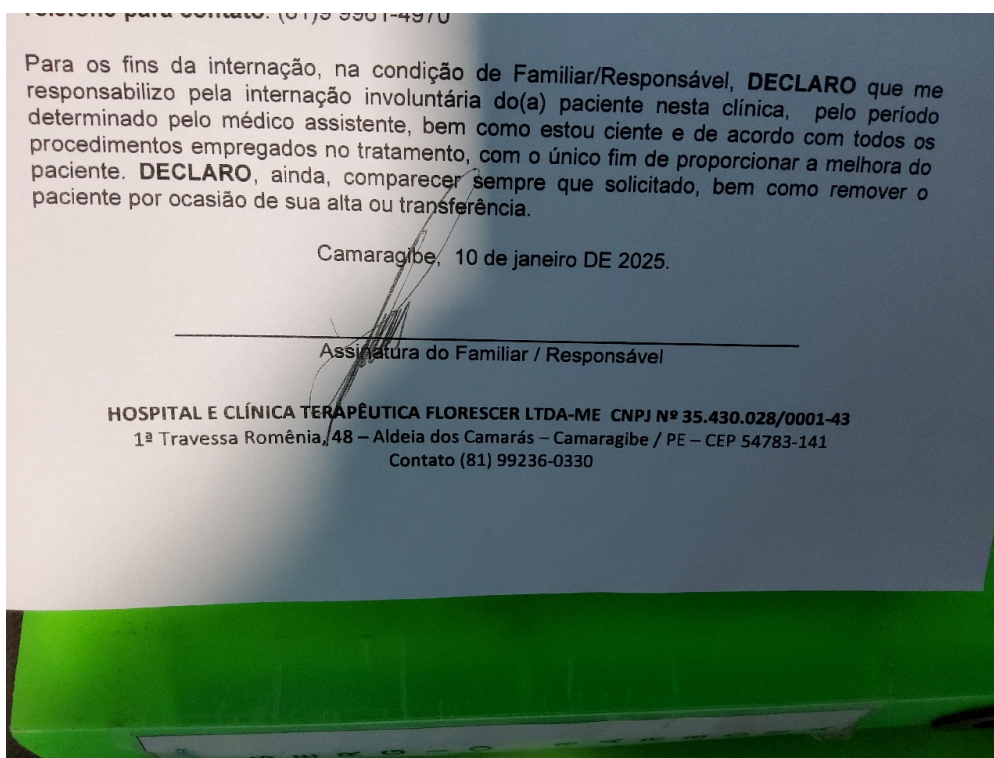
Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público







Comunica internação involuntária no prazo de 72 horas ao Ministério Público



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.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





**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 de transtorno mental e comportamento devido ao uso de múltiplos medicamentos.*

Médico responsável: *Rafael A. de Oliveira Muniz*

Assinatura (carimbo/CRM): *[Assinatura]* Rafael A. de Oliveira Muniz  
 Médico  
 CRM-PE: 38.517

**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.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







1 pia ou lavabo



Lixeiras com pedal







1 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável



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





Enfermaria para estabilização/observação clínica



Enfermaria para estabilização/observação clínica







Enfermaria para estabilização/observação clínica



Enfermaria para estabilização/observação clínica







Enfermaria para estabilização/observação clínica



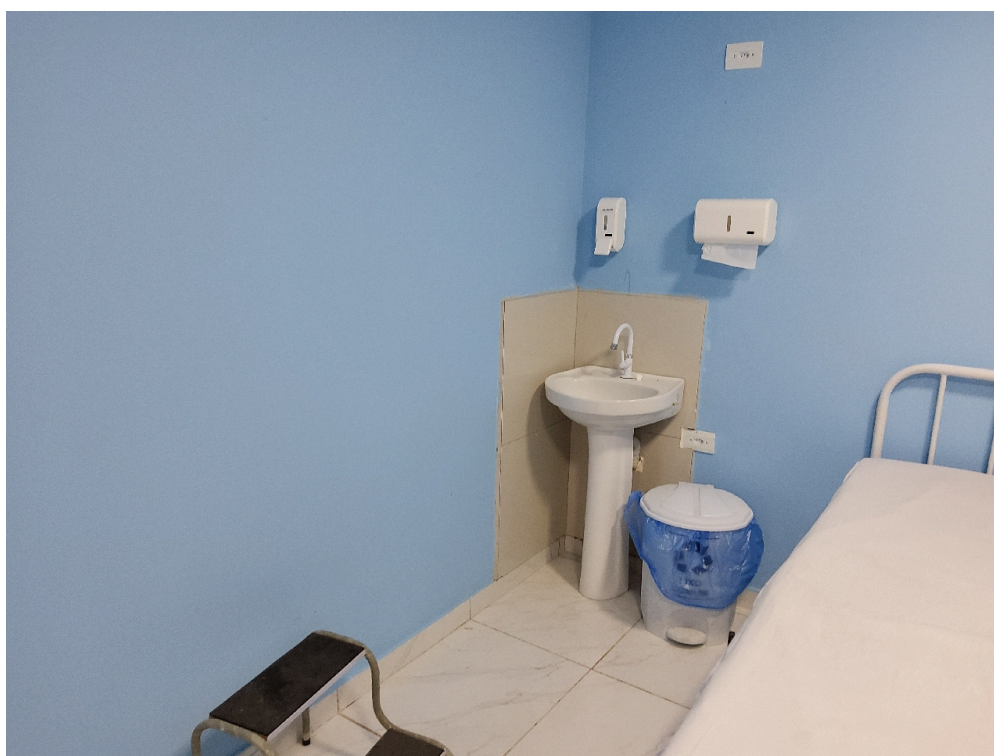
Enfermaria para estabilização/observação clínica







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



Pia com água corrente







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



6xXupWYQ





Laringoscópio com lâminas adequadas



Laringoscópio com lâminas adequadas







Oxímetro de pulso



Farmácia



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



6xXupWYQ





Farmácia



Farmácia



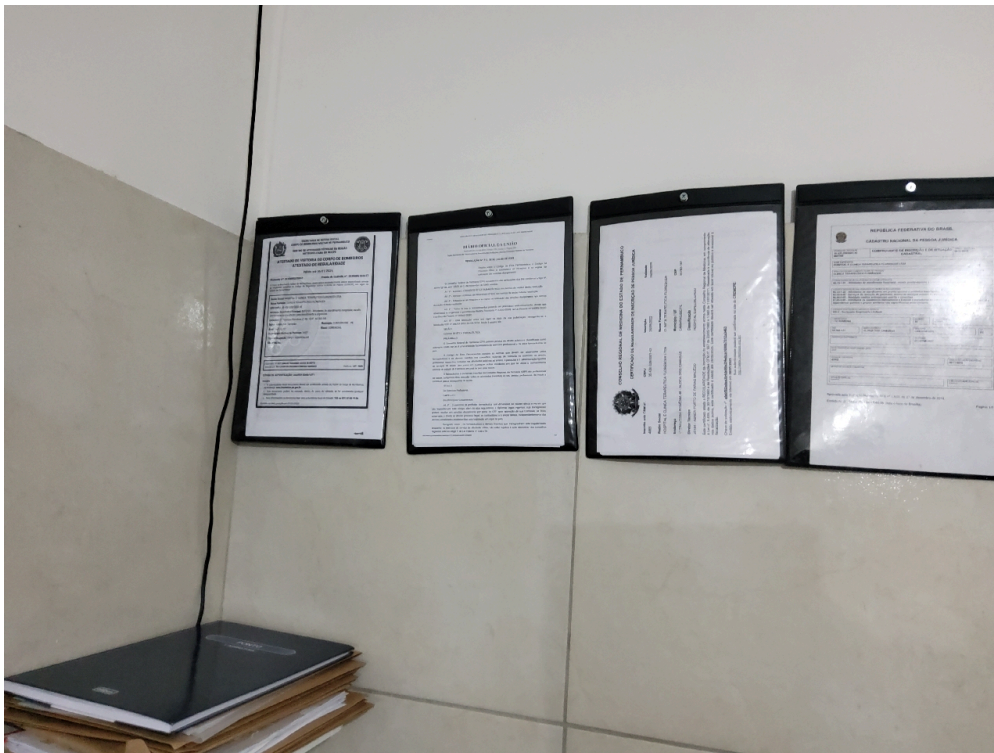
Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**  
CPF: **76704394400** em **02/04/2025 às 21:27**

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

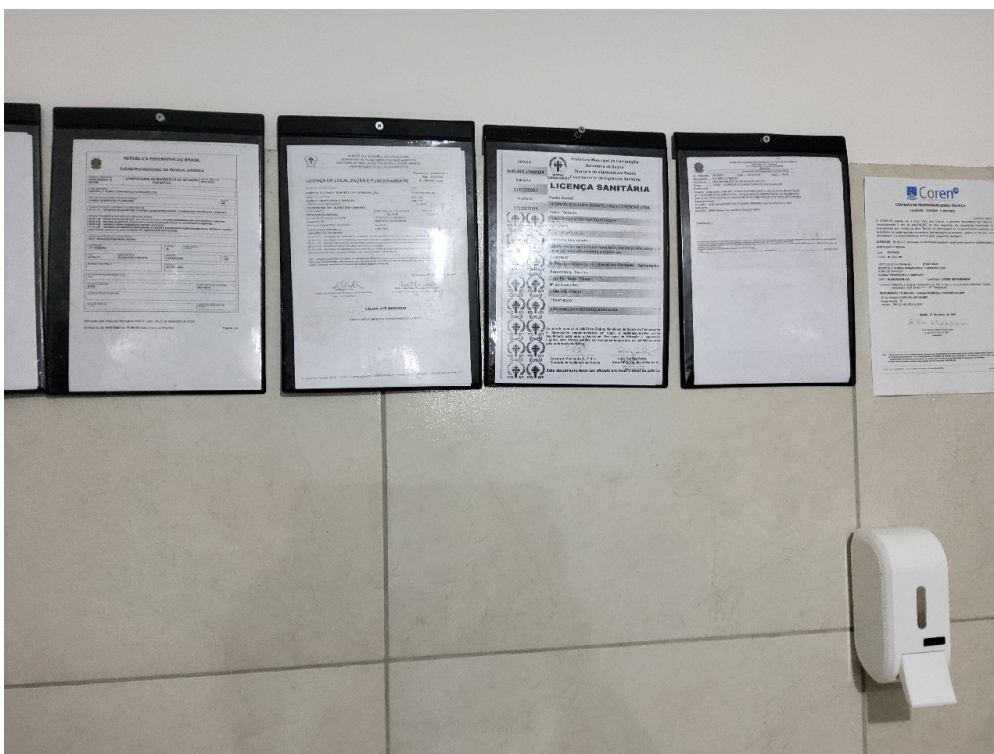


6xXupWYQ





Farmácia



Farmácia



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



6xXupWYQ





Cama(s)



Cama(s)



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/cvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



6xXupWYQ





Chuveiro



Pia





**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:** 1ª 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:**

Visitador: 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](http://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) 3162-9126.

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:** 1ª 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/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda 50/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



6xXupWYQ





**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:** 1ª 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

**EMIÇÃO**  
17/12/2024

**VALIDADE**  
17/12/2025



**Prefeitura Municipal de Camaragibe**  
**Secretaria de Saúde**  
**Diretoria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Vigilância Sanitária**

**LICENÇA SANITÁRIA**

**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:** 1ª Travessa Romênia, 48 - Aldeia dos Camarás - Camaragibe.  
**Responsável Técnico:** João Paz Neto - Titular  
**Nº do Conselho:** CRM - PE nº 6540  
**Observação:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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



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





CÓDIGO		Prefeitura Municipal de Camaragibe Secretaria de Saúde Diretoria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Sanitária
6.63.472.174/2024		
EMIÇÃO		
17/12/2024		<b>LICENÇA SANITÁRIA</b>
VALIDADE		
17/12/2025		Razão Social:
		HOSPITAL E CLINICA TERAPÉUTICA FLORESCER LTDA.
		Nome Fantasia:
		CLINICA TERAPÉUTICA FLORESCER
		CNPJ/CPF:
		35.430.028/0001-43
		Atividade Licenciada:
		Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências.
		Endereço:
		1ª Travessa Romênia, 48 – Aldeia dos Camarás – Camaragibe.
		Responsável Técnico

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/crmvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **50/2025** e código verificador abaixo do QR CODE

