



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

RELATÓRIO DE VISTORIA 701/2024 - Nº 2

Razão Social: **SAMU OLINDA**

Nome Fantasia: **SAMU OLINDA**

CNPJ:

Endereço: Rua Peixe Agulha

Bairro: Ouro Preto

Cidade: Olinda - PE

CEP: 53370-220

E-mail: **samu.olindape@gmail.com;clarissa@gmail.com;drue.olinda@gmail.com**

Diretor(a) Técnico(a): Dr(a). CRM-PE:

Sede Administrativa: Não

Origem: SINDICATO

Fato Gerador: DENÚNCIA

Fiscalização Presencial / Fiscalização Não Presencial: Fiscalização Presencial

Data da Fiscalização: 24/11/2025 - 09:20 às 24/11/2025 - 12:00

Equipe de Fiscalização: Dr(a). Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto CRM-PE 10589, Dr(a). CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO CRM-PE 14043

Acompanhante(s)/Informante(s) da instituição: Monique Areta, Pollyana Oliveira de Almeida, Clarissa Rocha da Cruz, Mikaela Cavalcante , Amanda Campelo do Valle

Cargos: Diretora Rede de Urgência e Emergência, Coren 476263, Coordenadora de Enfermagem , Coordenadora Médica , Farmacêutica , Médica Plantonista

Ano: 2024

Processo de Origem: 701/2024/PE

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

Chegando ao estabelecimento de saúde, a equipe de fiscalização composta pelos Médicos Fiscais

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 02/12/2025 às 13:13

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



Dr. Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto e Dr. Cláudio da Cunha Cavalcanti Neto, exibindo suas identidades funcionais como credencial para o ato fiscalizatório, solicitaram contato com o médico responsável técnico (Diretor Técnico).

Fomos recebidos pela Coordenadora de Enfermagem Dra. Pollyana Oliveira de Almeida, Coren 137474 e pela Diretora da Rede de Urgência e Emergência Dra. Monique Areta, Coren 476263 que prestaram as informações solicitadas e acompanharam a equipe de fiscalização durante toda a vistoria.

Informado que o estabelecimento de saúde está sem diretor técnico e há uma Coordenadora Médica, Dra. Clarissa Rocha da Cruz, CRM 19263.

Enfatizo o Decreto nº 20931/1932, Art.28 Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.

A coordenadora médica, Dra. Clarissa Rocha da Cruz, a médica plantonista Dra. Amanda Campelo do Valle, CRM 18726 assim como a Farmacêutica Mikaela Cavalcante, CRF 8201 também participaram parcialmente da vistoria.

O que motivou a vistoria foi Ofício nº 272/2024 do Sindicato dos Servidores Municipais de Olinda (SISMO), SEI: 24.17.000011598-1.

Importante enfatizar que houve mudança de endereço do estabelecimento de saúde em tela no dia 15 de setembro de 2025 da Avenida Santos Dumond, 177, Varadouro, Olinda para o endereço atual Rua Peixe Agulha, Ouro Preto, Olinda.

Possui 01 ambulância de suporte avançado (USA - utilizadas pelos médicos) e 02 ambulâncias básicas. Relata que deveria possuir mais duas ambulâncias básicas e uma motolancia.

No mês de setembro de 2025 realizou atendimentos de 600 ocorrências, sendo 89 da USA (médico) e no mês de outubro de 2025 realizou atendimentos de 507 ocorrências, sendo 92 da USA (médico).

Chama atenção que no mês de setembro/2025 foram atendidas 44 ocorrências no município de Paulista e no mês de outubro/2025 foram atendidas 47 ocorrências no município de Paulista. Informa que no município Paulista (vizinho a Olinda) o Samu está com viatura sem funcionar e com equipe incompleta.

O Serviço de Regulação que o estabelecimento de saúde em tela está vinculado é com a Central de Regulação localizada em Recife.

2. AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE

- 2.1 Nessa instituição há médicos portadores de deficiência: Não
- 2.2 Nessa instituição há outros profissionais portadores de deficiência: Sim
- 2.3 A instituição está adaptada para receber médico portador de deficiência: Não



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



3. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

3.1 Comissão de Revisão de Prontuários: **Não**

4. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE FÍSICO - GERAL

4.1 Sinalização de acessos: Sim

4.2 Instalações livres de trincas, rachaduras, mofos e/ou infiltrações: Não

4.3 Sanitários acessíveis/adaptados para portadores de necessidades especiais – PNE: **Não**

5. CONVÊNIOS E ATENDIMENTO

5.1 Convênios e atendimento: SUS

5.2 Plantão presencial: Sim

5.3 Plantão em regime de sobreaviso: Não

6. DADOS CADASTRAIS

6.1 Inscrito junto ao CRM da jurisdição: **Não**

6.2 Alvará de Prevenção e Combate a Incêndios – Bombeiros: **Não**

6.3 Estabelecimento público: Sim

6.4 Há demonstração formal da regularidade, junto à autoridade sanitária, de todas as atividades executadas no estabelecimento, incluindo as exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequadas e à assistência e responsabilidade técnicas: Não

7. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

7.1 O estabelecimento conta com Plano de Gerenciamento de RSS: Sim

8. NATUREZA DO SERVIÇO

8.1 Natureza do Serviço: PÚBLICO - Municipal, GESTÃO - Pública, ENSINO MÉDICO - Sim
(Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO).)

9. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (GERAL)

9.1 Há registros/relatos de incidentes/eventos relacionados a violência, comprometendo a segurança e integridade física de pacientes e profissionais no estabelecimento: **Sim**

10. RESPONSABILIDADE TÉCNICA MÉDICA / DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICA

10.1 A responsabilidade técnica é exercida presencialmente: **Não** (Não possui diretor técnico.
Possui uma coordenadora médica que exerce sua função presencialmente.)



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



10.2 Nos impedimentos do diretor técnico, há formalização da designação de substituto: **Não**

11. ATIVIDADES REALIZADAS

11.1 Atividades realizadas: Atendimento pré-hospitalar móvel terrestre

12. BOLETIM DE ATENDIMENTO / TRANSPORTE / DOCUMENTAÇÃO

- 12.1 Identificação do paciente: Sim
- 12.2 Identificação dos profissionais / equipe: Sim
- 12.3 Data do início de atendimento : Sim
- 12.4 Horário início de atendimento: Sim
- 12.5 Local início atendimento / origem: Sim
- 12.6 Data do final de atendimento: Sim
- 12.7 Horário final de atendimento: Sim
- 12.8 Local término atendimento / destino: Sim
- 12.9 Dados clínicos: Sim
- 12.10 Evolução / Intercorrências: Sim
- 12.11 Prescrição: Sim
- 12.12 Registro sinais vitais: Sim

13. CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA

- 13.1 TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO: Sim
- 13.2 Quantidade total:: 1
- 13.3 Quantidade em operação:: 1
- 13.4 Quantidade disponível para vistoria:: 1

14. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

- 14.1 População abrangida (número de vidas): 707000 (População de Olinda é de cerca de 365.000 habitantes e Paulista 342.000 habitantes.)
- 14.2 A escala de médicos reguladores está completa: Não (O plantão do sábado está com plantão extra.)
- 14.3 Quantidade de médicos por turno (especificar): 1
- 14.4 Há comunicação permanente da Central de Regulação com a equipe de intervenção/ambulância: Sim
- 14.5 Rádio: Sim
- 14.6 Telefone Celular: Sim
- 14.7 Sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros: Não
- 14.8 Há comunicação permanente da Central de Regulação no contato com os hospitais referenciados para o encaminhamento do paciente: Não
- 14.9 O médico regulador do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência frente a uma situação de risco, somente envia a equipe após ser acionada a força de segurança pública, e serem asseguradas as condições de segurança para a equipe no local do atendimento: Não
- 14.10 O médico intervencionista, quando envolvido em atendimento que resulte em óbito de



ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA

Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



mqy9L3jn

suposta causa violenta ou não natural (homicídio, acidente, suicídio, morte suspeita), deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, comunica o fato ao médico regulador, que adota as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal –IML: Sim

14.11 Há gravação de todas as ocorrências médicas pela central de regulação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência: Sim

14.12 O médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, obrigatoriamente, faz contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento: Não

15. FERRAMENTAS DE REGULAÇÃO

15.1 Mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros : Não

15.2 Mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local: Não

15.3 Listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade: Não

15.4 Grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica: Não

15.5 Agenda de eventos: Não

15.6 Planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis): Não

16. INDICADORES

16.1 Há ocupação de 80% ou mais da frota, durante 20% ou mais do tempo: Sim

16.2 Número de óbitos em atendimento, referentes aos últimos três meses: 48 (Referentes ao mês de setembro e outubro.)

17. RECURSOS HUMANOS

17.1 Coordenador do serviço: Sim

17.2 Nome do coordenador: Clarissa Rocha da Cruz, CRM 19263

17.3 Responsável pela enfermagem: Sim

17.4 Nome do responsável: Pollyana Oliveira de Almeida, Coren 137474

17.5 Número de médicos reguladores: 0

17.6 Número de médicos intervencionistas: 5

17.7 A escala proposta para o atendimento médico no serviço está completa: Não

17.8 Especificar a falta de profissionais médicos: Possui apenas 4 médicos concursados. Os plantões dos sábados são plantões extras e no domingo as custas de contrato provisório.

17.9 Todos os atendimentos por acadêmico de Medicina contam com supervisão e demonstração da formalização do estágio: Não (Os estudantes de medicina participam dos atendimentos de ocorrências em ambulâncias básicas que não contam com médico.)

17.10 O dimensionamento de recursos humanos está adequado à população abrangida: Não



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



18. REPOUSO MÉDICO

- 18.1 Quarto para o médico plantonista: Sim
- 18.2 Cama(s) : Sim
- 18.3 Roupas de cama : Não
- 18.4 Roupas de banho: Não
- 18.5 Chuveiro: Sim
- 18.6 Pia: Sim
- 18.7 Sanitário: Sim
- 18.8 Geladeira ou frigobar: Sim
- 18.9 Cafeteira ou garrafa térmica: Sim
- 18.10 O repouso médico está localizado próximo à área de assistência: Sim

19. SALA DE REGULAÇÃO

- 19.1 SAMU 192: Sim (A Sala de Regulação fica localizada no município de Recife (Central de Regulação).)

20. SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO - CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO - CME

- 20.1 Autoclave capacidade mínima de 12 litros: Sim
- 20.2 Utiliza papel grau cirúrgico conforme as normas sanitárias vigentes: Sim
- 20.3 Mesa ou bancada para preparo de material: Sim
- 20.4 Fluxo de entrada e saída adequado: Sim
- 20.5 Área física com barreira entre área limpa e área suja: Sim
- 20.6 Expurgo: Sim
- 20.7 Controle de qualidade dos procedimentos de esterilização por meio biológico: Não (Só químico.)

21. SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO - FARMÁCIA/DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS

- 21.1 Foi demonstrada a disponibilidade dos medicamentos essenciais da farmácia básica: Sim
- 21.2 Ambiente climatizado: Sim
- 21.3 Estante modulada: Sim
- 21.4 Escada: Não
- 21.5 Cesto de lixo: Sim
- 21.6 Cadeiras: Sim
- 21.7 Mesa tipo escritório: Sim

22. SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO - UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA / COZINHA

- 22.1 Unidade de nutrição e dietética: Não
- 22.2 Serviço próprio: Não

23. SERVIÇOS GERAIS - LAVANDERIA

- 23.1 Lavanderia: Não



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



24. TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO

- 24.1 Placa: SOY6H91
24.2 Sinalizador óptico: Sim
24.3 Sinalizador acústico: Sim
24.4 Equipamento de radiocomunicação fixo: Sim
24.5 Equipamento de radiocomunicação móvel: Sim
24.6 Maca articulada e com rodas: Sim
24.7 Suporte para soro (mínimo 2): Sim
24.8 Cadeira de rodas dobrável: Sim
24.9 Respirador mecânico de transporte: Sim
24.10 Oxímetro não-invasivo portátil: Sim
24.11 Monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo): Sim
24.12 Bomba de infusão com bateria e equipo: Não
24.13 Ressuscitador manual adulto com reservatório: Sim
24.14 Ressuscitador manual infantil com reservatório: Sim
24.15 Sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos: Sim
24.16 Luvas de procedimentos: Sim
24.17 Máscara para ressuscitador adulto: Sim
24.18 Máscara para ressuscitador infantil: Sim
24.19 Lidocaína geléia e “spray”: Não
24.20 Cadarços para fixação de cânula: Sim
24.21 Laringoscópio adulto com conjunto de lâminas: Sim
24.22 Laringoscópio infantil com conjunto de lâminas: Sim
24.23 Estetoscópio: Sim
24.24 Esfigmomanômetro adulto: Sim
24.25 Esfigmomanômetro infantil: Sim
24.26 Cânulas orofaríngeas adulto: Sim
24.27 Cânulas orofaríngeas infantil: Sim
24.28 Fios-guia para intubação: Sim
24.29 Pinça de Magyll: Sim
24.30 Bisturi descartável: Sim
24.31 Cânulas para traqueostomia: Sim
24.32 Material para cricotiroidostomia: Sim
24.33 Conjunto de drenagem torácica: Sim
24.34 Sondas vesicais: Sim
24.35 Coletores de urina: Sim
24.36 Protetores para eviscerados ou queimados: Não
24.37 Espátulas de madeira: Sim
24.38 Sondas nasogástricas: Sim
24.39 Eletrodos descartáveis: Sim
24.40 Equipos para drogas fotossensíveis: Não
24.41 Equipos para bombas de infusão: Não
24.42 Circuito de respirador estéril de reserva: Sim
24.43 Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo: Não
24.44 Campo cirúrgico fenestrado: Não
24.45 Almotoliás com antisséptico: Sim
24.46 Conjunto de colares cervicais: Sim
24.47 Prancha longa para imobilização da coluna: Sim
24.48 Caixa completa de pequena cirurgia: Sim
24.49 Rede portátil de oxigênio com cilindro, válvula e manômetro: Sim
24.50 No momento da vistoria, a quantidade de oxigênio disponível permitia a ventilação mecânica por, no mínimo, 2 horas: Sim
24.51 Maleta de vias aéreas: 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 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



- 24.52 Máscaras laríngeas: Sim
24.53 Cânulas endotraqueais de vários tamanhos: Sim
24.54 Cateteres de aspiração: Sim
24.55 Adaptadores para cânulas: Sim
24.56 Cateteres nasais: Sim
24.57 Seringa de 20ml: Sim
24.58 Maleta de acesso venoso: Sim
24.59 Tala para fixação de braço: Sim
24.60 Luvas estéreis: Sim
24.61 Recipiente de algodão com anti-séptico: Sim
24.62 Pacotes de gaze estéril: Sim
24.63 Espanadrapo: Sim
24.64 Garrote: Sim
24.65 Equipos de macro e microgotas: Não (Nao há equipo de microgotas.)
24.66 Cateteres específicos para dissecção de veias, tamanho adulto: Sim
24.67 Tesoura: Sim
24.68 Pinça de Kocher: Sim
24.69 Cortadores de soro: Sim
24.70 Lâminas de bisturi: Sim
24.71 Seringas de vários tamanhos: Sim
24.72 Torneiras de 3 vias: Sim
24.73 Equipo de infusão de 3 vias: Não
24.74 Solução fisiológica: Sim
24.75 Ringer lactato: Sim
24.76 Solução glicosada: Sim
24.77 Maleta de parto: Sim
24.78 Luvas cirúrgicas: Sim
24.79 Clamps umbilicais: Sim
24.80 Estilete estéril para corte do cordão: Sim
24.81 Saco plástico para placenta: Sim
24.82 Cobertor: Não
24.83 Compressas cirúrgicas: Sim
24.84 Gazes estéreis: Sim
24.85 Braceletes de identificação: Sim
24.86 Luvas cirúrgicas: Sim
24.87 Clamps umbilicais: Sim
24.88 Realiza atendimento ao neonato: Sim
24.89 Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts): Não
24.90 Incubadora apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância: Não
24.91 Respirador e equipamentos adequados para recém natos: Sim
24.92 Equipamentos de Proteção Individual: Sim
24.93 Óculos: Sim
24.94 Máscaras: Sim
24.95 Aventais de proteção: Não
24.96 Adrenalina: Sim
24.97 Água destilada: Sim
24.98 Aminofilina: Sim
24.99 Amiodarona: Sim
24.100 Atropina: Sim
24.101 Cetamina: Sim
24.102 Cloreto de suxametônio: Sim
24.103 Diazepam: Sim
24.104 Dinitrato de isossorbitol: Não
24.105 Dipirona: Sim
24.106 Dobutamina: 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 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



24.107 Dopamina: Sim
24.108 Epinefrina: Sim
24.109 Fentanila: Sim
24.110 Furosemida: Sim
24.111 Glicose 50%: Sim
24.112 Hidantoína: Sim
24.113 Hidrocortisona: Sim
24.114 Hioscina: Sim
24.115 Lanatosídeo C: Não
24.116 Lidocaína sem vasoconstritor: Sim
24.117 Meperidina ou equivalente : Não
24.118 Metoclopramida: Sim
24.119 Midazolan: Sim
24.120 Ringer Lactato: Sim
24.121 Solução fisiológica 0,9%: Sim
24.122 Solução glicosada 5%: Sim
24.123 Motorista: Sim
24.124 Treinamento em atendimento pré-hospitalar: Sim
24.125 Enfermeiro: Sim
24.126 Treinamento em atendimento pré-hospitalar: Sim
24.127 Médico: Sim
24.128 Treinamento em atendimento pré-hospitalar: Sim

25. TIPO DE PACIENTE ATENDIDO

25.1 Tipo de paciente atendido: Adulto, Psiquiátrico, Neonatal, Pediátrico, Obstétrico, Obeso mórbido

26. CORPO CLÍNICO

| CRM | NOME | SITUAÇÃO | OBSERVAÇÃO |
|----------|---|----------|-------------------------|
| 19263-PE | CLARISSA ROCHA DA CRUZ (CLÍNICA MÉDICA (Registro: 2332), GASTROENTEROLOGIA (Registro: 3237)) | Regular | Coordenadora Médica |
| 18726-PE | AMANDA CAMPELO DO VALLE (MEDICINA DO TRÁFEGO (Registro: 5101)) | Regular | Identificada no plantão |

27. CONSTATAÇÕES

27.1 Ha queixas da equipe e da gestão em relação ao Serviço de Regulação.

Na semana anterior (plantão da sexta-feira), informa que a USA foi regulada e enviada para uma ocorrência mesmo apos informações que naquele momento estavam com a equipe desfalcada (enfermeiro plantonista com problema de saúde no momento) e que estavam tentando solucionar a intercorrência do próprio estabelecimento de saúde e não foram contemplados pela Regulação. Também relatam tentativas de enviar o médico para atendimento em USB (Unidade de Suporte Básico), unidade que não opera com médico em virtude de falta de estrutura para o atendimento médico.



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



28. RECOMENDAÇÕES

28.1 DADOS CADASTRAIS:

28.1.1. **Há demonstração formal da regularidade, junto à autoridade sanitária, de todas as atividades executadas no estabelecimento, incluindo as exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequadas e à assistência e responsabilidade técnicas:** Item recomendatório conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 64 e Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016). Normativas relacionadas: Lei Nº 6.437, de 20 de agosto de 1977: Artigo 10 Parágrafo Único. RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 10 Parágrafo Único

28.2 SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO - FARMÁCIA/DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS:

28.2.1. **Escada:** 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 2.153/2016)

28.3 FERRAMENTAS DE REGULAÇÃO:

28.3.1. **Mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros :** Item recomendatório conforme Normativa relacionada: Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004

28.3.2. **Mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local:** Item recomendatório conforme Normativa relacionada: Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004

28.3.3. **Listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade:** Item recomendatório conforme Normativa relacionada: Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004

28.3.4. **Grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica:** Item recomendatório conforme Normativa relacionada: Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004

28.3.5. **Agenda de eventos:** Item recomendatório conforme Normativa relacionada: Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004

28.3.6. **Planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis):** Item recomendatório conforme Normativa relacionada: Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004

29. IRREGULARIDADES

29.1 RESPONSABILIDADE TÉCNICA MÉDICA / DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICA:

29.1.1. **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: RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 14

29.1.2. **A responsabilidade técnica é exercida presencialmente. Não.** Item não conforme

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 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



29.2 REPOUSO MÉDICO:

29.2.1. **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)

29.2.2. **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)

29.3 SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO - CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO - CME :

29.3.1. **Controle de qualidade dos procedimentos de esterilização por meio biológico.** **Não.** Item não conforme Artigos 17, 18 e 21 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016). Normativas relacionadas: RDC Anvisa nº 15, de 15 de março de 2012; RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 57

29.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL:

29.4.1. **O médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, obrigatoriamente, faz contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.** **Não.** Item não conforme Artigos 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Item não conforme Resolução CFM nº 2.110/2014 : Artigo 15

29.4.2. **O médico regulador do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência frente a uma situação de risco, somente envia a equipe após ser acionada a força de segurança pública, e serem asseguradas as condições de segurança para a equipe no local do atendimento.** **Não.** Item não conforme Artigos 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Item não conforme Resolução CFM nº 2.110/2014 : Artigo 16

29.4.3. **Há comunicação permanente da Central de Regulação no contato com os hospitais referenciados para o encaminhamento do paciente.** **Não.** Item não conforme Artigos 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Item não conforme Resolução CFM nº 2.110/2014: Artigo 8º Parágrafo Primeiro

29.4.4. **Sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros.** **Não.** Item não conforme Normativa relacionada: Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde – Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002

29.4.5. **A escala de médicos reguladores está completa.** **Não.** Item não conforme Artigos 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.110/2014: Artigo 8º. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 5º Parágrafo Segundo Inciso I alínea “c” (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016)

29.5 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (GERAL):

29.5.1. **Há registros/relatos de incidentes/eventos relacionados a violência, comprometendo a segurança e integridade física de pacientes e profissionais no estabelecimento.** **Sim.** Item não conforme Artigos 17, 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, II e X. Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016).

29.6 TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO:

29.6.1. **Meperidina ou equivalente . Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 –



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.2. **Lanatosídeo C. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.3. **Dinitrato de isossorbitol. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.4. **Aventais de proteção. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.5. **Incubadora apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.6. **Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.7. **Cobertor. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.8. **Equipo de infusão de 3 vias. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.9. **Equipos de macro e microgotas. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.10. **Campo cirúrgico fenestrado. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.11. **Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.12. **Equipos para bombas de infusão. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.13. **Equipos para drogas fotosensíveis. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.14. **Protetores para eviscerados ou queimados. Não.** Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

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 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



29.6.15. Lidocaína geléia e “spray”. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.6.16. Bomba de infusão com bateria e equipo. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 1.671/2003 – Anexo. 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). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.7 RECURSOS HUMANOS:

29.7.1. Todos os atendimentos por acadêmico de Medicina contam com supervisão e demonstração da formalização do estágio. Não. Item não conforme Artigo 2º, 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I, IV e X. Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016)

29.7.2. A escala proposta para o atendimento médico no serviço está completa. Não. Item não conforme Artigos 18 e 19 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Item não conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 5º Parágrafo Segundo Inciso I alínea “c” (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016)

29.8 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS:

29.8.1. 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)

29.9 CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE FÍSICO - GERAL:

29.9.1. Sanitários acessíveis/adaptados para portadores de necessidades especiais – PNE. Não. Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 e 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 2.153/2013). Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Normativas relacionadas: Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde – PRC/MS Nº 1, de 28 de setembro de 2017: Artigo 5º e RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 17 e 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) e Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X. Normativas relacionadas: Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde – PRC/MS Nº 1, de 28 de setembro de 2017: Artigo 5º e RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011: Artigo 17

29.10 INFORMAÇÕES CADASTRAIS / CORPO CLÍNICO:

29.10.1. 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.

29.11 DADOS CADASTRAIS:

29.11.1. Alvará de Prevenção e Combate a Incêndios – Bombeiros. Não. Item não conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 64 e Anexo Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil (atualizado/modificado pela Resolução CFM nº 2.153/2016). Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 2.147/2016 – Anexo: Artigo 2º Parágrafo Terceiro Incisos I e X

29.11.2. Inscrito junto ao CRM da jurisdição. Não. Item não conforme Artigos 17, 19 e 21 do

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 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Resolução CFM nº 997/1980. Resolução CFM nº 1.980/2011 – Anexo: Artigo 2º. Normativa relacionada: Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980: Artigo 1º

29.11.3. **Estabelecimento inscrito junto ao CRM. Não.** Item não conforme Artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Item não conforme Resolução CFM nº 997/1980. Item não conforme Resolução CFM nº 1.980/2011 – Anexo: Artigo 2º.

29.11.4. **Médico formalizado na função de diretor/responsável técnico. Não.** Item não conforme Artigos 17, 18 e 21 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. Item não conforme Resolução CFM nº 2.147/2016 e Anexo. Item não conforme Resolução CFM nº 1.980/2011 e Anexo. Normativa relacionada: Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932: Artigo 28.

29.12 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA:

29.12.1. **Escalas de médicos plantonistas estão completas, garantindo a continuidade da segurança assistencial. Não.** Irregularidade elegível para notificação imediata, conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 5º Parágrafo Segundo Inciso I alínea “c”

29.12.2. **Estabelecimento inscrito junto ao Conselho Regional de Medicina. Não.** Irregularidade elegível para notificação imediata, conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 5º Parágrafo Segundo Inciso I alínea “e”

29.12.3. **Há Diretor Técnico Médico formalizado junto ao Conselho Regional de Medicina. Não.** Irregularidade elegível para notificação imediata, conforme Resolução CFM nº 2.056/2013 – Anexo I: Artigo 5º Parágrafo Segundo Inciso I alínea “e”

30. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Foi lavrado termo de notificação e termo de vistoria.

Olinda - PE, 24 de Novembro de 2025.

Dr(a). Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto

CRM - PE - 10589

Médico(a) Fiscal

Dr(a). CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO

CRM - PE - 14043

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 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



31. ANEXOS



DADOS CADASTRAIS - Registro Fotográfico da Fachada



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





DADOS CADASTRAIS - Registro Fotográfico da Fachada

| | | ESCALA MÉDICOS SAMU OLINDA | | | | | | |
|------|--------|----------------------------|----------|-----------|--------|---------------|--------|---------|
| | | UNIDADE: USA | | ANO: 2025 | | MÊS: NOVEMBRO | | |
| DIA | | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
| DATA | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| MT | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| SN | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| DATA | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| MT | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | DANILLO | RENATO | |
| SN | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| DATA | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | |
| MT | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| SN | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | BEATRIZ | RENATO | |
| DATA | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| MT | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| SN | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |

COORDENAÇÃO MÉDICA: CLARISSA ROCHA MAT 67218-1 CRM 19263

| SERVIDOR | MATRÍCULA | CRM | CONTRATOS | MATRÍCULA | CRM |
|------------------|-----------|-------|-----------|-----------|--------|
| JULIO CESAR | 64.007-7 | 16584 | RAFAEL | FERISTA | 29.038 |
| AMANDA VALE | 67.327-7 | 18726 | RENATO | | 30.536 |
| JANAISE OLIVEIRA | 67.203-3 | 19236 | | | |
| HUMBERTO MELO | 67.495-8 | 17350 | | | |
| BRUNO | 67.500-8 | 20795 | | | |

FÉRIAS CLARISSA

Dra. Clarissa Rocha
Coordenadora Médica
SAMU PE 19263
Olinda

RECURSOS HUMANOS - A escala proposta para o atendimento médico no serviço está completa

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 **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



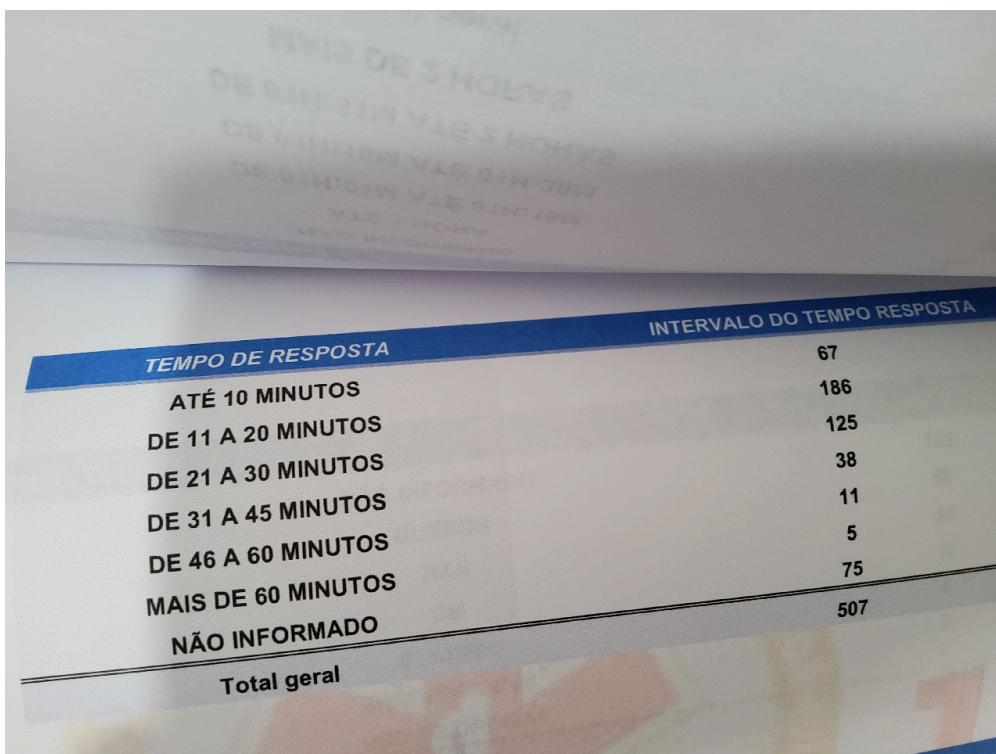
| | | SAMU 192 | | | | | | |
|------------------|------------------------|----------------------------|----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--|
| | | ESCALA MÉDICOS SAMU OLINDA | | | | | | |
| | | UNIDADE: USA | | ANO: 2025 | | MÊS: DEZEMBRO | | |
| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo | |
| DATA MT SN | 1 AMANDA RAFAEL | 2 BRUNO HUMBERTO | 3 HUMBERTO | 4 RAFAEL | 5 AMANDA | 6 JONAS | 7 RENATO | |
| DATA MT SN | 8 AMANDA RAFAEL | 9 BRUNO HUMBERTO | 10 HUMBERTO | 11 RAFAEL | 12 AMANDA | 13 BEATRIZ | 14 RENATO | |
| DATA MT SN | 15 AMANDA RAFAEL | 16 BRUNO HUMBERTO | 17 HUMBERTO | 18 RAFAEL | 19 AMANDA | 20 BEATRIZ | 21 RENATO | |
| DATA MT SN | 22 AMANDA RAFAEL | 23 BRUNO HUMBERTO | 24 HUMBERTO | 25 RAFAEL | 26 AMANDA | 27 JONAS | 28 RENATO | |
| DATA MT SN | 29 AMANDA RAFAEL | 30 BRUNO HUMBERTO | 31 HUMBERTO | | | | | |

COORDENAÇÃO MÉDICA : CLARISSA ROCHA MAT 67218-1 CRM 19253

| SERVIDOR | MATRÍCULA | CRM | CONTRATOS | MATRÍCULA | CRM |
|-----------------------|-----------|-------|-----------|-----------|--------|
| JÚLIO CESAR | 64.007-7 | 16584 | RAFAEL | FERISTA | 29.038 |
| AMANDA VALE | 67.327-7 | 18726 | RENATO | | 30.536 |
| JANAISE OLIVEIRA | 67.203-3 | 19236 | | | |
| HUMBERTO MELO | 67.495-8 | 17350 | | | |
| BRUNO | 67.500-8 | 20795 | | | |
| L.MATERNIDADE JANAISE | | | | | |

Dra. Clarissa Rocha
Coordenadora Médica
CRM PE 19253
SAMU Olinda
03/12/25

RECURSOS HUMANOS - A escala proposta para o atendimento médico no serviço está completa



INDICADORES - Tempo Médio de Resposta ao Chamado – TMRC (minutos)



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



| ESCALA MÉDICOS SAMU OLINDA | | | | | | | | |
|---|--------------|----------|-----------|-----------|---------------|---------|---------|--|
| DIA | UNIDADE: USA | | ANO: 2025 | | MÊS: NOVEMBRO | | | |
| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo | |
| DATA MT SN | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | DANILO | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | JONAS | RENATO | |
| DATA MT SN | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | DANILO | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| DATA MT SN | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | BEATRIZ | RENATO | |
| DATA MT SN | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| COORDENAÇÃO MÉDICA : CLARISSA ROCHA MAT 67218-1 CRM 19263 | | | | | | | | |
| SERVIDOR | MATRÍCULA | CRM | CONTRATOS | MATRÍCULA | CRM | | | |
| JÚLIO CÉSAR | 64.007-7 | 16584 | RAFAEL | FERISTA | 29.038 | | | |
| AMANDA VALE | 67.327-7 | 18726 | RENATO | | 30.536 | | | |
| JANAISE OLIVEIRA | 67.203-3 | 19236 | | | | | | |
| HUMBERTO MELO | 67.495-8 | 17350 | | | | | | |
| BRUNO | 67.500-8 | 20795 | | | | | | |
| FÉRIAS CLARISSA | | | | | | | | |
|  <p>Dra. Clarissa Rocha Coordenadora de Regulação CRM PE 19263 SAMU Olinda</p> | | | | | | | | |

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - A escala de médicos reguladores está completa

| ESCALA MÉDICOS SAMU OLINDA | | | | | | | | |
|---|--------------|----------|-----------|-----------|---------------|---------|---------|--|
| DIA | UNIDADE: USA | | ANO: 2025 | | MÊS: DEZEMBRO | | | |
| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo | |
| DATA MT SN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | JONAS | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| DATA MT SN | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| DATA MT SN | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | BEATRIZ | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | AMANDA | RENATO | |
| DATA MT SN | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | RAFAEL | AMANDA | JONAS | RENATO | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | JULIO | BRUNO | JONAS | RENATO | |
| DATA MT SN | 29 | 30 | 31 | | | | | |
| | AMANDA | BRUNO | HUMBERTO | | | | | |
| | RAFAEL | HUMBERTO | JULIO | | | | | |
| COORDENAÇÃO MÉDICA : CLARISSA ROCHA MAT 67218-1 CRM 19263 | | | | | | | | |
| SERVIDOR | MATRÍCULA | CRM | CONTRATOS | MATRÍCULA | CRM | | | |
| JÚLIO CÉSAR | 64.007-7 | 16584 | RAFAEL | FERISTA | 29.038 | | | |
| AMANDA VALE | 67.327-7 | 18726 | RENATO | | 30.536 | | | |
| JANAISE OLIVEIRA | 67.203-3 | 19236 | | | | | | |
| HUMBERTO MELO | 67.495-8 | 17350 | | | | | | |
| BRUNO | 67.500-8 | 20795 | | | | | | |
| L.MATERNIDADE JANAISE | | | | | | | | |
|  <p>Dra. Clarissa Rocha Coordenadora de Regulação CRM PE 19263 SAMU Olinda</p> <p>03/12/25</p> | | | | | | | | |

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - A escala de médicos reguladores está completa



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QRCode



| OLINDA PREFEITURA MUNICIPAL | | DATA | Hora de Chamado |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--|
| SAMU 192 | | Nº DE OCORRÊNCIA | Chegada no Local |
| S- | | | Saída do Local |
| | | | Chegada no Hospital |
| | | | Saída do Hospital |
| | | | Hora da Conclusão |
| EQUIPE ACIONADA | | MÉDICO REGULADOR | RÁDIO OPERADOR |
| USA | USB | SIV | MOTOLANÇA |
| DADOS DO PACIENTE: | | | |
| NOME DO PACIENTE: | | | |
| DATA NASCIMENTO: | | VASCULINO | (DD/MM) |
| FONE: () | | FEMININO | DOCUMENTO DO PACIENTE (CRF / CNS / RG) |
| ENDERECO DO PACIENTE: | | | |
| ENDERECO DA OCORRÊNCIA: | | | |
| ENDERECO DA OCORRÊNCIA: | | | |
| BAIRRO: | | CDAD: | Nº: |
| REFERÊNCIA DA OCORRÊNCIA: | | UF: | |
| SOLICITANTE: | | | |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: | | | |
| NATUREZA DA OCORRÊNCIA | | LOCAL DA OCORRÊNCIA | TRANSFERÊNCIA |
| C/N CO | PRISTÉTICO | INTÚMULO | TRABALHO |
| ESTERNO | PSIQUÍATRICO | VB P/ CLÍICA | EDUCAÇÃO S/ SIA |
| CAUSAS CLÍNICAS | | INTRODUZIR | |
| Diabetes | Hipertensão | Epilepsia | Uso de Drogas |
| CAUSAS EXTERNAS | | | |
| ACIDENTE AUTOMÓVEL | | ACIDENTE MOTOCICLETA | |
| CONDUTOR | BRAÇO CINTO | CONDUTOR | COLISÃO/EL |
| PASSAGEIRO | EGOM CINTO | PASSAGEIRO | COL/VEIC/PEITE |
| MECANISMO DO TRAUMA | | | |
| IMPACTO LATERAL | | IMPACTO FASÍNA | |
| IMPACTO FRONTAL | | OUTROS | |
| FRECO | | IMPACTO LATERAL | |
| ATROPELAMENTO | | VEÍCULO ENVOLVIDO | |
| VIA PÚBLICA | OUTROS | CARRI | OUTROS |
| ACIDENTE CICLISTA | | ASESSIA | |
| COLISÃO | OUTROS | SEN/APOIO/MENT | OUTROS |
| COLIDA | | SOTERRAMENTO | |
| QUADRUPUDAS / EXPLOSIVOS | | | |
| RODÔQUELÉTRICO | 1º Grau | ENHORTE/ENT | OUTROS |
| POVO | 2º Grau | ANIMAL/PSONHETO | INVESTIG |
| ESCALADARIA | 3º Grau | ALCOOL / BÁSICOS | CONTATO |
| FUMACA | 4º Grau | PLANTAS | INHALAC |
| NURS/ANM/QUIMIADA | | | |
| QUEDA | | AGRESSOES | |
| PROPRIA ALTURA | METROS | ARMAS DE FOGO | AGRESSEO/INTSA |
| OUTRA ALTURA | | ARMAS BL | ARM/SP/SPJA |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA PRIMARIA | | | |
| ALERTA | SOBRECARGA TEST MUL | ESCALA DE ENCHIMENTO | |
| VERBAL | LIBERATIVO | SERV/COMUNICA USUA | AVALIAÇÃO PUPILAR |
| ON | | PERDA FORTE | SOCORR/CA |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA SECUNDARIA | | | |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ECG | | | |
| OCULAR | VERBAL | MOVIMENTO | SCORE 1 |
| 4 (Esponjáceo) | 5 (Entrecerrado) | 6 (Olhos abertos e Contração) | |
| 3 (A Voz) | 4 (Confuso) | 5 (Locais no Olho e no Dorsoglosso) | |
| 2 (Resposta Inapropriada) | 3 (Resposta Inapropriada) | 4 (Olhos e Glândulas Salivares) | |
| 1 (Silencioso) | 2 (Silencioso) | 3 (Olhos Abertos e Desorientação) | SCORE 2 |

BOLETIM DE ATENDIMENTO / TRANSPORTE / DOCUMENTAÇÃO - Identificação do paciente

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|---|-----------------------------------|----------|------------|------|------------|
| 1 Acessos | | 2 Exames/Atend. (Documentação) | | | | | |
| 3 Atendimentos | | | | | | | |
| 2 Nenhuma Pupila Reage | | TOTAL | | | | | |
| AVALIAÇÃO PUPILAR: ESTÍMULO LUMINOSO | | | | | | | |
| 1.1 Acesso/Atend./Documentação | | | | | | | |
| RESULTADO FINAL (ESCALA DE COMA DE GLASGOW + AValiação de PUPILA) | | | | | | | |
| USO DE ALCOOL OU DROGAS | | COMPORTAMENTO | | | | | |
| ALCOOL | COCANA | MACONHA | AGRESSIVAS | | | | |
| OUTROS | COCA | METANFETAMINA | SONOLÉNTICAS | | | | |
| OUTROS | OUTROS | OUTROS | OUTROS | | | | |
| ALÉRGIA | ALGUMA DOENÇA ATUAL | | | | | | |
| SIM | NÃO | HAB. | DIA: | | | | |
| CONDUTAS | | | | | | | |
| INTUBAÇÃO MECÂNICA | | MATERIAL / MEDICAMENTO UTILIZADO | | | | | |
| MODALIDADE | F.D? | HABITUAL | EXCEPCIONAL | | | | |
| ADMISSIONADA | SEM MA. | INTERNAÇÃO CIRÚRGICA | INTERNAÇÃO NÃO CIRÚRGICA | | | | |
| ADMISSIONADO | SEM MA. | ESTANOVACAS E ANTIPULMONAR R.U.P. | ESTANOVACAS E ANTIPULMONAR R.U.P. | | | | |
| CATETER T P/ OCULOS | Urina | IMBULADAÇÃO DE MERVAGLIDE | IMBULADAÇÃO DE MERVAGLIDE | | | | |
| VENIPERF. | % | INFUSÃO DE CRISTALÍDE | INFUSÃO DE CRISTALÍDE | | | | |
| VENIPERF. | Urina | LARANJA | | | | | |
| SITUAÇÃO DA OCORRÊNCIA | | | | | | | |
| ATENDIMENTO LOCAL | | EVOLUÇÃO NÃO ENCONTRADA | | | | | |
| EVOLUÇÃO ANTES DO ATENDIMENTO | | DIA/HORA ANTES DO ATENDIMENTO | | | | | |
| EVOLUÇÃO DURANTE O ATENDIMENTO | | DIA/HORA | | | | | |
| HOSPITAL DE DESTINO | | | | | | | |
| MÉDICO QUE RECEBEU | | HOSPITAL QUE RECEBEU | | | | | |
| | | MATERIAL RETIDO | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| EQUIPE | | | | | | | |
| ENFERMEIRO | MÉDICO | TÉCNICO ENFERMAGEM | CONDUTOR | | | | |
| ASSINATURA PARA PREENCHIMENTO | | | | | | | |
| DOCUMENTAR | | | | | | | |
| ANOTACOES / EVOLUÇÃO / HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / OUTROS | | | | | | | |
| <p>EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E/OU COMPROVAÇÃO DE COMPARECIMENTO DA EQUIPE</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>PACIENTE</td> <td>TESTEMUNHA</td> <td>DATA</td> <td>ASSINATURA</td> </tr> </table> | | | | PACIENTE | TESTEMUNHA | DATA | ASSINATURA |
| PACIENTE | TESTEMUNHA | DATA | ASSINATURA | | | | |

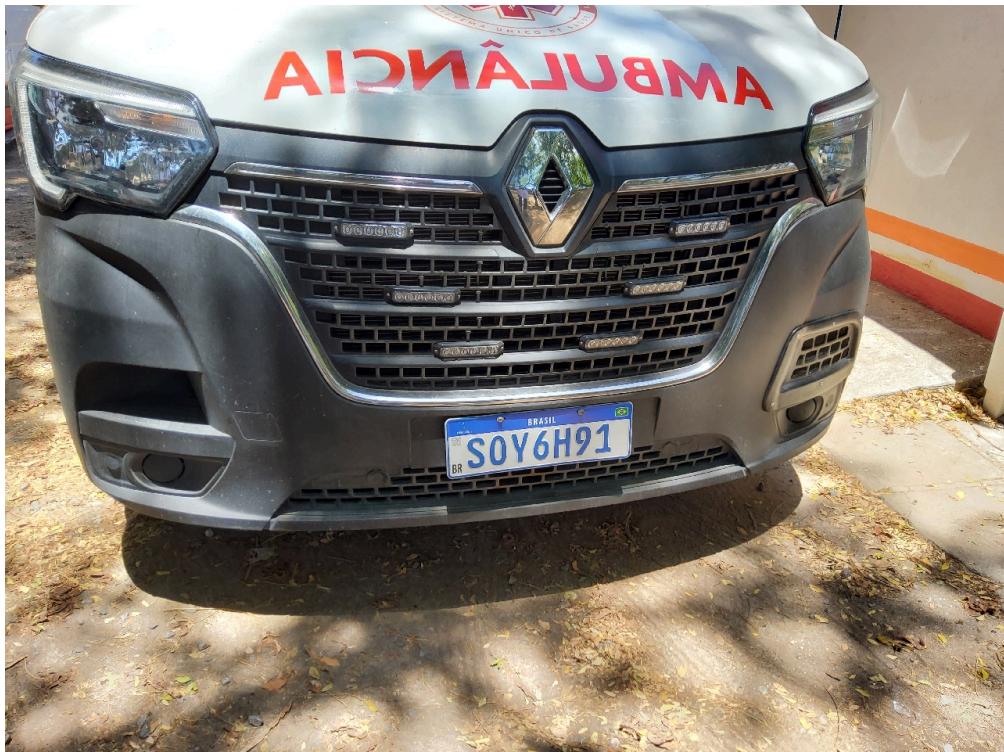
BOLETIM DE ATENDIMENTO / TRANSPORTE / DOCUMENTAÇÃO - Identificação do paciente

Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CRF-70701201400-202102202023-2021-12



A autenticidade deste documento pode ser verificada através do link: <https://validar.iti.gov.br> e através do link <https://fiscalizacao.crvirtual.cfm.org.br/crvirtualdefis/#/validador-documento> informando o número da demanda **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - Placa



TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - Sinalizador óptico



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - Monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo)



TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - Monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



marca-passo externo não-invasivo)



CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QRCode





CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QRCode





CLASSIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA - TIPO D: AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO



REPOUSO MÉDICO - Quarto para o médico plantonista



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





REPOUSO MÉDICO - Quarto para o médico plantonista



REPOUSO MÉDICO - Cama(s)



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





REPOUSO MÉDICO - Chuveiro



REPOUSO MÉDICO - Pia



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





REPOUSO MÉDICO - Sanitário



REPOUSO MÉDICO - Geladeira ou frigobar



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





REPOUSO MÉDICO - Quarto para o médico plantonista



REPOUSO MÉDICO - Sanitário



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





REPOUSO MÉDICO - Sanitário



REPOUSO MÉDICO - Sanitário



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE





CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO AMBIENTE FÍSICO - GERAL - Sinalização de acessos



ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - Rádio



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



| MUNICÍPIO | MUNICÍPIO DA OCORRÊNCIA | PERC. % |
|--------------------|-------------------------|----------------|
| OLINDA | 454 | 89,55% |
| PAULISTA | 47 | 9,27% |
| NÃO INFORMADO | 3 | 0,59% |
| RECIFE | 1 | 0,20% |
| IGARASSU | 1 | 0,20% |
| ABREU E LIMA | 1 | 0,20% |
| Total geral | 507 | 100,00% |

| LIA DA SEMANA | 010 | PERC. |
|--------------------|------------|----------------|
| domingo | 68 | 13,41% |
| segunda-feira | 63 | 12,43% |
| terça-feira | 59 | 11,64% |
| quarta-feira | 87 | 17,16% |
| quinta-feira | 84 | 16,57% |
| sexta-feira | 82 | 16,17% |
| sábado | 64 | 12,62% |
| Total geral | 507 | 100,00% |

DADOS FICHAS OCORRÊNCIAS / OUT 25
POLLYANA ALMEIDA
COORD. ENFERMAGEM

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - População abrangida (número de vidas) - Outubro 2025

| MUNICÍPIO | MUNICÍPIO DA OCORRÊNCIA | PERC. % |
|--------------------|-------------------------|----------------|
| OLINDA | 544 | 90,67% |
| PAULISTA | 44 | 7,33% |
| NÃO INFORMADO | 9 | 1,50% |
| RECIFE | 1 | 0,17% |
| IGARASSU | 1 | 0,17% |
| ABREU E LIMA | 1 | 0,17% |
| Total geral | 600 | 100,00% |

Pollyana Almeida
Coordenação de Enfermagem
Samu Olinda
SETEMBRO/2025

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - População abrangida (número de vidas) - Setembro 2025



Este documento foi assinado digitalmente por: **Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)**
CPF: **76704394400** em **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE



| TIPO DE CAUSA | OCORRÊNCIAS | PERC. % | TEMPO DE RESPOSTA |
|--------------------|-------------|---------|-----------------------------|
| | | | INTERVALO DO TEMPO RESPOSTA |
| ATÉ 10 MINUTOS | 67 | 13,04% | DE 11 A 20 MINUTOS |
| DE 11 A 20 MINUTOS | 186 | 36,76% | DE 21 A 30 MINUTOS |
| DE 21 A 30 MINUTOS | 125 | 24,70% | DE 31 A 45 MINUTOS |
| DE 31 A 45 MINUTOS | 38 | 7,51% | DE 46 A 60 MINUTOS |
| DE 46 A 60 MINUTOS | 11 | 2,17% | MAIS DE 60 MINUTOS |
| MAIS DE 60 MINUTOS | 5 | 0,99% | NÃO INFORMADO |
| NÃO INFORMADO | 75 | 14,82% | Total geral |
| | 507 | 100,00% | |

| TIPO DE CAUSA | OCORRÊNCIAS | PERC. % | TIPO DE PACIENTE ATENDIDO |
|---------------|-------------|---------|---------------------------|
| | | | TIPO DE PACIENTE ATENDIDO |
| CLÍNICA | 276 | 54,44% | CLÍNICA |
| EXTERNA | 176 | 34,71% | EXTERNA |
| PSIQUIÁTRICA | 29 | 5,72% | PSIQUIÁTRICA |
| NÃO INFORMADO | 17 | 3,35% | NÃO INFORMADO |
| OBSTÉTRICA | 9 | 1,78% | OBSTÉTRICA |
| Total geral | 507 | 100,00% | Total geral |

DADOS FICHAS OCORRÊNCIAS / OUT 25
POLLYANA ALMEIDA
COORD. ENFERMAGEM

TIPO DE PACIENTE ATENDIDO - Tipo de paciente atendido

| TIPO DE CAUSA | OCORRÊNCIAS | PERC. % | TIPO DE PACIENTE ATENDIDO |
|---------------|-------------|---------|---------------------------|
| | | | TIPO DE PACIENTE ATENDIDO |
| CLÍNICA | 316 | 52,67% | CLÍNICA |
| EXTERNA | 212 | 35,33% | EXTERNA |
| PSIQUIÁTRICA | 35 | 5,83% | PSIQUIÁTRICA |
| NÃO INFORMADO | 24 | 4,00% | NÃO INFORMADO |
| OBSTÉTRICA | 13 | 2,17% | OBSTÉTRICA |
| Total geral | 600 | 100,00% | Total geral |

| CAUSA CLÍNICA | OCORRÊNCIAS | PERC. % | TIPO DE PACIENTE ATENDIDO |
|---------------|-------------|---------|---------------------------|
| | | | TIPO DE PACIENTE ATENDIDO |
| NÃO INFORMADO | 183 | 57,91% | CLÍNICA |
| OUTROS | 46 | 14,56% | EXTERNA |
| HAS | 42 | 13,29% | PSIQUIÁTRICA |
| DM | 39 | 12,34% | NÃO INFORMADO |
| ETILISMO | 5 | 1,58% | OBSTÉTRICA |
| IRRESPONSIVA | 1 | 0,32% | Total geral |
| Total geral | 316 | 100,00% | Total geral |

Pollyana Almeida
Coordenadora de Enfermagem
Samu Olinda
SETEMBRO/2025

TIPO DE PACIENTE ATENDIDO - Tipo de paciente atendido



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



| CAUSA CLÍNICA | | QTC | PERC. % |
|---------------|--|-----|---------|
| NÃO INFORMADO | | 156 | 56,52% |
| OUTROS | | 58 | 21,01% |
| HAS | | 39 | 14,13% |
| DM | | 16 | 5,80% |
| ETILISMO | | 4 | 1,45% |
| IRRESPONSIVA | | 2 | 0,72% |
| USO DE DROGAS | | 1 | 0,36% |
| Total geral | | 276 | 100,00% |

| CAUSA EXTERNA | | COUNTA DE PLANTÃO | PERC. % |
|----------------------|--|-------------------|---------|
| ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 78 | 44,32% |
| QUEDA | | 51 | 28,98% |
| ATROPELAMENTO | | 13 | 7,39% |
| AGRESSÃO | | 11 | 6,25% |
| ACIDENTE CICLISTA | | 8 | 4,55% |
| NÃO INFORMADO | | 6 | 3,41% |
| OUTROS | | 4 | 2,27% |
| INTOXICAÇÃO | | 3 | 1,70% |
| NÃO | | 1 | 0,57% |
| EXPOSIÇÃO | | 1 | 0,57% |
| Total geral | | 176 | 100,00% |

DADOS FICHAS OCORRÊNCIAS / OUT 25
POLLYANA ALMEIDA
COORD. ENFERMAGEM

TIPO DE PACIENTE ATENDIDO - Tipo de paciente atendido

| CAUSA EXTERNA | | PLANTÃO | PERC. % |
|----------------------|--|---------|---------|
| ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 106 | 50,00% |
| QUEDA | | 68 | 32,08% |
| AGRESSÃO | | 13 | 6,13% |
| ATROPELAMENTO | | 5 | 2,36% |
| OUTROS | | 4 | 1,89% |
| INTOXICAÇÃO | | 4 | 1,89% |
| EXPOSIÇÃO | | 4 | 1,89% |
| ACIDENTE CICLISTA | | 4 | 1,89% |
| NÃO INFORMADO | | 3 | 1,42% |
| TENTATIVA SUICÍDIO | | 1 | 0,47% |
| Total geral | | 212 | 100,00% |

Pollyana Almeida
Coordenação de Enfermagem
Samu Olinda
SETEMBRO/2025

TIPO DE PACIENTE ATENDIDO - Tipo de paciente atendido



Este documento foi assinado digitalmente por: Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha, Conselheiro(a)
CPF: 76704394400 em 02/12/2025 às 13:13

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 701/2025 e código verificador abaixo do QR CODE



| HORÁRIO DO CHAMADO | | QTC | PERC. % |
|--------------------|--|------------|----------------|
| 00:01 ÀS 03:00 | | 41 | 8,09% |
| 03:01 ÀS 06:00 | | 36 | 7,10% |
| 06:01 ÀS 09:00 | | 66 | 13,02% |
| 09:01 ÀS 12:00 | | 70 | 13,81% |
| 12:01 ÀS 15:00 | | 81 | 15,98% |
| 15:01 ÀS 18:00 | | 81 | 15,98% |
| 18:01 ÀS 21:00 | | 63 | 12,43% |
| 21:01 ÀS 00:00 | | 69 | 13,51% |
| Total geral | | 507 | 100,00% |

| CONCLUSÃO DO QTC | | QTC | PERC. % |
|---------------------------------|--|------------|----------------|
| REMOVIDO PARA A REDE HOSPITALAR | | 288 | 56,81% |
| DESISTÊNCIA - QTA | | 128 | 25,25% |
| ATENDIMENTO NO LOCAL | | 65 | 12,82% |
| ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO | | 20 | 3,94% |
| NÃO INFORMADO | | 6 | 1,18% |
| Total geral | | 507 | 100,00% |

DADOS FICHAS OCORRÊNCIAS / OUT 25
POLLYANA ALMEIDA
COORD. ENFERMAGEM

TIPO DE PACIENTE ATENDIDO - Tipo de paciente atendido

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 **02/12/2025 às 13:13**

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 **701/2025** e código verificador abaixo do QR CODE

