



MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
- Gabinete do Prefeito -



OFÍCIO Nº 0821/2021

Em 19 de maio de 2021.

Ao
Excelentíssimo Senhor

ALUÍSIO BOI

MD. Presidente da Câmara Municipal

Rua São Bento, 887.

CEP 14801-300 - ARARAQUARA/SP

Câmara Municipal de Araraquara

Protocolo: 4060/2021 **de 25/05/2021 13:21**

Documento: Resposta nº 1 ao Requerimento nº 304/2021

Interessado: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Destinatário: GER. DE EXPEDIENTE.

Senhor Presidente:

Com os nossos respeitosos cumprimentos, em resposta ao **Requerimento nº 0304/2021**, de autoria do Vereador **MARCHESE DA RÁDIO**, encaminhamos a inclusa cópia do Ofício expedido pela Secretaria Municipal da Saúde.

Colocando-nos à disposição para o que for necessário, renovamos os protestos de nossa estima e consideração.

Atenciosamente,

EDINHO SILVA

Prefeito Municipal



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA CENTRAL "AMÉLIA BERNARDINI CUTRALE"

Araraquara, 19 de maio de 2.021.

UPA CENTRAL – Of. nº 114/ 2021

Ilma. Sra.
ELIANA APARECIDA MORI HONAIN
Secretária de Saúde

Venho respeitosamente a Vossa Senhoria, em atendimento ao requerimento da Câmara Municipal de Araraquara nº 304/2021, subscrito pelo ilustre Edil Sr. MARCHESE DA RÁDIO, tenho a informar que fora realizada visita técnica pela Vigilância Sanitária do Município junto à empresa MASTERMED, visando a fiscalização das supostas irregularidades denunciadas.

Em conclusão à referida fiscalização, fora emitido minucioso relatório esclarecendo os questionamentos apresentados, com anexação de pertinentes documentos como alvarás, cópia de laudos, atas, bem como cópia de TAC firmado junto ao Ministério Público do Trabalho.

Sendo assim, encaminho valiosos documentos para vosso conhecimento e deliberação.

Certo em ter atendido à contento vossa solicitação, aproveito o ensejo para renovar meus votos de elevada estima e distinta consideração.

Att,


Fábio Henrique Marconato
Coord. Executivo de Urgência e Emergência

Indicadores 10 de Maio.

Lucio <lucio@mastermedemergencias.com.br>

ter 11/05/2021 07:39

Para:Upa Central departamento administrativo <admupa@araraquara.sp.gov.br>;

cc:'Marcio MasterMed' <marcio@mastermedemergencias.com.br>; diretoria@mastermedemergencias.com.br <diretoria@mastermedemergencias.com.br>; gisela@mastermedemergencias.com.br <gisela@mastermedemergencias.com.br>;

Bom dia, tudo bem!!

Segue indicadores 10 de Maio.

Tivemos 29 remoções, sendo 29 USB e 00 USA.

Tempo médio de USB – 0:30

Tempo médio de USA – Não Houve remoção USA

tpund	tpund	TR	origem	destino	hipotesediag
1	USB	2:34	UPA CENTRAL - ARARAQUARA	HOSPITAL SANTA CASA ARARAQUARA	POS OPERATORIOS

Análise Gerencial	30/abr	01/mai	02/mai	03/mai	04/mai	05/mai	06/mai	07/mai	08/mai	09/mai	10/mai
Transportes efetuados USA	4	3	7	3	1	3	3	4	4	3	0
Transportes efetuados USB	19	23	11	26	34	23	32	28	20	20	29
total	23	26	18	29	35	26	35	32	24	23	29
Até uma hora	23	26	14	26	34	21	34	25	24	15	28
Até duas horas	0	0	3	3	1	4	1	5	0	6	0
Acima de duas horas	0	0	1	0	0	1	0	2	0	2	1
Percentual	30/abr	01/mai	02/mai	03/mai	04/mai	05/mai	06/mai	07/mai	08/mai	09/mai	10/mai
% atendimento em até 1 hora	100%	100%	78%	90%	97%	81%	97%	78%	100%	65%	97%
% atendimento em até 2 horas	0%	0%	17%	10%	3%	15%	3%	16%	0%	26%	0%

% atendimentos acima de duas horas	0%	0%	6%	0%	0%	4%	0%	0%	6%	0%	9%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Atenciosamente;



mastermedemergencias.com.br

Lúcio Mario
Gerente Operacional

☎ (16) 3014.9111
📞 (16) 99790.5166

✉ lucio@mastermedemergencias.com.br

Fwd: Ata e minuta de TCAC

Marcio MasterMed <marcio@mastermedemergencias.com.br>

qua 12/05/2021 10:38

Para:Upa Central departamento administrativo <admupa@araraquara.sp.gov.br>;

Cc:Paulo Giagio <paulo@mastermedemergencias.com.br>;

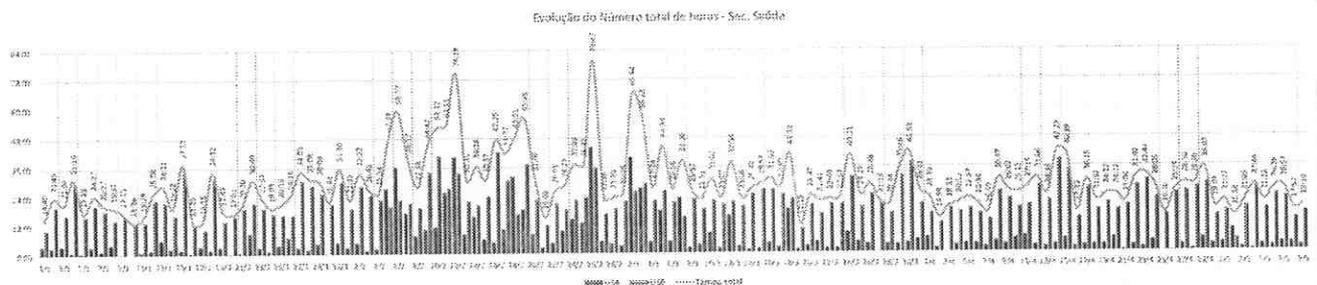
3 anexos (493 KB)

10.5.2021 - IC - 169.2021 - MASTERMED EMERGENCIAS MEDICAS S EIRELI.pdf; 10.5 2021 - IC 169.2021 - MASTERMED EMERGENCIAS MEDICAS S EIRELI (minuta de TCAC).pdf; GráficoColado-52.tiff;

Caro Dr. Fábio, bom dia.

Conforme reunião realizada em 11/05/2021, onde foram apresentadas algumas novas evidencias referente a regularidade dos serviços da Mastermed (MMED), segue como complemento a ata da reunião que tivemos junto ao MPT, onde constatou-se a nossa REGULARIDADE perante todas as exigências trabalhistas.

Como poderá ver no TAC que será assinado e enviado hoje ao MPT, estamos reforçando o nosso compromisso em mantermos equipe suficiente para os atendimentos necessários e no termo de audiência fica explicito que utilizamos profissionais Free-Lancer, somente para casos esporádicos, seja por ocasião de eventos pontuais, ou nos casos de demanda superior a média como houve pontualmente no mês de fevereiro (Nossa média é de 36 a 48 horas de atendimento por dia e nos mes de fevereiro essa media passou a ser de (50 a 80 horas diárias), conforme demosramos no gráfico abaixo.



Ficamos a sua disposição para qualquer novo esclarecimento necessário.

Att.

Esta mensagem, incluindo seus anexos, tem caráter confidencial e seu conteúdo é restrito ao destinatário. Caso você a tenha recebido por engano, por favor, retorne-a ao emissor e apague-a de seus arquivos. É expressamente proibido qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou de parte dela, sob qualquer meio.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO
PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA/SP
Rua Padre Duarte, nº 151, 6º Andar – Jardim Nova América – CEP 14000-360 – Araraquara/SP
Telefone: (16) 3335-9949 – http://www.prt15.mpt.mp.br

INQUÉRITO CIVIL Nº 000169.2021.15.003/1 - 50

DENUNCIANTE: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO - PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARARAQUARA.

INQUIRIDA: MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA Nº /2021

Aos _____ dias do mês de maio de dois mil e vinte e um (___/5/2021), a **MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.**, inscrita no CNPJ nº 25.970.524/0001-36, situada na Avenida Queiroz Filho, nº 1411, Sala 05 e 06, Bairro Vila Harmonia, CEP 14802-610, Araraquara/SP, neste ato representada pelo Sr. Paulo César Giagio, gerente administrativo, inscrito no CPF/MF sob nº 083.456.068-22, firma o presente **TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**, perante o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**, Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região – Procuradoria do Trabalho no Município de Araraquara/SP, representado pelo Procurador do Trabalho *in fine* assinado, nos autos do **INQUÉRITO CIVIL** acima referido, com fundamento no § 6º do artigo 5º da Lei nº 7.347, de 24/07/85 e artigo 784, item IV, do Código de Processo Civil e artigo 876 da Consolidação das Leis do Trabalho, sob as seguintes condições:

1. Compromete-se, imediatamente, a efetuar o registro contratual de seus trabalhadores no início da prestação dos serviços, anotando as CTPSs respectivas no prazo máximo legal, e a manter número de empregados compatível com as atividades que esteja prestando;
2. Compromete-se, imediatamente, a não exigir de seus empregados uma carga extraordinária superior a duas horas diárias, ressalvadas as exceções legais e observando as peculiaridades de sistemas alternativos admitidos em lei ou instrumentos normativos, além de remunerar devidamente as suplementares prestadas, com o adicional legal.

Fica ciente a pessoa jurídica de que o presente TERMO DE COMPROMISSO tem eficácia de título executivo extrajudicial, conforme dispositivos legais acima referidos, e que o seu descumprimento implicará multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), por trabalhador em situação irregular, reajustável até a data do efetivo pagamento e reversível ao FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador), nos termos dos artigos 5º, § 6º, e 13, da mencionada Lei nº 7.347/85.

Dr. Cássio Calvilani Dalla-Déa
PROCURADOR DO TRABALHO

Sr. Paulo César Giagio
MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO
PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA/SP
Rua Padre Duarte, nº 151, 6º Andar – Jardim Nova América – CEP 14000-360 – Araraquara/SP
Telefone: (16) 3335-9949 – <http://www.prt15.mpt.gov.br>

INQUÉRITO CIVIL Nº 000169.2021.15.003/1 - 50

**DENUNCIANTE: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO -
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARARAQUARA.**

INQUIRIDA: MASTERMED EMERGENCIAS MEDICAS S EIRELI.

TERMO DE AUDIÊNCIA

Às 12h57min do dia dez do mês de maio de dois mil e vinte (10/5/2021), pela plataforma Microsoft Teams, com convite e acesso enviado aos participantes, compareceu, pela **MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.**, o Sr. Paulo César Giagio, gerente administrativo, inscrito no CPF/MF sob nº 083.456.068-22, Sr. Marcio Cocchiere Botelho, diretor executivo, inscrito no CPF/MF sob nº 095.963.958-66. Preside a audiência o Exmo. Sr. Procurador do Trabalho **Dr. CÁSSIO CALVILANI DALLA-DÉA.**

Foram expostos os motivos da presente audiência, tendo os representantes presentes conhecimento prévio da documentação que compõe os presentes autos, provenientes do MPE, tanto que já foram apresentados considerações e documentos a respeito.

De qualquer forma, a Presidência do ato realizou uma explanação geral sobre o objeto do presente procedimento e os encaminhamentos possíveis, fazendo algumas considerações sobre as impressões iniciais referentes a quadro insuficiente de empregados.

Com a palavra, os representantes da inquirida informaram que, a partir do mês de janeiro do corrente ano, firmaram contrato com o Município de Araraquara, em razão da grande demanda decorrente da pandemia da COVID-19. A inquirida atualmente possui empregados em Araraquara, onde é centralizado todo o gerenciamento de pessoal, tendo atuação também nos Municípios de Boa Esperança do Sul, Ourinhos e Assis, tendo 9 (nove) viaturas na base de Araraquara e 12 (doze) no total.

Acrescentaram ainda que, em razão do contágio de coronavírus, de natureza leve, por alguns empregados, aumentou o número de contratados em "freelancer", o que também dificultou o trabalho realizado por trabalhadores contratados via CLT, que, em geral, laboram pelo sistema de 12 horas por 36 de descanso. Explicaram ainda que existem viaturas de reserva e para cobertura de serviços extraordinários, de modo que ordinariamente são utilizadas 6 (seis) simultâneas ou 3 (três), a depender do horário de maior demanda nos dias.

Nesse contexto, a Presidência do ato efetuou algumas considerações, inclusive quanto aos limites do objeto do presente IC, e, em seguida, houve a proposta e a aceitação de assinatura de termo de compromisso (inclusive considerando os atos que antecipadamente estão sendo tomados, com a contratação em curso de novos motoristas e técnicos), versando sobre situações futuras, sem que isso signifique



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA/SP

Rua Padre Duarte, nº 151, 6º Andar – Jardim Nova América – CEP 14000-360 – Araraquara/SP

Telefone: (16) 3335-9949 – <http://www.prt15.mpt.gov.br>

reconhecimento de qualquer irregularidade cometida. Restou definido que o MPT enviará o respectivo documento ora elaborado e aceito, que, deverá ser devolvido, com a assinatura física do representante respectivo, **no prazo de 5 (cinco) dias corridos**, ficando, no silêncio ou em caso de discordância, desvinculado o MPT a respeito do que ali consta.

Decorrido o prazo acima, efetue-se a conclusão dos autos, para análise e deliberações.

Encerrado o ato às 13h41min, eu, Gloriete Santos Scavichia, assessora jurídica, secretária do procedimento, gravei a audiência e lavrei o presente termo, lido e achado conforme por todos os presentes, sendo prescindível as suas assinaturas, ficando ainda registrado que, na sequência, haverá a inserção deste documento nos autos respectivos.

Dr. Cássio Calvilani Dalla-Déa
PROCURADOR DO TRABALHO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Gerência Executiva de Vigilância Sanitária

Rua: Ivo Antônio Magnani, 430 – Fonte Luminosa (CEAR)

Telefone – 3303 -3118 – CEP – 14806-150

RELATÓRIO INSPAÇÃO MASTER MED

Razão Social: Master Med Emergências Médicas Ltda

Endereço: Av. Queiroz Filho, 1411

Data da Inspeção: 13/05/2021

Em inspeção realizada na unidade de atendimento móvel de urgência acima descrita, por solicitação da Câmara Municipal de Araraquara, através do Requerimento nº 304/2021, verificamos que vários itens mencionados em relatório já foram sanados como a questão dos copos descartáveis, os funcionários são testados para Covid 19 sempre que necessário pelo próprio serviço o qual dispões de testes rápidos e feitos pela farmacêutica que trabalha no local, assim como estão realizando controles de temperatura na entrada dos funcionários e registrado em planilha, as bolsas estão embaladas em sacos plásticos verificou-se que encontravam-se limpas. Todos os funcionários foram vacinados. Verificado PPRA, PCMSO e ASOS dos funcionários.

Foram apresentados POPs (procedimentos operacionais padrão) de higienização dos veículos e ambientes, tanto terminal (no final de cada turno de trabalho) como concorrente (após cada transporte de pacientes, que foi solicitado registro destas) assim como de limpeza geral da edificação. Também foram apresentados laudos de dedetização do local com emissão de laudo, limpeza de reservatório de água (caixas d'água) e laudos de limpeza dos equipamentos de ar condicionado. Não há na legislação sanitária exigência de exclusividade de veículo para transporte de paciente positivado para Covid 19, uma vez que após cada transporte é feita a higienização conforme manual de limpeza e higienização da ANVISA e Nota Técnica 07/2020 da ANVISA.

No local, há um tanque exclusivo (identificado) para fazer a pré-lavagem de algum material que apresente grande sujidade e foi apresentado contrato de prestação de serviço com a empresa de esterilização de materiais Oximed. Verificado que possui local para armazenamento temporário de lixo contaminado, porém foi solicitado a construção de abrigo temporário para resíduos sólidos.

Os cilindros de oxigênio ficam armazenados em local protegido do sol, edificação possui vistoria do corpo de bombeiros e CLCB nº 676424 com validade até 26/01/2024.

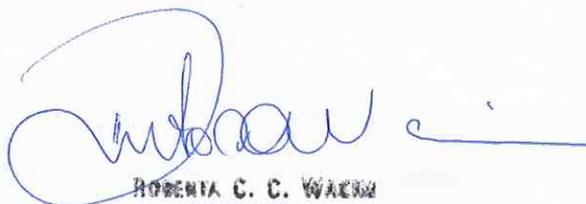
Os veículos são tripulados de acordo com a Portaria nº2048/2002 e regulação do médico que atende a solicitação de transporte.

Apresentado Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta do Ministério Público do trabalho datado do dia 11/05/2021 que trata da prática de "free lance".

Foi solicitado capa impermeável para os colchões das áreas de repouso dos funcionários e médicos e capa impermeável para os bancos dos motoristas e copiloto.

Segue anexo cópia das licenças atualizadas das ambulâncias, fotos e documentação complementar.


Thiago Augusto do Nascimento
CREA 50617/0819
ENGENHEIRO CIVIL
VIGILÂNCIA SANITÁRIA


ROBERTA C. C. WAERN
ENFERMEIRA
COREN/SP - 0102772
VIGILÂNCIA SANITÁRIA



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO



CORPO DE BOMBEIROS

CERTIFICADO DE LICENÇA DO CORPO DE BOMBEIROS

CLCB Nº 676424

O CORPO DE BOMBEIROS EXPEDIRÁ O PRESENTE CERTIFICADO DE LICENÇA, POR MEIO DO SISTEMA ELETRÔNICO VIA FÁCIL BOMBEIROS, PARA A EDIFICAÇÃO DA ÁREA DE RISCO ABAIXO, NOS TERMOS DO REGULAMENTO DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Processo Nº 011201/2023
 Endereço: AVENIDA OLÍMPIO FILHO Nº 2413
 Complemento: SALA 05 DE T E B Bairro: VILA HARVESTIA
 Município: AMARÓLIANA
 Descrição: COMERCIAL - COMÉRCIO COM BAIXA CARGA DE INCÊNDIO
 Proprietário: MASTRANNO EMPREENDIMENTOS E SERVIÇOS LTDA CNPJ 25.970.524/0001-00
 Responsável pelo Uso: MANTENIMENTO ENGENHARIA MEDICAL LTDA CNPJ 25.290.524/0001-00
 Responsável Técnico: ELIAS RACHED JUNIOR
 OBRAS/USO: 00010001
 Área Total (m²): 476,11
 Área de Pavimento: 1
 Área de Área: 1
 Validade: 24/03/2024

CONDIÇÕES:
 1. Para as edificações de baixa potencial de risco, nos termos do IT nº 41, expedir-se-á o presente Certificado de Licença, que substituirá o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para todos os fins.
 2. Os dados do presente Certificado de Licença serão fornecidos pelos responsáveis acima, não apresentando ao Corpo de Bombeiros a documentação obrigatória nos termos do IT nº 41.
 3. A alteração de qualquer dado, não sendo necessária, deve ser comunicada, implicitamente, na parte de validade do presente Certificado de Licença e sempre o proprietário ou responsável pelo uso é responsável por atualizar a documentação.
 4. Não haverá emissão de Licença de Segurança Contra Incêndio, dimensionada e emitida em função do Regulamento de Segurança Contra Incêndio nos termos do Regulamento de Segurança Contra Incêndio do Estado de São Paulo.
 5. O Corpo de Bombeiros pode, a qualquer tempo, proceder a vistoria de qualquer uma das informações e das condições previstas neste Regulamento, inclusive por meio de vistoria e certificação e de vistoria de distribuição de informações.
 6. O Corpo de Bombeiros pode, a qualquer tempo, proceder a vistoria de qualquer uma das informações e das condições previstas neste Regulamento, inclusive por meio de vistoria e certificação e de vistoria de distribuição de informações.
 7. O Corpo de Bombeiros pode, a qualquer tempo, proceder a vistoria de qualquer uma das informações e das condições previstas neste Regulamento, inclusive por meio de vistoria e certificação e de vistoria de distribuição de informações.
 8. O Corpo de Bombeiros pode, a qualquer tempo, proceder a vistoria de qualquer uma das informações e das condições previstas neste Regulamento, inclusive por meio de vistoria e certificação e de vistoria de distribuição de informações.
 9. O Corpo de Bombeiros pode, a qualquer tempo, proceder a vistoria de qualquer uma das informações e das condições previstas neste Regulamento, inclusive por meio de vistoria e certificação e de vistoria de distribuição de informações.

NOTA: Este documento não substitui a vistoria obrigatória de segurança, nos termos do artigo 10 do Regulamento de Segurança Contra Incêndio do Estado de São Paulo, expedida pelo Corpo de Bombeiros e registrada no sistema de licenciamento eletrônico. O documento de licenciamento eletrônico não substitui a vistoria de segurança e a documentação obrigatória, nos termos do artigo 10 do Regulamento de Segurança Contra Incêndio do Estado de São Paulo.



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema Via Fácil Bombeiros. Para verificar sua autenticidade acesse o sistema do Corpo de Bombeiros ou o aplicativo móvel disponível em: www.bombeiros.sp.gov.br ou utilize o aplicativo para dispositivos móveis "Bombeiros SP".

Assinatura: 24 de janeiro de 2023

MASTERMED EMERGENCIAS MEDICAS LTDA
CNPJ 25.970.524/0001-36

Nome	CNS	CARGO	CPF	LOCAL VACINAÇÃO	Data Prevista 2ª DOSE
ABEL DIAS	898.004.085.268.416	MOTORISTA/SOCORRISTA	108.961.028-90	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ADRIANA APARECIDA OLIVEIRA PEREIRA	980.016.293.350.397	TEC. DE ENFERMAGEM	187.239.038-21	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ADRIANO APARECIDO RIBEIRO	705.004.869.616.454	MOTORISTA/SOCORRISTA	280.584.448-39	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
ALBERTO ALMEIDA	702.509.377.521.730	MOTORISTA/SOCORRISTA	009.703.258-19	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ALEXSANDRO DO PRADO	705.600.401.476.316	MOTORISTA/SOCORRISTA	220.309.738-82	Vacinado Sec. Saúde	26/02/2021
ALINE CRISTINA GOMES FIGUEIRA	700.003.437.546.206	ASSIST. ADMINISTRATIVO	334.392.848-83	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
AMARILDO SANTOS	705.005.000.040.754	MOTORISTA/SOCORRISTA	043.722.578-05	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ANA LUCIA ALVES	707.002.827.288.739	TARM - TELEF AUX REGULACAO	052.824.064-11	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ANDRE EZEQUIEL MAURICIO	706.407.135.991.486	MOTORISTA/SOCORRISTA	049.278.848-05	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ANDRE RIBEIRO ROQUE	898.002.716.622.789	MOTORISTA/SOCORRISTA	263.796.688-29	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
ANDRESSA CRISTINA BATISTA	708.007.343.608.924	TECNICA ENFERMAGEM	307.388.638-90	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
ANNA CAROLINA JACON	706.405.685.036.183	ENFERMEIRA	362.957.538-25	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
ANTONIO FERNANDO DE CAIRES	706.900.146.022.136	MOTORISTA/SOCORRISTA	020.318.238-33	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
CARLOS HENRIQUE PETRONI	706.206.523.592.261	GERENTE CONTROL. E COMPLIA	071.796.958-40	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
CARLOS ROBERTO FERREIRA PORTO	700.001.730.579.803	MOTORISTA/SOCORRISTA	112.559.338-52	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
CELA REGINA VICENTE	708.401.274.177.460	TEC. DE ENFERMAGEM	272.460.848-86	Vacinada HSP	Vacinada HSP
CESAR EDUARDO DOS SANTOS	700.003.513.317.403	TEC. DE ENFERMAGEM	269.128.358-56	Vacinado SEC Saúde	Vacinado SEC Saúde
DANIELA CRISTINA DE OLIVEIRA	704.809.596.806.742	TECNICA ENFERMAGEM	344.202.168-59	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
DANILO JOSE MARIANO	704.303.511.999.493	ANALISTA DE LOGISTICA	392.319.048-41	Vacinado Sec. Saúde	18/03/2021
DELMIRAN MENDES DE OLIVEIRA	708.706.170.166.790	ENFERMEIRO(A) PADRÃO	275.766.098-50	VacinadoSec. Saúde	26/02/2021
EDER ALVES DE ASSIS	200.413.428.650.009	MOTORISTA/SOCORRISTA	222.934.588-57	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
EDILAINE FERREIRA DOS SANTOS	898.002.974.444.115	TARM - TELEF AUX REGULACAO	360.722.968-66	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
EDINALDO SOCORRO BONANOME	705.806.453.530.439	ENFERMEIRO(A) PADRÃO	804.340.296-53	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
EDINEIDE RODRIGUES DA SILVA	702.306.171.744.717	TECNICA ENFERMAGEM	369.148.368-25	Vacinado Sec. Saúde	26/02/2021
FABIO PANSERI	706.408.699.180.489	MOTORISTA/SOCORRISTA	367.459.318-18	Vacinado Sec. Saúde	Vacinado Sec. Saúde
FERNANDA CRISTINA DO AMARAL IGNACIO	898.001.250.328.111	ANALISTA FINANCEIRO	220.373.328-40	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
FLAVIA COSTA MENDONÇA	898.004.132.494.294	TARM - TELEF AUX REGULACAO	351.784.998-75	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
FRANCISCO FERREIRA FILHO	201.062.981.130.006	MOTORISTA/SOCORRISTA	337.700.128-01	Vacinado Sec. Saúde	28/03/2021
GIOVANI MALAGOLI	706.804.775.766.925	MOTORISTA/SOCORRISTA	201.527.298-44	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
GISELA OLIVEIRA SILVA	709.808.054.244.496	SUPERVISOR(A) OPERACIONAL	217.149.828-58	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
GISELE SASKA BRUNO	702.407.016.983.428	TARM - TELEF AUX REGULACAO	257.800.378-50	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
HAROLDO BARBOZA DA SILVA	709.500.666.512.470	MOTORISTA/SOCORRISTA SENIC	221.535.498-41	Vacinado Sec. Saúde	15/03/2021
JAIR RODRIGUES DE LIMA JUNIOR	700.201.455.657.622	MOTORISTA/SOCORRISTA	223.969.498-02	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
JOSE GUILHERME FRAJACOMO LORETTI	703.409.824.076.900	MOTORISTA/SOCORRISTA	417.358.558-63	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
JOSE MANOEL BATISTA DE CAMPOS	706.704.256.009.520	MOTORISTA/SOCORRISTA	122.307.938-45	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
LAIS CAROLINE MONDADORE	708.502.347.861.471	TARM - TELEF AUX REGULACAO	458.501.088-23	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
LARISSA FERNANDA ALVES SILVA	898.003.406.834.037	TARM - TELEF AUX REGULACAO	458.992.088-30	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
LUCIO MARIO SANTANA MENEZES	700.507.558.975.158	GERENTE OPERACIONAL	260.245.668-32	Vacinado HSP	Vacinado HSP
LUIZ VENTRILHO	700.006.501.933.409	MOTORISTA/SOCORRISTA	527.024.138-20	Vacinado Sec. Saúde	28/03/2021
MAGNER GARCEZ DA SILVA	705.207.476.753.775	MOTORISTA/SOCORRISTA	294.972.818-97	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021
MARCELA ROCHA DE ALMEIDA	704.607.108.4.222	FARMACEUTICO (A)	343.149.278-57	Vacinado Sec. Saúde	19/02/2021

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: A. Diana Oliveira

Data de Nascimento: 15/08/73 Idade: 47 Sexo: () Masc.. (X) Fem.

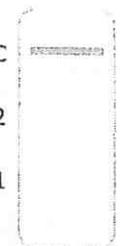
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

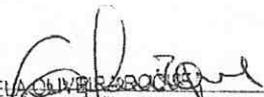
Horário do teste: 07:40

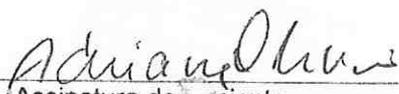
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

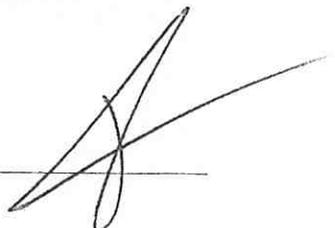
() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____


 Nome e assinatura do profissional responsável pelo teste
 GISELA OLIVEIRA RODRIGUES
 SUBSTITUTA DE ENFERMEIRA
 MAQUILAGEM E ESTÉTICA
 COREN-SP-576.952


 Assinatura do paciente


 Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Amaldo Santos

Data de Nascimento: 18/07/1966 Idade: 54 Sexo: () Masc.. () Fem.

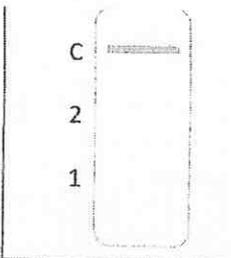
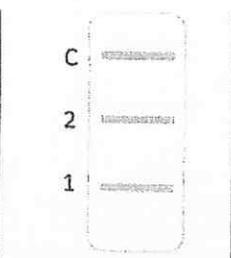
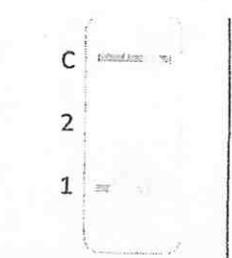
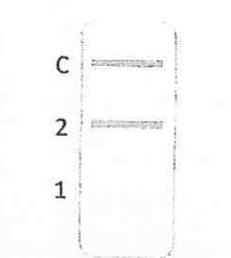
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 13/11/20

Horário do teste: 08:23

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área control (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG. Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Nome e assinatura de enf. Responsável pelo teste

Amaldo Santos
Assina

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: André E. Maurício

Data de Nascimento: 11/10/1967

Idade: 53

Sexo: Masc.. () Fem.

TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

Horário do teste: 07:40

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG.

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA RIBEIRO
Supervisora de Operações
MASTERMED EMERGENCIAS
Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: André L. Doque

Data de Nascimento: 12/05/79 Idade: 41 Sexo: Masc.. () Fem.

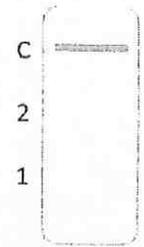
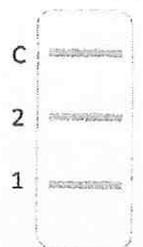
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

Horário do teste: 07:50

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operação
Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste
COREN-SP 57680


Assinatura do Paciente


Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Evelia Regina Jicente

Data de Nascimento: 12/07/1978 Idade: 42 Sexo: () Masc.. (X) Fem.

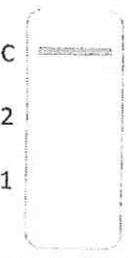
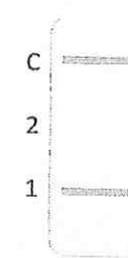
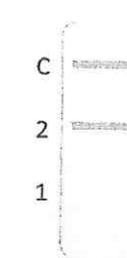
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 23/11/2020

Horário do teste: 15:58

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Wallace V. de S. Júnior
Enfermeiro
CONCRESP - 360.250

Nome e assinatura do Enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Daniilo Mauara

Data de Nascimento: 12/10/1991 Idade: 29 Sexo: Masc.. () Fem.

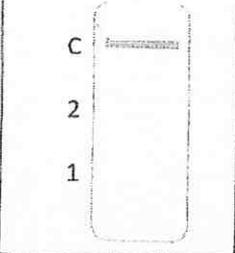
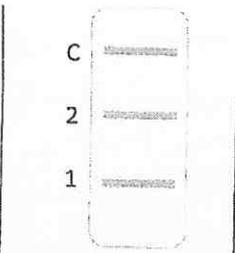
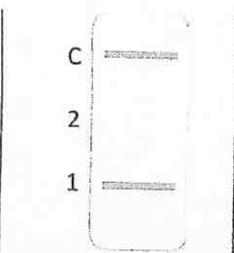
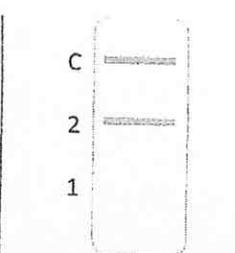
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

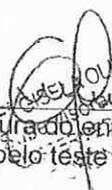
Data do teste: 6/11/20

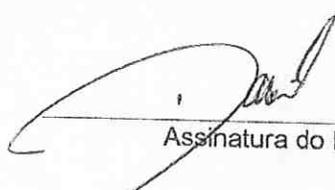
Horário do teste: 08:47

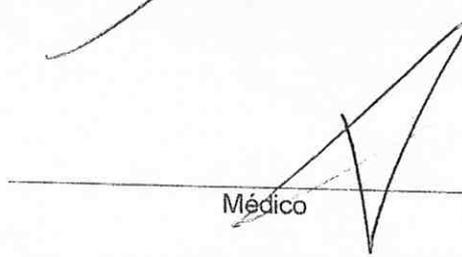
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____


 Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


 Assinatura do Paciente


 Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Ednide Rodrigues da Silva

Data de Nascimento: 20/06/87 Idade: 33 Sexo: () Masc.. () Fem.

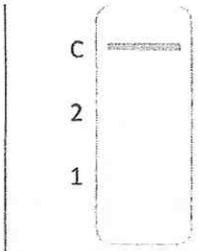
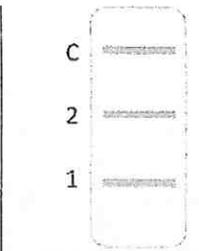
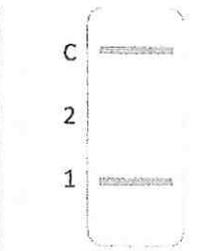
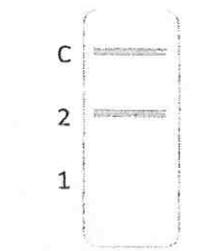
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: ___/___/___

Horário do teste: ___:___

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Ednaldo Boranome

Data de Nascimento: 18/01/1969

Idade: 52

Sexo: Masc.. () Fem.

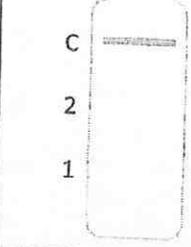
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 17/11/20

Horário do teste: 17:50

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Fernanda Cristina do Amaral

Data de Nascimento: 12/01/82 Idade: 38 Sexo: Masc.. () Fem.

TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 16/11/20

Horário do teste: 09:00

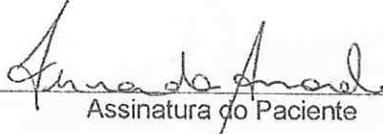
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____


 REGISELA OLIVEIRA ROQUE
 Enfi. Responsável de Operação
 LABORATÓRIO DE EMERGÊNCIAS
 CNPJ 08.576.952
 Nome e assinatura do enfi. Responsável pelo teste


 Assinatura do Paciente


 Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Flavia Costa Mundonca
 Data de Nascimento: 01/02/1986 Idade: 34 Sexo: () Masc.. (X) Fem.

TESTE – Imunocromatografico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 12/11/20

Horário do teste: 07:37

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA ROQUE
 Supervisora de Operação
 MASTERMED
 Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Francisco Leunio Filho

Data de Nascimento: 21/08/84 Idade: 36 Sexo: Masc.. () Fem.

TESTE – Imunocromatografico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 12/11/20

Horário do teste: 18:15

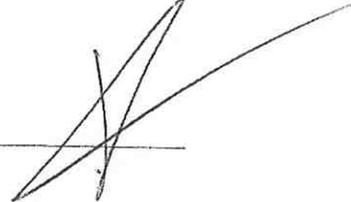
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


Assinatura do Paciente


Médico


- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Giuliana Oliveira Dourado

Data de Nascimento: 21/06/1974 Idade: 47 Sexo: () Masc.. () Fem.

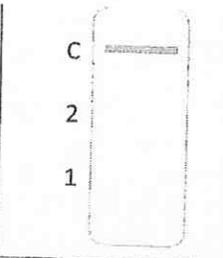
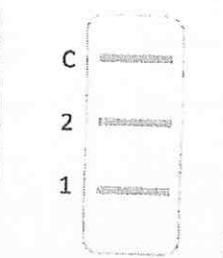
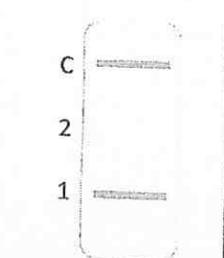
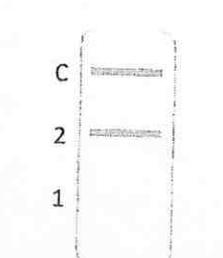
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 09/11/20

Horário do teste: 14:50

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Lúcio Maria S. Menezes
Coordenação Farmácia
MESTRE MEDIC
R. L. P. 1115-ENF

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura de Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Giseli SASKA Bruno

Data de Nascimento: 17/12/1971 Idade: 48 Sexo: () Masc.. (X) Fem.

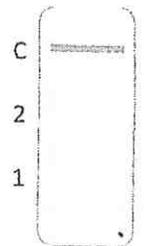
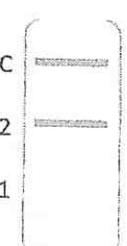
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 20/11/20

Horário do teste: 08:35

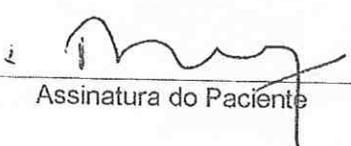
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

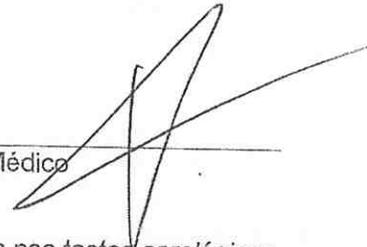
() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operação
Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


Assinatura do Paciente


Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Guilherme Pragauro

Data de Nascimento: 06/02/92 Idade: 28 Sexo: Masc.. () Fem.

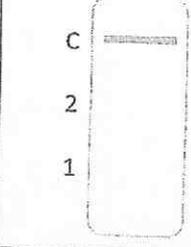
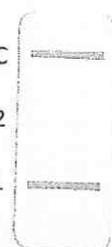
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 09/11/20

Horário do teste: 09:30

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

EMPREGADA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operações
EMERGENCIAS
15/05/2022

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

• Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Haroldo Barbosa

Data de Nascimento: 16/07/80 Idade: 40 Sexo: (X) Masc.. () Fem.

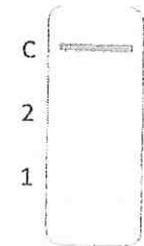
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 12/11/20

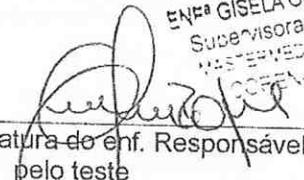
Horário do teste: _____: _____

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

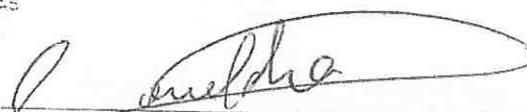
() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

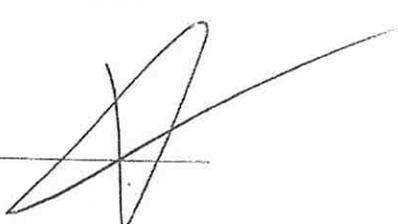
Conduta: _____



 Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste



 Assinatura do Paciente



 Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Jair Rodrigues Lima

Data de Nascimento: 20/06/83 Idade: 37 Sexo: Masc.. () Fem.

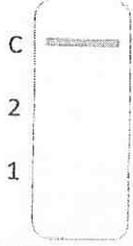
TESTE – Imunocromatografico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

Horário do teste: 08:00

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(x)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA ROSA
Supervisora de Emergências
Nome e Assinatura do enf. Responsável pelo teste
COREN-SP nº 1012

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Lucio Mario S. Menezes

Data de Nascimento: 01/03/1979 Idade: 43 Sexo: () Masc. () Fem.

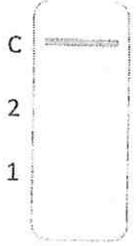
TESTE – Imunocromatografico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 09/11/20

Horário do teste: 08:30

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(<u>A</u>)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Lúcio Mario S. Menezes
Coordenador de Enfermagem
MATERMÉDICO
CORREN-SP-0141615-PNF

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Lúcio Mario S. Menezes
Coordenador de Enfermagem
MATERMÉDICO
CORREN-SP-0141615-PNF

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Luiz Venturino

Data de Nascimento: 29/08/51 Idade: 69 Sexo: Masc.. () Fem.

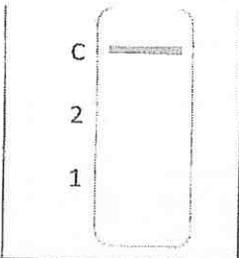
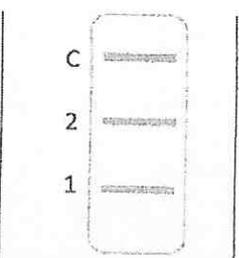
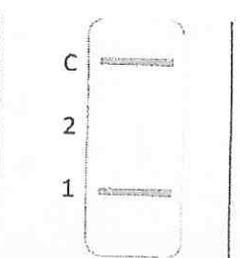
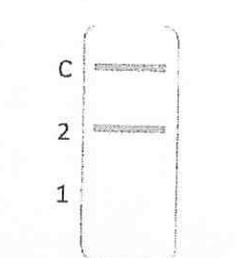
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 25/11/20

Horário do teste: 16:15

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

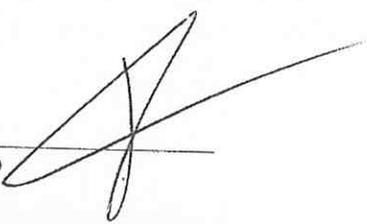
() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG. Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operação

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


Assinatura do Paciente


Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: mauella Taha Almeida

Data de Nascimento: 17/05/86 Idade: 33 Sexo: () Masc.. (x) Fem.

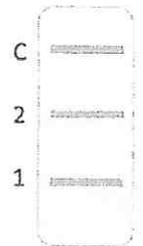
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

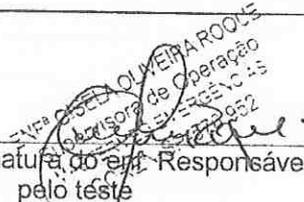
Data do teste: 12/11/20

Horário do teste: 17:19

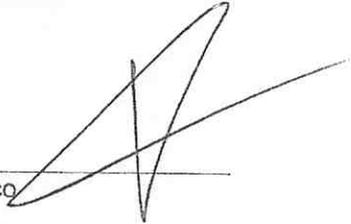
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(x)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).
Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Nome e assinatura do emissor Responsável pelo teste

 TAYRA COSTA OLIVEIRA ROQUE
 Laboradora de Operação
 REGISTRO Nº 13.123.456-5

Assinatura do Paciente


Médico


- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: mauro Escavalli

Data de Nascimento: 21/04/69 Idade: 51 Sexo: () Masc.. () Fem.

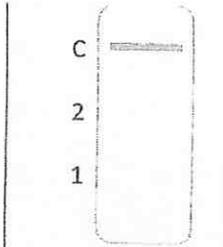
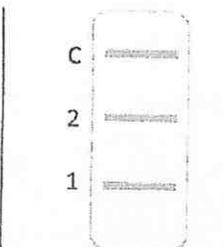
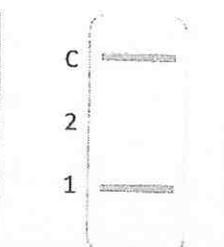
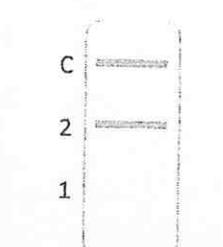
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 09/11/20

Horário do teste: 15:00

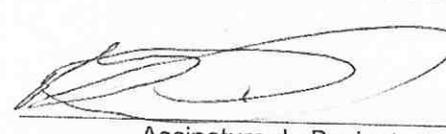
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(/)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

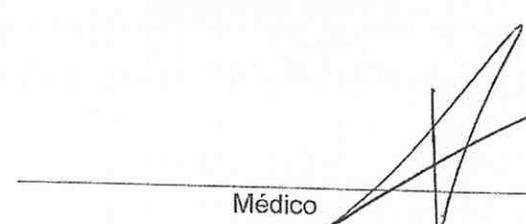
Conduta: _____

ENFERMEIRA GISELA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operações


Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste



Assinatura do Paciente



Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Marcio Cochieri Bolito
Data de Nascimento: 12/5/68 Idade: 52 Sexo Masculino () Feminino
Data do exame: 6/11/20
Produto Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM
Wara Produtos para Laboratórios Ltda
Registro MS - 10310030208
Lote: 201205 Validade 04/2022

TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

- Negativo
 Positivo para IgG e IgM
 Positivo para IgM
 Positivo para IgG
 Inválido

Intepretação dos resultados:

Resultado Negativo – Surgimento de somente uma banda colorida na área controle (C).

Resultado Positivo para IgG e IgM (Infecção primária tardia ou infecção secundária precoce) – Surgimento de três bandas coloridas, uma na area teste (2-IgG), outra na area teste (1-IgM), e outra na controle (C).

Resultado Positivo para IgM (Infecção primária) – Surgimento de 02 bandas coloridas, uma na area teste (1-IgM), e outra na controle (C).

Resultado Positivo para IgG (Infecção secundária ou pregressa) – Surgimento de 02 bandas coloridas, uma na area teste (1-IgG), e outra no controle (C).

Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-Igm ou 2-IgG). Nesse cas a maostra.deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Data: 06/11/20 Hora: 09:58

Marcio Cochieri Bolito
Nome do profissional que fez o teste rápido

Assinatura do paciente

Dr. Raphael
Assinatura do medico

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: mauro cesar alves

Data de Nascimento: 23/09/73 Idade: 47 Sexo: Masc.. () Fem.

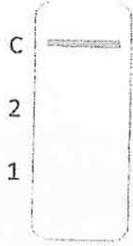
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

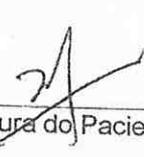
Horário do teste: 18:23

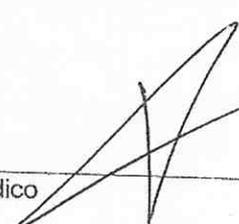
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).
Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____


 Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


 Assinatura do Paciente


 Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Patúcio Elisandro F. Martin

Data de Nascimento: 07/07/76 Idade: 44 Sexo: () Masc.. (x) Fem.

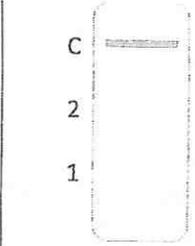
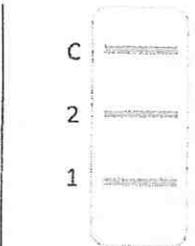
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 12/11/20

Horário do teste: 18:24

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(x)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFERMEIRA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operações
MASTERMED EMERGÊNCIAS
CORDEA - SP - 578.952

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Paulo Giago

Data de Nascimento: 21/08/66 Idade: 54 Sexo: Masc.. () Fem.

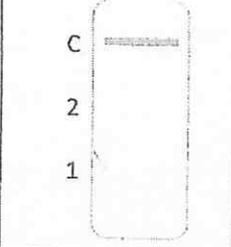
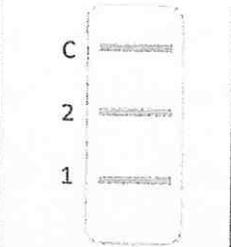
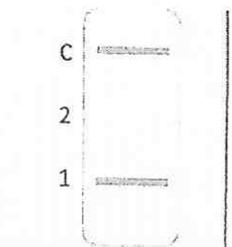
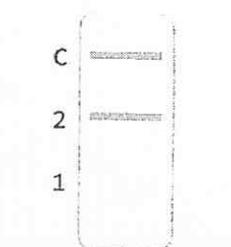
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 16/11/20

Horário do teste: 08:47

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).
Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Condução: _____

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

ENFERMEIRA OLIVEIRA ROQUE
Supervisora de Operação
Emergências

Assinatura do Paciente

Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Paulo R. de Mouro

Data de Nascimento: 04/05/69 Idade: 58 Sexo: Masc.. () Fem.

TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

Horário do teste: 09:35

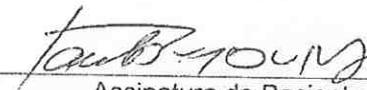
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(/)	()	()	()

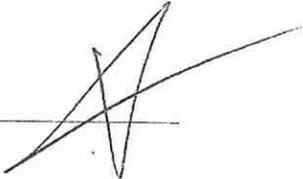
() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

ENFª GISELA OLIVEIRA R. S. E.
Supervisora de Controle de Qualidade
Nome e Assinatura do Enf. Responsável pelo teste




Assinatura do Paciente

Médico 

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Rafael Chiavega 10

Data de Nascimento: 19/09/86 Idade: 34 Sexo: Masc.. () Fem.

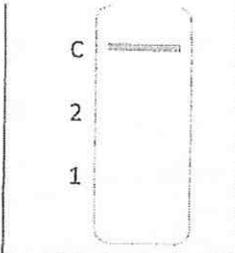
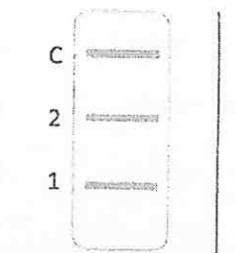
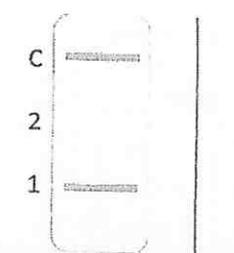
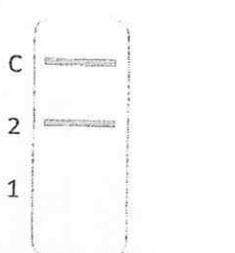
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

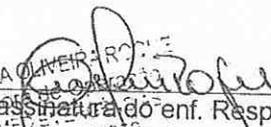
Data do teste: 10/11/20

Horário do teste: 07:58

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(X)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG). Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____


 Nome e assinatura do enf. Responsável
 GISELA OLIVEIRA ROCHA
 COREN-SP nº 10187


 Assinatura do Paciente


 Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Diádo T. SECANECHIA

Data de Nascimento: 23/08/79 Idade: 41 Sexo: Masc.. () Fem.

TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos igM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 24/11/20

Horário do teste: 17:36

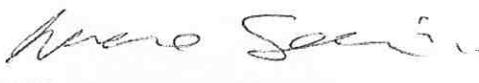
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	()	()	()	(X)

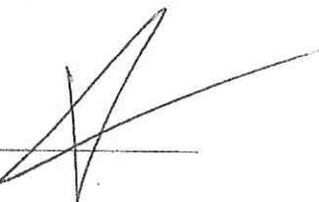
() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG.

Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____


Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


Assinatura do Paciente


Médico

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Sandra Regina Paiva
 Data de Nascimento: 18/09/75 Idade: 45 Sexo: () Masc.. () Fem.

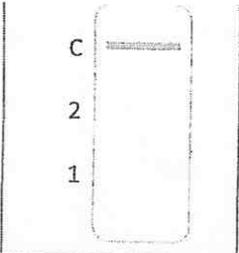
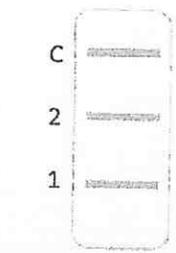
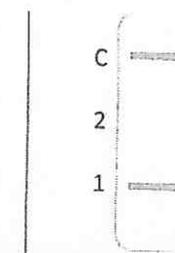
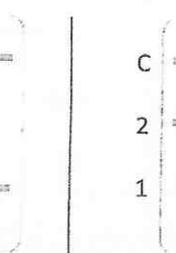
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

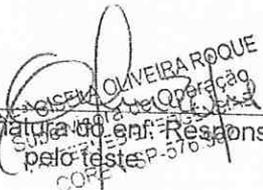
Data do teste: 16/11/20

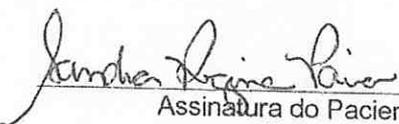
Horário do teste: 08:59

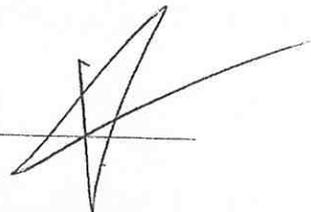
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).
 Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Condução: _____


 Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


 Assinatura do Paciente

 Médico 

- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Vladimir Salandri nuto

Data de Nascimento: 24/10/1966 Idade: 53 Sexo: Masc.. () Fem.

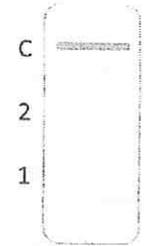
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavirus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 10/11/20

Horário do teste: 17:27

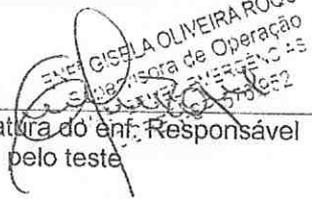
				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	(A)	()	()	()

() Resultado Inválido – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG).

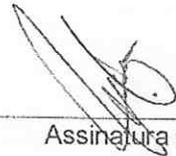
Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste


ENFERMEIRA GISELA OLIVEIRA ROQUE
Enfermeira de Operação
SAMARITANA EMERGENCIAS
RUA... 100000000

Assinatura do Paciente



Médico



- Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

LAUDO TESTE RÁPIDO COVID -19 – AMOSTRA PUNÇÃO DIGITAL

Nome: Helena Helena dos Santos

Data de Nascimento: 22/08/65 Idade: 56 Sexo: () Masc.. (X) Fem.

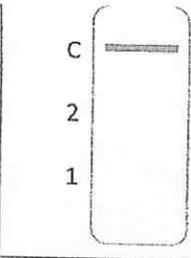
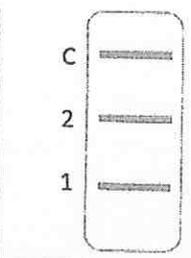
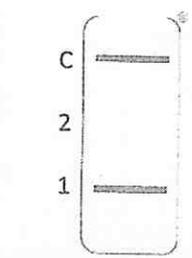
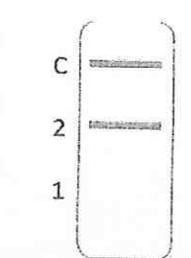
TESTE – Imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgM/IgG de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-COV-2).

Produto: Imuno-rápido COVID-19 IgG/IgM - Wara Produtos para Laboratórios Ltda - Registro MS - 10310030208

Lote: 20/105 Validade Abril de 2022

Data do teste: 13,05,21

Horário do teste: _____ : _____

				
Leitura:	Negativo	Positivo para IgG e IgM	Positivo para IgM	Positivo para IgG
Resultado	()	()	()	(X)

() **Resultado Inválido** – Se não surgir banda na área controle (C), havendo ou não o surgimento de banda na área teste 1-IgM ou 2-IgG. Nesse caso amostra deverá ser testada novamente com um novo dispositivo.

Conduta: _____

Marcelo Est. [Signature]
 Nome e assinatura do enf. Responsável pelo teste

[Signature]
 Assinatura do Paciente

[Stamp]
 Dra. Gerzi Pedrosa Souza
 Médica
 CRM-SP 199.126

• Existe a possibilidade de falsos resultados negativos e positivos nos testes sorológicos bem como a ocorrência de falso negativo na RT-PCR, portanto dúvidas na interpretação devem ser sempre esclarecidas por um profissional médico.

ENTREGA DE EPIs

Data	Avental	Máscara Cir.	óculos	Touca	Máscara N95	Máscado	Caixa Luva P	Caixa Luva M	Caixa Luva G	Enfermagem	Motorista
06/05	-	12	-	2	-	-	-	-	-	raposo	guilherme
06/05	1px	18	-	-	-	-	-	-	-	ora	william
06/05	-	30	-	-	-	-	-	-	-	matheus	rafael
06/05	-	30	-	-	-	-	-	-	-	Adriano	Yuri
06/15	10	10	-	-	-	-	-	-	-	Edmar	Luiz
06/15	-	08	-	-	-	-	-	-	-	Daniela	Daniela
06/05	10	-	-	-	-	-	-	-	-	Daniela	Daniela
06/05	-	10	-	10	-	-	-	-	-	Luiz	Daniela
07/05	10	10	-	10	-	-	-	-	-	Luiz	Luiz
07/05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Luiz	Luiz
07/15	-	10	-	-	-	-	-	-	-	Nancy collyer	Herbert
07/05	05	10	-	-	-	-	-	-	-	Almeida	Arne
08/05	06	30	-	-	-	-	-	-	-	Ylen	Daniela
08/05	15	15	-	12	-	-	-	-	-	Adriano	André
08/05	1px	15	-	6	-	-	-	-	-	ora	William
08/05	-	18	-	-	-	-	-	-	-	raposo	Freder
08/05	04	30	-	06	-	-	04	05	05	Edmar	Rodrigo
08/15	10	-	-	10	-	-	-	-	-	Daniela	
08/05	-	05	-	-	-	-	-	-	-	Raposo	
08/05	10	10	-	-	-	-	10/10	-	-	Crede	Herbert
08/05	10	10	-	10	-	-	-	-	-	Donald	Guarani
09/05	-	06	-	-	-	-	-	-	-	Seid	Roberto
09/05	0	12	-	-	-	-	-	-	-	Daniela	Francisco
09/05	-	10	-	-	-	-	-	-	-	Francisco	Daniel

ENTREGA DE EPIS

Data	Avental	Mascara Cr.	oculos	Tuica	Mascara N95	Macaço	Caixa Luva P	Caixa Luva M	Caixa Luva G	Enfermagem	Motorista
09/05	10	10	-	01	-	-	-	-	-	Renado	Daniel
09/05	10	-	-	-	-	-	-	-	-	Dorian	Dino
10/05	06	10	-	-	-	-	-	-	-	rapano	mauro
10/05	10	16	-	-	-	-	-	-	-	matheus	Alberto
10/05	10	12	-	08	-	-	01	-	-	Daniela	
10/05	-	08	-	-	-	-	-	-	-	Adriano	
10/05	10	10	-	-	-	-	-	-	-	Valter	Daniel
10/05	10	-	-	-	-	-	-	-	-	Renanella.	
10/05	-	10	-	-	-	-	-	-	-	Keneth	Mauricio
11/05	04	09	-	-	-	-	05	-	-	Daniel	Daniel
11/05	0	10	-	-	-	-	-	-	-	W.L.	João
11/05	-	10	-	-	-	-	-	-	-	Luciano	Sidnei
11/05	1	10	-	-	-	-	-	01	-	Renata	
12/05	06	10	-	-	-	-	-	-	-	Molins	Alberto
12/05	-	16	-	15	-	-	-	1	1	Rafael	qui
12/05	-	15	-	-	-	-	-	-	-	Carli	
12/05	-	10	04	-	-	-	-	-	-	Xiomara	Douglas
12/05	-	10	-	-	-	-	-	-	-	Clara T	Paulo
12/05	-	10	-	9	-	-	-	-	-	Daniela	Paulo
13/05	10	-	-	-	-	-	-	-	-	Daniela	Chico.

RELAÇÃO DE ENTREGA DE MÁSCARA N95

Orientações

1. O prazo de validade após aberta é de 15 dias
2. Após o uso deve ser guardada em saco plástico identificado com o nome do funcionário.
3. Guardar na caixa plástica que se encontra na sala de equipamentos ao termino do plantão.

Colaborador	Data	Nº CA	Assinatura	Entregue
Dr. Elzo	31/03		Rol	Rosemeire Santos Elias
*03/04/04	07/04		Rol	ROSEMEIRE
07/04/04	04/04		Rol	ROSEMEIRE
ifayane marão	04/04		Rol	ROSEMEIRE
Daniel Pires	04/04		Rol	ROSEMEIRE
Francisco	04/04		Rol	ROSEMEIRE
Alciane	05/04		Rol	ROSEMEIRE
Cláudia	05/04	01	Rol	ROSEMEIRE
De Alencar	05/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Dr. Rafael C.	05/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Magdalen	05/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Rosemeire	06/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Marcelo Euf	07/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Katiele	08/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Marta A. A.	08/04	01	Rol	ROSEMEIRE
LAIANE	08/04	01	Rol	ROSEMEIRE
IGOR	08/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Francisco	09/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Orlando	09/04	01	Rol	ROSEMEIRE
RICARDO	09/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Dr. Alencar	11/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Sidnei	11/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Dr. Rafael	12/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Elisabete	12/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Marcelo	13/04	02	Rol	ROSEMEIRE
Janderli	13/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Cláudia Pereira	14/04	01	Rol	ROSEMEIRE
Vanusa	17/04	01	Rol	ROSEMEIRE

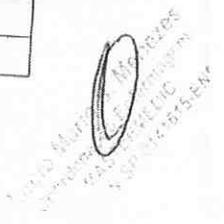
RELAÇÃO DE ENTREGA DE MÁSCARA N95

Orientações

1. O prazo de validade após aberta é de 15 dias
2. Após o uso deve ser guardada em saco plástico identificado com o nome do funcionário.
3. Guardar na caixa plastica que se encontra na sala de equipamentos ao termino do plantão.

Colaborador	Data	Nº CA	Assinatura	Entregue por
Paulo Henrique	03/04			
DR Carlos Margoli	15/04	01		Rosemary B. ...
Alberto	16/04	01	Enl. Wallace	José M. ...
Paulo	17/04	01	Enl. Rosemary	Rosemary Santos Elias COREN-SP 589.173-ENF CPF: 185.928.538-42
Opneil	18/04	01	Enl. Rosemary	
Luciene	19/04	01		
Luciene	7/04	01		Juana
Dr. Montoy	17/4/21	8357	Enl. Ed. ...	Enl. ...
Dr. Celso V.	17/4/21	8357	Enl. Ed. ...	Enl. ...
Dr. Welbert	17/4/21	8357	Enl. Ed. ...	Enl. ...
Rafael Rom	18/04/21		Rafael Rom	Rafael Rom
Guilherme	18/04	01		Rafael Rom
Dr. Alberto	18/04	01		Rafael Rom
D. Oswaldos	19/04	01		Rafael Rom
Manoel	19/04	01		Enl. Wallace
Manoel	19/04	01		Enl. Wallace
Guilherme	20/04		Manoel	Enl. ...
Dr. Divino	20/04			Rafael Rom
Manoel	21/04	01		Rafael Rom
Denise	21/04	01		
Alberto	23/04	01		
* 23/4/21 - 19:30	Assumi plantão			
for resaca	nada devolta			
26/4/21	Rafael			Enl. Edmundo
26/04/21	Paulo Henrique	01		Rafael
				Enl. Wallace

17/4/21 = plantão noturno. Enl. Edmundo.
 obs: Enl. Manoel passou plantão de 06 max. N95



RELAÇÃO DE ENTREGA DE MÁSCARA N95

Orientações

1. O prazo de validade após aberta é de 15 dias
2. Após o uso deve ser guardada em saco plástico identificado com o nome do funcionário.
3. Guardar na caixa plástica que se encontra na sala de equipamentos ao termino do plantão.

Colaborador	Data	Nº CA	Assinatura	Entregue por
Juane	27/04	01		Rosemeire Santos Elias COREN-SP-589.173-ENF CPF: 185.928.538-42
Adão Carlos	27/04	01		
Roberto	27/04	01		
Leio	28/04	01		
Paula	28/04	01		de fe
GILHERME	28/04	01		
GILHERME	28/04	01		
Rosemeire	29/04	01		
Lidiane	29/04	01		
Haroldo	29/04	01		
Daniela	30/04	835 F		
Haroldo Euf	30/04	-		
Gilherme	01/05	-		Rosemeire
Dr. Haroldo	02/05	-		Rosemeire
Dalva	03/05	-		Rosemeire
Kudhento	03/05	-		Rosemeire
03/05/21 - (2) Plantas paradas pelo enf. Rose e Jomil				
Emp. Haroldo				
Recebo 10 máscaras plantão ordinário 04/05				
raposo	04/05	-		raposo tom
Alia Lúcia	04/05	-		raposo tom
Haroldo	04/05	-		
Gilherme	04/05	-		
Dr. Haroldo	05/05	835 F		Emp. Col 221 + 39
Emp. Rose	05/05	11		Emp. Col 221 + 39
05/05/21 - Assunção plantas do enf. Haroldo e Jomil				
entregue 02 (+3)				

RELAÇÃO DE ENTREGA DE MÁSCARA N95

Orientações

1. O prazo de validade após aberta é de 15 dias
2. Após o uso deve ser guardada em saco plástico identificado com o nome do funcionário.
3. Guardar na caixa plastica que se encontra na sala de equipamentos ao termino do plantão.

Colaborador	Data	Nº CA	Assinatura	Entregue por
Fani	06/05			Rafaela
Daniel	06/05			Rafaela
Daniel	06/05			Rafaela
Alia	07/05			Rafaela
Thalita	07/05			Rafaela
Jandira	07/05			Rafaela
Anaíse	07/05	014		Rafaela
07/05/21 - Assinatura plantão por parte dos emp. novos do 10º andar - Ed				
07/05/21 Amarello		8357	Amarello	emp. Edineldo
08/05 DR Alberto			DR Alberto	Rosemeire Santos Elias
09/05 Ruchito	09/05	014	Ruchito	ROSEN-SP-589.178-ENF CPF: 185.928.538-42
Ricardo	08/05	014	Ricardo	
Daniela	08/05	01	Daniela	
Daniel	08/05	01	Daniel	
09/05/21 - Rec 50 plantão do emp. novos do 10º andar emp. Ed				
DR Adalberto	09/05/21	8357	Ed	emp. Edineldo
Emp. Edineldo	09/05/21	8357	Ed	emp. Edineldo
Rafaela	10/05			Rafaela
Edineldo	10/05	8357	Edineldo	
Doniele	10-05	8357	Doniele	Rafaela
Sidnei	10-05	8357	Sidnei	Rafaela
Daniel	10/05		Daniel	
DR ADIB	11/05			
HAROLDO	11/05			
Tatiane	11/05		Tatiane	
Amarello	11/05			
Dr Rafael	11			



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO
PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA/SP
Rua Padre Duarte, nº 151, 6º Andar – Jardim Nova América – CEP 14000-360 – Araraquara/SP
Telefone: (16) 3335-9949 – <http://www.prt15.mpt.mp.br>

INQUÉRITO CIVIL Nº 000169.2021.15.003/1 - 50

DENUNCIANTE: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO - PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARARAQUARA.

INQUIRIDA: MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA Nº /2021

Aos DOZE dias do mês de maio de dois mil e vinte e um (12/5/2021), a **MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.**, inscrita no CNPJ nº 25.970.524/0001-36, situada na Avenida Queiroz Filho, nº 1411, Sala 05 e 06, Bairro Vila Harmonia, CEP 14802-610, Araraquara/SP, neste ato representada pelo Sr. Paulo César Giagio, gerente administrativo, inscrito no CPF/MF sob nº 083.456.068-22, firma o presente **TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**, perante o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**, Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região – Procuradoria do Trabalho no Município de Araraquara/SP, representado pelo Procurador do Trabalho *in fine* assinado, nos autos do **INQUÉRITO CIVIL** acima referido, com fundamento no § 6º do artigo 5º da Lei nº 7.347, de 24/07/85 e artigo 784, item IV, do Código de Processo Civil e artigo 876 da Consolidação das Leis do Trabalho, sob as seguintes condições:

1. Compromete-se, imediatamente, a efetuar o registro contratual de seus trabalhadores no início da prestação dos serviços, anotando as CTPSs respectivas no prazo máximo legal, e a manter número de empregados compatível com as atividades que esteja prestando;
2. Compromete-se, imediatamente, a não exigir de seus empregados uma carga extraordinária superior a duas horas diárias, ressalvadas as exceções legais e observando as peculiaridades de sistemas alternativos admitidos em lei ou instrumentos normativos, além de remunerar devidamente as suplementares prestadas, com o adicional legal.

Fica ciente a pessoa jurídica de que o presente **TERMO DE COMPROMISSO** tem eficácia de título executivo extrajudicial, conforme dispositivos legais acima referidos, e que o seu descumprimento implicará multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), por trabalhador em situação irregular, reajustável até a data do efetivo pagamento e reversível ao FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador), nos termos dos artigos 5º, § 6º, e 13, da mencionada Lei nº 7.347/85.

Dr. Cássio Calvilani Dalla-Déa
PROCURADOR DO TRABALHO


Sr. Paulo César Giagio

MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.

Paulo César Giagio

Gerencia Adm.
MasterMed

De Acor
Marcio Cocchiari Bole
Diretor Executivo
CRA-SP 7502
11/05/21



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO
PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA/SP
Rua Padre Duarte, nº 151, 6º Andar – Jardim Nova América – CEP 14000-360 – Araraquara/SP
Telefone: (16) 3335-9949 – <http://www.prt15.mpt.gov.br>

INQUÉRITO CIVIL Nº 000169.2021.15.003/1 - 50

**DENUNCIANTE: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO -
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARARAQUARA.**

INQUIRIDA: MASTERMED EMERGENCIAS MEDICAS S EIRELI.

TERMO DE AUDIÊNCIA

Às 12h57min do dia dez do mês de maio de dois mil e vinte (10/5/2021), pela plataforma Microsoft Teams, com convite e acesso enviado aos participantes, compareceu, pela **MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS S EIRELI.**, o Sr. Paulo César Giagio, gerente administrativo, inscrito no CPF/MF sob nº 083.456.068-22, Sr. Marcio Cocchiere Botelho, diretor executivo, inscrito no CPF/MF sob nº 095.963.958-66. Preside a audiência o Exmo. Sr. Procurador do Trabalho Dr. **CÁSSIO CALVILANI DALLA-DÉA.**

Foram expostos os motivos da presente audiência, tendo os representantes presentes conhecimento prévio da documentação que compõe os presentes autos, provenientes do MPE, tanto que já foram apresentados considerações e documentos a respeito.

De qualquer forma, a Presidência do ato realizou uma explanação geral sobre o objeto do presente procedimento e os encaminhamentos possíveis, fazendo algumas considerações sobre as impressões iniciais referentes a quadro insuficiente de empregados.

Com a palavra, os representantes da inquirida informaram que, a partir do mês de janeiro do corrente ano, firmaram contrato com o Município de Araraquara, em razão da grande demanda decorrente da pandemia da COVID-19. A inquirida atualmente possui empregados em Araraquara, onde é centralizado todo o gerenciamento de pessoal, tendo atuação também nos Municípios de Boa Esperança do Sul, Ourinhos e Assis, tendo 9 (nove) viaturas na base de Araraquara e 12 (doze) no total.

Acrescentaram ainda que, em razão do contágio de coronavírus, de natureza leve, por alguns empregados, aumentou o número de contratados em "freelancer", o que também dificultou o trabalho realizado por trabalhadores contratados via CLT, que, em geral, laboram pelo sistema de 12 horas por 36 de descanso. Explicaram ainda que existem viaturas de reserva e para cobertura de serviços extraordinários, de modo que ordinariamente são utilizadas 6 (seis) simultâneas ou 3 (três), a depender do horário de maior demanda nos dias.

Nesse contexto, a Presidência do ato efetuou algumas considerações, inclusive quanto aos limites do objeto do presente IC, e, em seguida, houve a proposta e a aceitação de assinatura de termo de compromisso (inclusive considerando os atos que antecipadamente estão sendo tomados, com a contratação em curso de novos motoristas e técnicos), versando sobre situações futuras, sem que isso signifique

Marcio Cocchiere Botelho
Diretor Executivo
ARA-SP 70023
1/21



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO
PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA/SP
Rua Padre Duarte, nº 151, 6º Andar – Jardim Nova América – CEP 14000-360 – Araraquara/SP
Telefone: (16) 3335-9949 – <http://www.prt15.mpt.gov.br>

reconhecimento de qualquer irregularidade cometida. Restou definido que o MPT enviará o respectivo documento ora elaborado e aceito, que, deverá ser devolvido, com a assinatura física do representante respectivo, no prazo de 5 (cinco) dias corridos, ficando, no silêncio ou em caso de discordância, desvinculado o MPT a respeito do que ali consta.

Decorrido o prazo acima, efetue-se a conclusão dos autos, para análise e deliberações.

Encerrado o ato às 13h41min, eu, Gloriete Santos Scavichia, assessora jurídica, secretária do procedimento, gravei a audiência e lavrei o presente termo, lido e achado conforme por todos os presentes, sendo prescindível as suas assinaturas, ficando ainda registrado que, na sequência, haverá a inserção deste documento nos autos respectivos.

Dr. Cássio Calvilani Dalla-Déa
PROCURADOR DO TRABALHO

De acordo
11/05/11

Marcio Cocchiari Botelho
Diretor Executivo
CRA-SP 73023

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

I - DAS PARTES CONTRATANTES

MMED SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI, inscrita no CNPJ/MF sob nº 33.053.772/0001-40. Inscrição Estadual: ISENTO com sede na cidade de Araraquara, Estado de São Paulo, sito à Avenida: Queiroz Filho, nº 1411 – Salas: nº 07 e 08 - Bairro : Harmonia. CEP nº 14802-610, neste ato representado pelo seu representante legal, o Dr. RAFHAEL CARDOSO JORGE, brasileiro, médico, Diretor Presidente, portador do RG nº 32.497.602 – SSP/SP, CPF/MF nº 278.223.638-59 - abaixo assinado, doravante denominada simplesmente “**CONTRATANTE**” e de outro lado, **OXIMED TECNOLOGIA EM ESTERILIZAÇÃO EIRELI**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 74.347.980/0001-30 e Inscrição Estadual nº. 647.255.933.110, estabelecida na cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, à Rua Ulysses Jamil Cury, nº. 920 - Distrito Industrial Ulysses da Silveira Guimarães - CEP nº 15092-601, neste ato representada pela sua diretora sócia-proprietária Sra. Mara Flauzina Longo, brasileira, portadora do RG nº. 9.308.856 – SSP-SP e CPF/MF nº 002.598.198-67, residente e domiciliada na cidade de São José do Rio Preto- SP, à Rua Paulo Roque, nº 831 - Lote 14 - QD37, Residencial Quinta do Golfe, doravante denominada simplesmente “**CONTRATADA**”, tem entre si justo e contratado o presente acordo para prestação de serviço especificado, mediante a observância das condições e cláusulas seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA

I - DO OBJETO DO CONTRATO - SERVICOS A SEREM EXECUTADOS

- 1.1 - O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços de reprocessamento e esterilização a óxido de etileno de aparelhos médico-odonto-hospitalares em geral.
- 1.2 - Os serviços prestados contemplam as 3 (Três) empresas do grupo, instaladas no mesmo espaço físico, a saber:

I - **MMED SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 33.053.772/0001-40. Inscrição Estadual: ISENTO com sede na cidade de Araraquara, Estado de São Paulo, sito à Avenida: Queiroz Filho, nº 1411 – Salas: nº 07 e 08 - Bairro : Harmonia, CEP nº 14802-610;

II - **MASTERMED EMERGÊNCIAS MÉDICAS EIRELI – EPP**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 25.970.524/0001-36, Inscrição Estadual: ISENTO, com sede na cidade de Araraquara, estado de São Paulo, sito à Avenida: Queiroz Filho, nº 1411 – Salas: nº 05 e 06 – Bairro: Harmonia – CEP: 14802-610;

III - **MASTERMEDIC DE ARARAQUARASERVICOS MÉDICOS EIRELI**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 17.681.328/0001-13, Inscrição Estadual: ISENTO, com sede na cidade de Araraquara, estado de São Paulo, sito à Avenida: Queiroz Filho, nº 1411 – Bairro: Harmonia – CEP: 14802-610

1.3 - A embalagem (papel grau cirúrgico) utilizada conterá em seu corpo os indicadores próprios para o ETO impressos na própria embalagem ou utilizar-se-á Fita Adesiva Indox da 3M, que atestam o processo de esterilização, ficando a critério da **CONTRATADA** o emprego de um ou do outro método, aqui especificado.

1.4 - Os testes de Controle Microbiológicos e de Esterilidade (CERTIFICADO DE ANÁLISE) serão efetuados pela **CONTRATADA**, e seus resultados serão disponibilizados à **CONTRATANTE**, pelo portal internet da **CONTRATADA** (www.oximedrp.com.br).

CLÁUSULA SEGUNDA

II - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

2.1 - Recolher, na sede da Contratante o material a ser esterilizado;



2.2 - Entregar, na sede da Contratante o material esterilizado;

2.3 - Ter e manter condições técnicas e pessoal próprio, qualificado para a realização do serviço ora contratado;

2.4 - Realizar os testes de Controle de qualidade conforme legislação vigente. Disponibilizar à **CONTRATANTE** a Licença de Funcionamento e o Termo de Responsabilidade Técnica, mantendo-o atualizado a cada renovação.

2.5 - Reembolsar a **CONTRATANTE** em casos de perdas, danos ou extravios dos materiais cirúrgicos e hospitalares, devidamente comprovados como decorrentes do serviço de reprocessamento ora contratado, no valor de mercado do bem que foi perdido/ danificado/ extraviado;

2.6 - Em caso de devolução de material com embalagem violada, a **CONTRATADA** se compromete a esterilizar novamente o mesmo, sem qualquer custo adicional para a **CONTRATANTE**.

2.7 - Cumprir todos os requisitos legais aplicáveis ao reprocessamento e esterilização de produtos da saúde

CLÁUSULA TERCEIRA

III - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 - Preencher e assinar requisição de materiais enviados e devolvidos a serem esterilizados por óxido de etileno, especificando quais são os materiais e as quantidades dos mesmos;

3.2 - Realizar a pré-limpeza (limpeza e secagem) dos materiais a serem esterilizados à **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação.

3.3 - Disponibilizar à **CONTRATADA** a Licença de Funcionamento e o Termo de Responsabilidade Técnica, mantendo-a atualizada a cada renovação.

3.4 - Cumprir todos os requisitos legais aplicáveis ao reprocessamento e esterilização de produtos da saúde.

CLÁUSULA QUARTA

IV - DOS DIREITOS DA CONTRATADA

4.1 - Suspender o fornecimento do serviço de esterilização dos materiais da **CONTRATANTE**, caso dois (2) pagamentos da **CONTRATANTE** não sejam efetuados.

4.2 - Assumir a responsabilidade técnica do reprocessamento/ esterilização mediante a comprovação de envio dos materiais à Oximed via requisição de "Controle de Material Esterilizado (F-038A)" e apresentação da nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA

V - DOS DIREITOS DA CONTRATANTE

5.1 - Todos os dados brutos tais como, documentos (manuscritos, anotações, rascunhos, certificados, etc.), gerados como resultados do serviço ora contratado são de propriedade da **CONTRATANTE**.

5.2 - Quaisquer dados, documentos ou informações técnicas da **CONTRATANTE** recebida pela **CONTRATADA**, para possibilitar a realização do objeto desse contrato deverão ser tratadas pela **CONTRATADA** e seus prepostos como sigilosos e confidenciais.

CLÁUSULA SEXTA

VI - DOS PREÇOS, REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTOS:

6.1 - Os preços serão cobrados de acordo com o material esterilizado, obedecidos os preços de mercado e conforme tabela datada de 01º de Janeiro de 2020 em poder da **CONTRATANTE**. Nova tabela poderá ser aplicada pela **CONTRATADA** de acordo com os aumentos de custo operacional, provenientes de insumos incorporados aos produtos (gás esterilizante, papel grau cirúrgico, etc.) e da mão de obra. Poderão ainda as partes em caso de desequilíbrio econômico-financeiro do contrato pactuar por escrito outra tabela adequada à realidade do momento.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

6.2 - A **CONTRATADA** concederá à **CONTRATANTE** 17 (dezessete) dias, para pagamento da esterilização do material, após a emissão da nota fiscal, devendo a **CONTRATADA** receber os valores dos pagamentos através de Boleto Bancário, que lista e acompanha a(s) Nota(s) Fiscal(is), na data de seu vencimento.

6.3 - Fica estabelecido à **CONTRATANTE** o valor mensal mínimo de prestação de serviços e manutenção do contrato de R\$80,00.

6.4 - Fica estabelecido à **CONTRATANTE** um adicional de transporte de R\$40,00 quando a **CONTRATADA** realizar as coletas e entregas e o valor mensal a faturar for inferior a R\$120,00.

CLÁUSULA SÉTIMA

VII - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

7.1 - O presente contrato terá início em 13 de Abril de 2020, com a duração de doze (12) meses, a contar de sua assinatura, prorrogando-se automaticamente por períodos iguais e sucessivos.

7.2 - O presente instrumento poderá ser resiliado se a **CONTRATANTE** não enviar materiais à **CONTRATADA** por um período de três (3) meses, quando, então, a Vigilância Sanitária será informada.

7.3 - Em caso de modificação ou alteração de cláusulas, será necessária a anuência antecipada, por escrito, mediante termo aditivo a ser celebrado entre as partes, onde se estabelecerão novas condições, preços e prazos para o novo contrato.

7.4 - Havendo interesse pela descontinuidade, ou seja, a rescisão do presente contrato, a parte desistente, deverá notificar, por escrito, com comprovação de AR (Aviso de Recebimento), a outra parte, com antecedência mínima de trinta (30) dias.

CLÁUSULA OITAVA

VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 - Qualquer tolerância das partes não significará novação ou renúncia das disposições deste contrato.

8.2 - O presente contrato será considerado rescindido de pleno direito, se houver descumprimento, por quaisquer das partes, às cláusulas e condições aqui estipuladas, incorrendo, neste caso, a parte infratora em multa equivalente às três últimas faturas, com os valores dos serviços de acordo com a tabela de preços em poder da **CONTRATANTE**.

8.3 - Em caso de variação de fatores econômicos considerados por ambas as partes, de substancial desvalorização da moeda nacional, ou de acentuada aceleração dos índices inflacionários, que ocasione defasagem ou que onerem os valores tabelados, estes poderão ser revistos pelas partes, mediante negociação prévia, sempre por escrito.

CLÁUSULA NONA



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IX- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 - As partes se obrigam entre si a cumprir e respeitar este instrumento, em todos os seus termos, cláusulas e condições, sendo que qualquer divergência ou dúvida oriunda do presente contrato será tratada no Foro e Comarca de São José do Rio Preto, Estado São Paulo, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja, devendo as despesas de custas e honorários advocatícios serem pagas pela parte vencida.

Assim, estando as partes ajustadas e contratadas, firmam o presente contrato em duas (02) vias de igual teor e forma, na presença de duas (02) testemunhas, para que surtam seus legais e jurídicos efeitos.

São José do Rio Preto – SP, 13 de Abril de 2020.

DE ACORDO:

33.053.772/0001-40
MMED
SERVIÇOS MÉDICOS
EIRELI
AV. QUEIROZ FILHO, 1411 - SALA 07 E 08
VILA HARMONIA - CEP 14302-610
ARARAQUARA - SP

**MMED SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI
DR. RAPHAEL CARDOSO JORGE
CONTRATANTE**

**OXIMED TECNOLOGIA EM ESTERILIZAÇÃO EIRELI
MARA FLAUZINA LONGO
CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

Marcio Cocchieri Botelho
Diretor Executivo
ORA-SP-75023

Nome: **Marcio Cocchieri Botelho**
CPF: **095 963 958 66**

Carlos Henrique Petroni
Controladoria
MasterMed

Nome:
CPF: 071.796.958-40



Kinkas

LAUDO TÉCNICO DE LIMPEZA DE RESERVATÓRIO D'ÁGUA

JOAQUIMLEONARDO FILHO - ME, SITUADA RUA: BENEDITO MARTINS, N° 942 - JD. ESPERANÇA CEP- 14.825-000 - SANTA LÚCIA -SP INSCRITA NO CNPJ SOB O N°20.054.020/0001-52E INSCRIÇÃO MUNICIPAL N° 1455/2015 INSCRIÇÃO EST.N° 617.008.032.119, DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DO ESTADO DE SÃO PAULO SOB O N° 2042289 E LICENCIADA PELA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB N° REGISTRO 46900/0243/2015, CONFERE O PRESENTE CERTIFICADO DE GARANTIA DE SERVIÇO A:

Cliente:	MASTERMED EMERGÊNCIAS MÉDICAS EIRELI - EPP OS N° 00496/2021				
CNPJ/CPF:	25 970 524/0001-36				
END:	AV QUEIROZ FILHO	N°	1411	BAIRRO	VILA HARMONIA
CIDADE:	ARARAQUARA	CEP:	14802-610		
TEL:	(16) 3014-9111				

CERTIFICAMOS QUE NA DATA DE 15/04/2021 REALIZAMOS O SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DE RESERVATÓRIO DE ÁGUA CITADA NO ENDEREÇO A CIMA.

PRODUTO	PRINCIPIO ATIVO	CLASSE QUÍMICA	CLASSE TOXICOLÓGICA	ANTIDOTO TRATAMENTO	REGISTRO M.S
CORO ATIVO	HIPOCLORITO DE SÓDIO	HALOGENÍO			25351 480325/2013-70

COM GARANTIA VÁLIDA DE 06 MESES.

RESPONSÁVEL LEGAL (APLICADOR)

Joaquim Leonardo Filho - ME

20.054.020/0001-52
I.E.: 617.008.032.119

JOAQUIM LEONARDO FILHO - ME

RUA BENEDITO MARTINS, 942
JD. ESPERANÇA - CEP 14825-000
SANTA LÚCIA - SP

SANTA LÚCIA, 15 DE ABRIL DE 2021.

Nossa empresa só utiliza produtos registrados no Ministério da Saúde e Licenciados pela ANVISA. Possuímos registro com a Vigilância Sanitária, engenheiro registrado no CREA. Funcionários treinados e totalmente capacitados conforme exigências das normas NR 10 / NR 12 / NR 18 / NR 33 / NR 35, assim garantindo total satisfação e segurança para nossos clientes.

KINKAS sempre os melhores serviços respeitando o meio ambiente.

Kinkas

LAUDO TÉCNICO DE LIMPEZA DE RESERVATÓRIO D'ÁGUA

JOAQUIMLEONARDO FILHO – ME, SITUADA RUA: BENEDITO MARTINS, N° 942 – JD. ESPERANÇA CEP- 14.825-000 – SANTA LÚCIA -SP INSCRITA NO CNPJ SOB O N°20.054.020/0001-52E INSCRIÇÃO MUNICIPAL N° 1455/2015 INSCRIÇÃO EST.N° 617.008.032.119, DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DO ESTADO DE SÃO PAULO SOB O N° 2042289 E LICENCIADA PELA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB N° REGISTRO 46900/0243/2015, CONFERE O PRESENTE CERTIFICADO DE GARANTIA DE SERVIÇO A:

Cliente:	MASTERMED EMERGENCIAS MÉDICAS EIRELI - EPP OS N° 00497/2021				
CNPJ/CPF:	25.970 524/0001-36				
END:	AV LUIZ ALBERTO	N°	1660	BAIRRO	VILA HARMONIA
CIDADE:	ARARAQUARA	CEP:	14802-610		
TEL:	(16) 3014-9111				

CERTIFICAMOS QUE NA DATA DE 15/04/2021 REALIZAMOS O SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DE RESERVATÓRIO DE ÁGUA CITADA NO ENDEREÇO A CIMA.

PRODUTO	PRINCIPIO ATIVO	CLASSE QUÍMICA	CLASSE TOXICOLÓGICA	ANTIDOTO TRATAMENTO	REGISTRO M.S
CLORO ATIVO	HIPOCLORITO DE SÓDIO	HALOGENÍO			25351.460325/2013-70

COM GARANTIA VÁLIDA DE 06 MESES.



RESPONSÁVEL LEGAL (APLICADOR)

Joaquim Leonardo Filho – ME

20.054.020/0001-52
I.E.: 617.008.032.119

JOAQUIM LEONARDO FILHO - ME

RUA BENEDITO MARTINS, 942
JD. ESPERANÇA - CEP 14825-000
SANTA LÚCIA - SP

SANTA LÚCIA, 15 DE ABRIL DE 2021.

Nossa empresa só utiliza produtos registrados no Ministério da Saúde e Licenciados pela ANVISA. Possuímos registro com a Vigilância Sanitária, engenheiro registrado no CREA. Funcionários treinados e totalmente capacitados conforme exigências das normas NR 10 / NR 12 / NR 18 / NR 33 / NR 35, assim garantindo total satisfação e segurança para nossos clientes.

KINKAS sempre os melhores serviços respeitando o meio ambiente.

Kinkas

LAUDO TÉCNICO CONTROLE DE PRAGAS URBANAS.

JOAQUIM LEONARDO FILHO – ME, SITUADA À RUA BENEDITO MARTINS, Nº 942 – JD. ESPERANÇA, CEP- 14.825-000 – SANTA LÚCIA -SP INSCRITA NO CNPJ SOB O Nº 20.054.020/0001-52 E INSCRIÇÃO MUNICIPAL Nº 1455/2015, INSCRIÇÃO EST. Nº 617.008.032.119, DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DO ESTADO DE SÃO PAULO SOB O Nº 2042289 E LICENCIADA PELA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB Nº REGISTRO 46900/0243/2015, CONFERE O PRESENTE CERTIFICADO DE GARANTIA DE SERVIÇO A:

Cliente: MASTERMED EMERGÊNCIAS MÉDICAS EIRELI – EPP

O.S Nº 0497/2021

CNPJ/CPF: 25.970.524/0001-36

Endereço: AV: LUIZ ALBERTO Nº 1660 B. VILA HARMONIA CEP: 14802-410

Cidade: ARARAQUARA/ SP

Telefone: (16) 3014-9111

CERTIFICAMOS QUE NA DATA DE 15/04/2021 REALIZAMOS O SERVIÇO DE:

DEDETIZAÇÃO / DESRATIZAÇÃO

PRODUTO	PRINCIPIO ATIVO	CLASSE QUÍMICA	CLASSE TOXICOLÓGICA	ANTIDOTO TRATAMENTO	REGISTRO M.S
TRIESTE® SC	PIRIPROXIFEN ALFACIPERMETRINA FIPRONIL	PIRETRÓIDE / PIRAZOL ÉTER PIRIDILOXIPROPÍLICO	CLASSE IV	ANTI - HISTAMÍNICOS / TRATAMENTO SINTOMÁTICO	3.0425.0174.001-7
RODILON BLOCO EXTRUSADO	DIFETIALONA	BENZOTIOPIRANONAS	RATICIDA	VITAMINA K1 E Tratamento sintomático.	3.3222.0038
COLT PLUS GEL	FIPRONIL	NÃO TÓXICO	NÃO TÓXICO	NÃO HÁ ANTIDOTO ESPECÍFICO.	3.0425.0124.001-4

COM GARANTIA VÁLIDA DE 03 MESES.

OBSERVAÇÃO: A GARANTIA NÃO É VÁLIDA PARA ESPÉCIES DE CUPINS.

RESPONSÁVEL LEGAL (APLICADOR)

Joaquim Leonardo Filho – ME

SANTA LÚCIA, 15 DE ABRIL DE 2021.

20.054.020/0001-52
I.E.: 617.008.032.119

JOAQUIM LEONARDO FILHO - ME

RUA BENEDITO MARTINS, 942
JD. ESPERANÇA - CEP 14825-000
SANTA LÚCIA - SP

Nossa empresa só utiliza produtos registrados no Ministério da Saúde e licenciados pela ANVISA. Possuímos registro com a Vigilância Sanitária, engenheiro registrado no CREA. Funcionários treinados e totalmente capacitados conforme exigências das normas NR 10 / NR 12 / NR 18 / NR 33 / NR 35, assim garantindo total satisfação e segurança para nossos clientes.

KINKAS sempre os melhores serviços respeitando o meio ambiente.

Kinkas

DEDETIZAÇÃO E DESRATIZAMENTO

LAUDO TÉCNICO CONTROLE DE PRAGAS URBANAS.

JOAQUIM LEONARDO FILHO – ME, SITUADA À RUA BENEDITO MARTINS, N° 942 – JD. ESPERANÇA, CEP- 14.825-000 – SANTA LÚCIA -SP INSCRITA NO CNPJ SOB O N°20.054.020/0001-52 E INSCRIÇÃO MUNICIPAL N° 1455/2015, INSCRIÇÃO EST.N°617.008.032.119, DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DO ESTADO DE SÃO PAULO SOB O N° 2042289 E LICENCIADA PELA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB N° REGISTRO 46900/0243/2015, CONFERE O PRESENTE CERTIFICADO DE GARANTIA DE SERVIÇO A:

Cliente: MASTERMED EMERGÊNCIAS MÉDICAS EIRELI – EPP

O.S N° 00496/2021

CNPJ/CPF: 25.970.524/0001-36

Endereço: AV. QUEIROZ FILHO N° 1411 B. VILA HARMONIA CEP: 14802-610

Cidade: ARARAQUARA/ SP

Telefone: (16) 3014-9111

CERTIFICAMOS QUE NA DATA DE 15/04/2021 REALIZAMOS O SERVIÇO DE:

DEDETIZAÇÃO / DESRATIZAÇÃO

PRODUTO	PRINCIPIO ATIVO	CLASSE QUÍMICA	CLASSE TOXICOLÓGICA	ANTIDOTO TRATAMENTO	REGISTRO M.S
COLT PLUS GEL	FIPRONIL	NÃO TOXICO	NÃO TÓXICO	NÃO HÁ ANTÍDOTO ESPECÍFICO.	3.0425.0124.001-4
RODILON BLOCO EXTRUSADO	DIFETIALONA	BENZOTIOPIRANONAS	RATICIDA	VITAMINA K1 E Tratamento sintomático.	3.3222.0038

COM GARANTIA VÁLIDA DE 03 MESES.

OBSERVAÇÃO: A GARANTIA NÃO É VÁLIDA PARA ESPÉCIES DE CUPINS.

RESPONSÁVEL LEGAL (APLICADOR)

Joaquim Leonardo Filho – ME

SANTA LÚCIA, 15 DE ABRIL DE 2021.

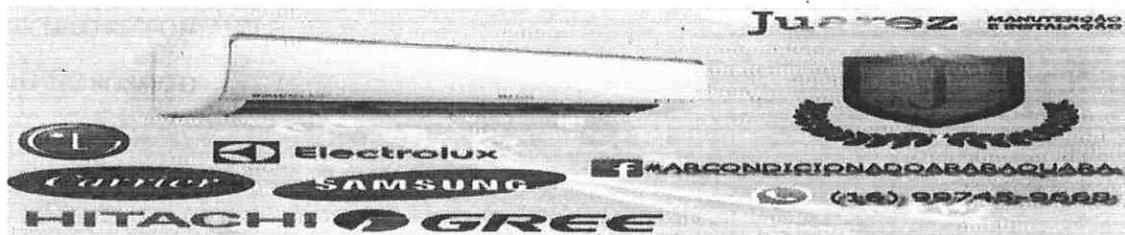
20.054.020/0001-52
I.E.: 617.008.032.119

JOAQUIM LEONARDO FILHO - ME

RUA BENEDITO MARTINS, 942
JD. ESPERANÇA - CEP 14825-000
SANTA LÚCIA - SP

Nossa empresa só utiliza produtos registrados no Ministério da Saúde e Licenciados pela ANVISA. Possuímos registro com a Vigilância Sanitária, engenheiro registrado no CREA. Funcionários treinados e totalmente capacitados conforme exigências das normas NR 10 / NR 12 / NR 18 / NR 33 / NR 35, assim garantindo total satisfação e segurança para nossos clientes.

KINKAS sempre os melhores serviços respeitando o meio ambiente.



Araraquara, 20 de abril 2021

MASTERMED EMERGÊNCIAS MÉDICAS EIRELI – EPP

CNPJ 25.970.524/0001-36 Inscrição Municipal 1346541

QUEIROZ FILHO, 1411 - VILA HARMONIA CEP: 14802-610

Araraquara-SP

LAUDO DE HIGIENIZAÇÃO.

Descrição:

Laudo técnico referente a higienização realizado (20/04/2021), nos seguintes aparelhos

- 2 Maquinas inverter Electrolux 9 mil btus
- 1 Maquina de 18 mil btus Electrolux inverter
- 2 Maquinas Electrolux 9 mil btus
- 1 Maquina Springer mideia de 7.500 btus
- 2 Maquinas Komeco 9 mil btu
- 1 Electrolux inverter 18 mil btus
- 1 Consul inverter 18 mil btus
- 1 Komeco 18 mil btus

DESCRIÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO INDIVIDUAL :

MATERIAL	QUANTIDADE
Bactericida LYSOFIRM	500ml
Sabão Líquido	500ml
Solvente desengordurante	1 litro

ESTADO ATUAL DOS APARELHOS E GARANTIA:

Os seguintes aparelhos descritos acima se encontram em perfeito funcionamento e completamente higienizados.

Com garantia de higienização até Outubro de 2021

Fica recomendada a próxima higienização após o vencimento da citado acima.

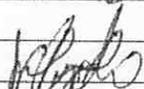
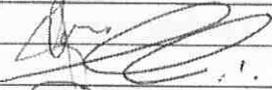
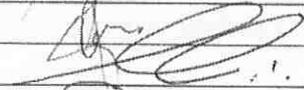
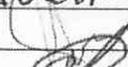
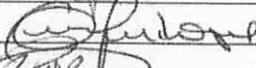
AR CONDICIONADO ARARAQUARA

CNPJ: 29.718.274/0001-00

CNAE:3314707/00

MasterMed

Sem limites pra cuidar

Marcelo Escarelli	13/05/21	
Mateus Alves Rocha	14/05/21	Mateus Rocha
Paulo Roberto Moura		
Rafael Chiavegatto	14/05/21	
Rafaela Pons Camargo	09/05/21	Rafaela Pons Camargo
Ricardo Teixeira Secanechia	03/05/21	Ricardo Secanechia
Rosangela		
Rudiberto Fuentes	13/05/21	
Vladimir Sarandi	10/05/21	
Wallace Vinicius Souza Ilario	16/05/21	
Willian Andre da Silva	14/05/21	
Celia R. Testai	03/05/21	Celia Testai
Paulo Henrique Luiz	03/05/21	Paulo Henrique Luiz
Walter Silva	13/05/21	
Juliano Mano Santo	14/05	
Guilherme Oliveira	14/05	
Edmundo Sebes	14/05	
Rosangela S. Santos	14/05/21	

MasterMed

Sem limites pra cuidar

Araraquara, 03 de maio de 2021.

POP Descritivo de Cargos e Funções *C Atividades Outras mais*

Com o intuito de alinharmos as informações, todos devem e darem ciência do conhecimento do procedimento de Descrição de Cargos e Funções.

Oriento a todos a se atualizem dos demais procedimentos implantados na Mastermed acessando o computador da sala de orientação dos enfermeiros, acessar:

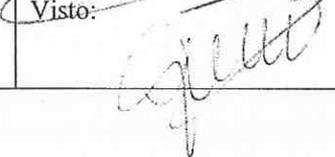
Área de trabalho >>>procedimentos.

Colaborador	Data	Assinatura
Abel Dias	18/05/21	
Adriana Aparecida Oliveira	04/05/2021	Adriana Oliveira
Alberto Almeida	03/05/21	
Alexsandro Do Prado	04/05/21	Alexsandro
Amarildo Santos	05/05/21	Amarildo
Andre Ezequiel Mauricio	13/05/21	Andre Ezequiel
Andre Ribeiro Roque	03/05/21	
Antonio Fernando Caires	13/05/21	
Celia Regina Vicente	13/05/21	Celia Regina
Cesar Eduardo dos Santos	14/05/21	
Edinaldo Socorro Bonanome	05/05/21	Edinaldo Socorro
Edineide Rodrigues da Silva	06/05/21	Edineide Rodrigues
Francisco Ferreira Filho		Francisco Ferreira
Giovani Malgoli	15/05/21	Giovani Malgoli
Haroldo Barbosa	04/05/21	Haroldo
Jair Rodrigues de Lima Junior	04/05/21	Jair Rodrigues
Jose Guilherme Frajacomio	15/05/21	Jose Guilherme
Jose Manoel Batista Campos	03/05/2021	Jose Manoel
Magner Garcez	03/05/21	Magner Garcez

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁG: 1 de 6
		REVISÃO: 00	DATA: 13/05/21
Limpeza de ambientes			

ÍNDICE

OBJETIVO	2
DISPOSIÇÕES GERAIS	2
Abrangência	2
Responsabilidades	2
Diretrizes	3
PROCEDIMENTO:	3
Anexos	6
Anexo I – Ficha de limpeza	6

Elaboração: Paulo Giagio Gerente Operacional	Visto: 	Data: 17/05/21
Validação: Marcio Cocchieri Botelho Diretor Executivo	Visto: 	Data: 17/05/21
Aprovação: Raphael Cardoso Jorge Diretor Presidente	Visto: 	Data: 18/05/21

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁG: 2 de 6
		REVISÃO: 00	DATA: 13/05/21
Limpeza de ambientes			

OBJETIVO

Garantir a correta assepsia das dependências da sede da empresa evitando com isso a proliferação de vírus e sujidade dos ambientes internos e externos da empresa.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Abrangência

Este procedimento abrange a área administrativa e operacional da MasterMed.

Responsabilidades

A todos os profissionais da empresa:

- Verificar diariamente as condições de limpeza da empresa e informar a seu superior qualquer irregularidade encontrada
- Efetuar assepsia de todos os materiais e mobiliário de que faz uso conforme regras desse procedimento
- Efetuar a assepsia dos colchoes e/ou poltronas após sua utilização

Ao encarregado de limpeza:

- Efetuar a limpeza de todos os ambientes conforme descrito nesse procedimento

Ao gerente administrativo:

- Garantir que todos os procedimentos de limpeza a que se refere esse procedimento estejam adequadas as normas e regras dos órgãos competentes.
- Garantir condições técnicas (estrutura e material) para a correta limpeza de todo o ambiente.
- Garantir condições para higiene das mãos (com água e sabonete líquido ou álcool gel 70%).
- Orientação a todos os profissionais que seja mantida a distância mínima de 1,5 metro entre as pessoas, em especial área de vivência, alimentação e entre os postos de trabalho
- Garantir a possibilidade de se manter o ambiente ventilado (janelas abertas ou com exaustão, ou quando necessário, o uso de ar-condicionado em condições adequadas higienizado e limpo.
- Garantir a disponibilidade de todos os EPI's necessários aos profissionais envolvidos (máscaras de proteção, luvas, etc).
- Garantir o cumprimento desse procedimento por todos os envolvidos
- Recolher e avaliar mensalmente as fichas de Controle de Higienização e Limpeza dos ambientes
- O ciclo de vida desse procedimento.

Ao gerente de área (Administrativo / controladoria / operação):

- Avaliar as fichas de limpeza referente a suas áreas.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁG: 3 de 6
		REVISÃO: 00	DATA: 13/05/21
Limpeza de ambientes			

Diretrizes

Esse procedimento segue as diretrizes definidas na “NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020”, assim como nas boas práticas de limpeza.

- Toda limpeza de móveis deverá ser efetuada com um pano limpo, embebido em solução de álcool 70% sempre em sentido único.
- A limpeza do chão deverá ser realizada com desinfetante sendo diluído na proporção de 20 ml para 1 litro de água, e, nas áreas onde o piso seja Taco, utilizar querosene.
- A limpeza da área de alimentação é realizada com solução de hipoclorito de sódio à 1%, DILUIÇÃO - 100 ml hipoclorito a 1% +1000 ml de água CONCENTRAÇÃO FINAL. (Fonte: G. Kampf, et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Journal of Hospital Infection, Jan20).
- A limpeza dos banheiros deverá ser realizada diariamente.
Os produtos utilizados para a limpeza dos banheiros são, multiuso, desinfetante, sendo diluído na proporção de 20 ml para 1 litro de água e hipoclorito de sódio à 1% - 100 ml hipoclorito a 1% + 1 litro de água, CONCENTRAÇÃO FINAL
- A limpeza das áreas externas (corredores, garagem) deverá ser efetuada com água corrente, sabão e/ou detergente se necessário
- A limpeza dos colchões e camas deverá ser efetuada com pano ou papel toalha, embebido em solução de álcool 70%
- A limpeza dos sofás deverá ser efetuada com pano ou papel toalha, embebido em solução de álcool 70%
- A limpeza das demais áreas (paredes, cozinha, lavanderia e etc) deverá ser feita com água corrente, detergente e/ou sabão, bucha dupla face, vassoura, rodo e pano alvejado.

PROCEDIMENTO:

Limpeza da área administrativa, Call Center e Farmácia

- Para as mesas, cadeiras e telefone:
 - Cada profissional deverá, no início de suas atividades efetuar a limpeza de todo o mobiliário a que faz uso, e para tanto deverá utilizar uma flanela limpa ou “perflex”, embebido em álcool 70%
 - Caso haja sobre a mesa qualquer outro objeto de uso pessoal, o mesmo também deverá ser limpo com pano e solução de álcool a 70%.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁG: 4 de 6
		REVISÃO: 00	DATA: 13/05/21
Limpeza de ambientes			

- Para computadores
 - Cada profissional deverá no início de suas atividades, limpar o monitor, teclado, mouse e CPU com pano seco.

Limpeza do refeitório:

- Os materiais a serem utilizados para limpeza são:- 1 Balde de 7 Litros, Rodo, Vassoura de Nylon e pano alvejado.
- EPI's – Luva de proteção (Latex), máscara N95, bota de borracha.
- Ao início de cada turno deverá ser efetuada a limpeza das mesas e cadeiras, cuja função é a de remover tanto sujeiras hidrossolúveis quanto aquelas não solúveis em água. Utiliza se 100 ml hipoclorito a 1% para 1000 ml (1 litro) de água
CONCENTRAÇÃO FINAL.
 - **OBSERVAÇÃO:-** para desinfecção de superfícies deverá manter a solução em contato por 1 minuto. (Fonte: G. Kampf, et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Journal of Hospital Infection, Jan20).
- Uma vez ao dia deverá ser efetuada a limpeza do chão.

Limpeza da área de repouso:

- Ao início de cada turno deverá ser efetuada a limpeza das camas e colchões, utilizando se toalha de papel ou perflex embebido em solução de álcool à 70%.
- Uma vez ao dia deverá ser efetuada a limpeza do chão.
- Os colchoes e poltronas, deverão ser higienizados após cada utilização, pelo usuário/colaborador, utilizando se toalha de papel ou perflex embebido em solução de álcool à 70%.

Limpeza dos banheiros:

- Os materiais a serem utilizados para limpeza são:- 1 Balde de 7 Litros, Rodo, Vassoura de Nylon e pano alvejado.
- EPI's – Luva de proteção (Latex), máscara N95, bota de borracha.
- Os banheiros deverão ser limpos e higienizados duas vezes ao dia, iniciando se pela pia, o vaso sanitário e por último o piso e ralos (não se esquecer de limpar o porta papel toalha, o porta papel higiênico, o espelho, a válvula de descarga)
 Os produtos utilizados para a limpeza dos banheiros são, multiuso, desinfetante, sendo diluído na proporção de 20 ml para 1 litro de água e hipoclorito de sódio à 1% - 100 ml hipoclorito a 1% +900 ml de água **CONCENTRAÇÃO FINAL**
- Reposição dos produtos de higiene, papel higiênico, papel toalha, sabonete líquido e outros quando necessário
- Após a limpeza dos banheiros a responsável pela limpeza deverá anotar a execução da atividade na ficha de limpeza – anexo I
- Diariamente os gerentes de área, ou colaborador designado pelo gerente, deverão validar as fichas e limpeza
- Mensalmente o gerente administrativo deverá recolher as fichas de limpeza para avaliação das atividades tomar providencias sempre que houver qualquer intercorrência.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁG: 5 de 6
		REVISÃO: 00	DATA: 13/05/21
Limpeza de ambientes			

Limpeza de áreas externas

- com periodicidade de 3 vezes na semana, sendo 1 vez utilizada lavadora de alta pressão (WAP).

Os materiais a serem utilizados para limpeza são:- Vassoura de Nylon, rodo e pano alvejado.

EPI's – Luva de proteção (Latex), máscara N95, bota de borracha.

J.

[Handwritten signature]

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁG: 6 de 6
		REVISÃO: 00	DATA: 13/05/21
Limpeza de ambientes			

Anexos

Anexo I – Ficha de limpeza

Ficha de Limpeza



Local: _____

Mês: _____

Data	Manhã		Tarde	
	Horario	Responsável	Horario	Responsável
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Assinatura do Responsável da Área

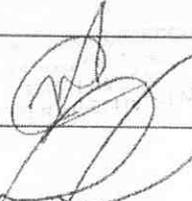
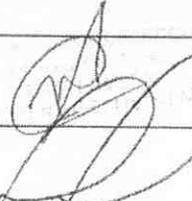
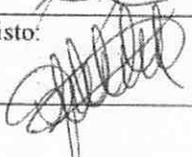
Assinatura Gte. Administrativo



	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.010	PÁG: 1 de 5
		REVISÃO: 01	DATA: 01/10/2020
LIMPEZA DAS AMBULÂNCIAS			

ÍNDICE

OBJETIVO	2
DISPOSIÇÕES GERAIS	2
Abrangência.	2
Responsabilidades	2
DIRETRIZES	2
PROCEDIMENTO:	3
PROCEDIMENTO DE LIMPEZA DA AMBULÂNCIA A CADA REMOÇÃO.	3
PROCEDIMENTO DE LIMPEZA TERMINAL SEMANAL PROGRAMADA DE AMBULÂNCIA OU QUANDO SE FIZER NECESSÁRIO DEVIDO PRESENÇA DE MATÉRIA ORGÂNICA	4
ANEXO I – Registro de Higienização das ambulâncias	5

Elaboração: Lucio Mario Santana Menezes Gerente Operacional	Visto: 	Data: 01/10/20
Validação: Marcio Cocchieri Botelho Diretor Executivo	Visto: 	Data: 02/10/20
Aprovação: Dr. Raphael Cardoso Jorge Diretor Presidente	Visto: 	Data: 17/10/20

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.010	PÁG: 2 de 5
		REVISÃO: 01	DATA: 01/10/2020
LIMPEZA DAS AMBULÂNCIAS			

OBJETIVO

Garantir a correta higienização das ambulâncias após cada remoção realizada, propiciando aos nossos clientes, um ambiente seguro minimizando os riscos de contaminações.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Abrangência

Este procedimento se destina a higienização terminal e concorrente das ambulâncias da Mastermed.

Responsabilidades

Aos técnicos de enfermagem e enfermeiro compete:

- Garantir sua segurança durante a realização desse procedimento com uso de todos os EPIs necessários (mascaras, luvas, óculos, aventais, touca).
- Higienização do salão das ambulâncias assim como todos os materiais e equipamentos em seu interior.
- Garantir o correto preenchimento do formulário de registro da higienização da ambulância. (anexo I)

Aos motoristas compete:

- Garantir sua segurança durante a realização desse procedimento com uso de todos os EPIs necessários (mascaras, luvas, óculos, aventais, touca)
- Higienização da cabine e parte externa das ambulâncias
- Auxiliar a enfermagem na higienização da ambulância.

A supervisora de enfermagem compete:

- Garantir o fornecimento de insumos necessários para realização desse procedimento.
- Supervisionar a equipe de enfermagem do correto preenchimento do formulário de registro de higienização diariamente.

A gerência operacional compete:

- Garantir o cumprimento do procedimento
- O ciclo de vida desse procedimento

DIRETRIZES

Para limpeza de bancadas, armários, macas e equipamentos será utilizado o produto DMQ que é um limpador desinfetante à base de Quaternário de Amônio de 5ª geração e Biguanida Polimérica.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.010	PÁG: 3 de 5
		REVISÃO: 01	DATA: 01/10/2020
LIMPEZA DAS AMBULÂNCIAS			

Para limpeza do piso será utilizado o produto flotador.
Para higienização das mãos será utilizado álcool gel.

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO DE LIMPEZA DA AMBULÂNCIA A CADA REMOÇÃO.

1. Manter sempre a disposição dentro das ambulâncias os materiais e produtos necessários para executar a limpeza como borrifadores com desinfetante DMQ, panos de limpeza do tipo perflex, flotador, álcool gel.
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada como luvas, mascarás, óculos.
3. Higienizar as mãos com álcool gel
4. Use pano diferenciado para limpeza de mobiliários, parede, equipamentos e piso.
5. Realizar a higienização com movimentos em sentido unilateral, não realizar movimento circulares.
6. Despreze o lençol descartável da maca
7. Se remoção USA higienizar cada equipamento que estiver no interior da ambulância com desinfetante DMQ com a atenção de **não borrifar o produto diretamente no equipamento** e sim umidificar o pano e passar em sentido unilateral não realizando movimentos circulares.
8. Manter todas as bolsas do interior da ambulância em embalagens plasticas transparentes higienizando-as externamente borrifando o desinfetante DMQ com movimentos em sentido unilateral, não realizar movimento circulares.
9. Realizar o registro no impresso "Registro de Higienização das ambulâncias"
10. Em caso de presença de matéria orgânica na ambulância ao final da remoção:
 - 10.1. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza (pano do tipo perflex®, desinfetante DMQ)
 - 10.2. Lavar as mãos antes iniciar o trabalho de manipulação, de materiais infecciosos, mesmo que tenha utilizado luvas de proteção;
 - 10.3. Usar EPI apropriado para tarefa a executada (Luvas, Máscara, óculos);
 - 10.4. Use pano exclusivo para esse fim
 - 10.5. Realizar a higienização com movimentos em sentido unilateral, não realizar movimento circulares.
 - 10.6. Remover o excesso de matéria orgânica visível com pano do tipo perflex® e despreze no saco de lixo branco leitoso
 - 10.7. Aplicar o desinfetante DMQ por toda a superfície de bancadas, armários, estofados, paredes do interior do salão da ambulância e equipamentos, deixar agir por 15 minutos para diminuir a carga microbiana;
 - 10.8. Remover o desinfetante com perflex®
 - 10.9. Desprezar os perflex®, luvas e demais materiais contaminados em saco branco e descartar no lixo de materiais contaminados na base
 - 10.10. Lavar as mãos após o procedimento.
 - 10.11. Realizar anotação no impresso de higienização das ambulâncias.
11. – Caso se faça necessário realizar higienização da maca ao final da remoção devido presença de matéria orgânica:
 - 11.1. Retire a maca da viatura, faça a limpeza da maca com pano de limpeza embebido em solução de água e sabão.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.010	PÁG: 4 de 5
		REVISÃO: 01	DATA: 01/10/2020
LIMPEZA DAS AMBULÂNCIAS			

- 11.2. Enxágue com um pano embebido em água limpa
- 11.3. Faça a desinfecção com um pano com desinfetante DMQ
- 11.4. Limpe o colchonete limpeza com pano embebido em solução de água e sabão e faça a desinfecção com um pano com desinfetante DMQ.
- 11.5. Forre a maca com lençol descartável e coloque-a na viatura.

PROCEDIMENTO DE LIMPEZA TERMINAL SEMANAL PROGRAMADA DE AMBULÂNCIA OU QUANDO SE FIZER NECESSÁRIO DEVIDO PRESENÇA DE MATÉRIA ORGÂNICA

1. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza como baldes, pano, água e desinfetante DMQ.
2. Use pano diferenciado para limpeza dos mobiliários, parede, piso e equipamentos,
3. Use EPI apropriado para a tarefa a ser executado
4. Realizar a limpeza iniciando pelos equipamentos mobiliários, colchonete e maca.
5. Após a limpeza da maca e do colchonete retirá-los da AMBULÂNCIA,
6. Limpe na sequência: teto, parede, janelas, armários e piso.
7. Enxágue e seque com pano limpo.
8. Passe um pano com desinfetante DMQ deixando agir por 15 minutos para diminuir a carga microbiana/viral.
9. Remova o DMQ com movimentos em sentido unilateral, não realizar movimento circulares.
10. Recolocar todos os materiais e equipamentos na AMBULÂNCIA.
11. Lavar as mãos antes iniciar o trabalho de manipulação.
12. Realizar de registro no impresso da ambulância destinado a esse fim.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 1 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

ÍNDICE

Formatado: Fonte: Não Negrito

Sumário

OBJETIVO 52

DISPOSIÇÕES GERAIS 52

 Abrangência 52

 Responsabilidades 52

DIRETRIZES 7

Procedimentos 29

 Definições 1511

Anexos 1613

 Planilha de serviços 1613

 Check List de Viaturas 2214

Erro! A referência de hiperlink não é válida. **OBJETIVO** Erro! Indicador não definido. 2

Erro! A referência de hiperlink não é válida. **DISPOSIÇÕES GERAIS** Erro! Indicador não definido. 2

Erro! A referência de hiperlink não é válida. Abrangência Erro! Indicador não definido. 2

Erro! A referência de hiperlink não é válida. Responsabilidades Erro! Indicador não definido. 2

Erro! A referência de hiperlink não é válida. **DIRETRIZES** Erro! Indicador não definido. 7

Erro! A referência de hiperlink não é válida. **Definições** Erro! Indicador não definido. 11

Erro! A referência de hiperlink não é válida. Código Q Erro! Indicador não definido. 11

Erro! A referência de hiperlink não é válida. O Código Q é uma lista padronizada internacionalmente com o objetivo de tornar a comunicação mais rápida e assertiva Erro! Indicador não definido. 11

OBJETIVO 2

DISPOSIÇÕES GERAIS 2

 Abrangência 2

 Responsabilidade 2

DIRETRIZES 8

PROCEDIMENTOS 10

Formatado: Fonte: Não Negrito

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 2 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

DEFINIÇÕES _____ 12

Codigo Q _____ 12

Formatado: Fonte: Não Negrito

ÍNDICE

I OBJETIVO _____ 42

II DISPOSIÇÕES GERAIS _____ 52

1 Abrangência _____ 52

2 Responsabilidades _____ 52

3 Definições _____ 4

4 Descrição das atividades _____ 5

III DIRETRIZES _____ 5

3.1 _____ 7

IV ANEXOS PROCEDIMENTOS _____ 138

4.1 – Conferências de emergência _____

4.2 – Rotinas de check-list _____

4.3 – Manual de deposição de materiais _____

Planilha de serviço

Checklist TR

Formatado: Sumário 1

Formatado: Sumário 1, À esquerda, Tabulações: 14,98 cm, Direita

Formatado: Sumário 1

Formatado: Fonte: (Padrão) Times New Roman, 12 pt, Negrito, Verificar ortografia e gramática

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 3 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

<u>Elaboração:</u> <u>Lucio Mario Santana Menezes</u> Gerente Operacional	Visto:	Data:
<u>Validação:</u> <u>Marcio Cocchieri Botelho</u> Diretor Executivo	Visto:	Data:
<u>Aprovação:</u> <u>Dr. Raphael Cardoso Jorge</u> Diretor Presidente	Visto:	Data:

CÓPIA NÃO CONTROLADA



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023
REVISÃO:010

PÁG:
4 de 26
DATA:
136/057/202149

DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES

I

Formatado: Normal, Espaço Depois de: 8 pt,
Espaçamento entre linhas: Múltiplos 1,08 lin.

Formatado: Normal

**CÓPIA NÃO
CONTROLADA**

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 5 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 13/05/2021
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

OBJETIVO

Garantir o atendimento a todos os clientes / pacientes dentro das normas técnicas, visando à humanização e qualidade na assistência prestada, padronizando e minimizando a ocorrência de desvios na execução das atividades.

Formatado: Justificado

H-DISPOSIÇÕES GERAIS

1-Abrangência

Este procedimento abrange toda a equipe do operacional da Mastermed, enfermeiros, técnicos de enfermagem, socorristas, encarregado manutenção automotiva, supervisão enfermagem, farmacêutica e funcionários das Bases Operacionais instaladas em outras cidades e ou estados, bem como enfermagem de caráter free/eventual planee.

Formatado: Justificado

Formatado: Justificado

H-PROCEDIMENTO

2-Responsabilidades

Ao socorrista compete:

- Cumprir a escala mensal de serviço
- Registrar o ponto na entrada e saída do plantão, assim como o intervalo para refeição
- Realizar check-list minucioso e detalhado da ambulância que irá trabalhar no início e término de cada plantão e ao verificar algum dano no veículo, informar imediatamente ao socorrista que trabalhou com o veículo e ao responsável pela manutenção, ficando sob responsabilidade do socorrista qualquer dano apresentado no veículo durante o seu horário de trabalho.
- Realizar o check-list conforme definido nesse procedimento de forma a garantir que não haja nenhuma não conformidade para o plantão e caso haja qualquer problema informar imediatamente ao superior, antes de iniciar as rotinas ou atendimentos (através de anotações formais no check-list).
- É de responsabilidade do socorrista informar ao superior sobre todos os danos causados ao veículo por ~~ser~~ indevido, exceto acidentes ocorridos durante o atendimento de urgência/emergência
- Ao abastecer o veículo realizar a calibragem dos pneus + step
- Sendo verificada alguma lâmpada queimada no veículo, fica sob responsabilidade do socorrista o plantão diurno em informar ao responsável pela manutenção
- e levar o veículo até a auto-elétrica autorizada
- Realizar passagem de plantão no veículo, utilizando para isso o check-list, para desativar danos acometidos no plantão anterior
- Preencher as planilhas de serviço a cada ocorrência
- Realizar limpeza e desinfecção interna e externa das Unidades Móveis ao final do plantão e se houver transporte de pacientes com isolamento (Observação: Limpeza concorrente após o término do plantão ou o; Limpeza-terminal 1x na semana)

Formatado: Título 2

Formatado: Justificado

Formatado: Tachado

Formatado: Tachado

Formatado: Tachado

Formatado: Tachado

Formatado: Tachado

Formatado: Fonte: (Padrão) Arial, 10 pt



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023
REVISÃO:010

PÁG:
6 de 26
DATA:
136/057/202149

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES

- Após a realização do check-list, caso houver algum problema com a VTR o socorrista deverá informar o enfermeiro do plantão, baixar a viatura para encaminhar para manutenção
- Manter boa aparência pessoal e profissional (cabelo curto, barba feita, roupa adequada, sem uso de adornos, conforme preconizado pela a NRRN 32 do ministério do trabalho etc)
- Aguardar a chegada do socorrista do turno seguinte, e informar ao superior sobre qualquer eventual atraso, caso o socorrista se ausente antes da passagem de plantão poderá ser enquadrado como abandono de plantão.

Formatado: Fonte: (Padrão) Times New Roman, 12 pt

- ~~mesmo for embora antes poderá acarretar em abandono de plantão.~~
- Caso seja evidenciada qualquer não conformidade nas viaturas o socorrista deverá avisar imediatamente o superior e não deverá utilizar a viatura com problemas, avisar o enfermeiro de plantão que deverá se reportar a supervisor de enfermagem e gerência.

Formatado: Tachado

Formatado: Normal, Sem marcadores ou numeração

Formatado: Tachado

- Para viagens eletivas e eventos funcionários e free lances deverão chegar na base com aproximadamente 30 min antes do evento conforme orientação passada pela coordenação da enfermagem, exceto eventos em outro município.

Formatado: Normal, Espaço Depois de: 10 pt, Espaçamento entre linhas: Múltiplos 1,15 lin.

Ao encarregado de manutenção automotiva responsável de frota compete:

- Controlar que todas as ambulâncias em operação da Mastermed estejam em perfeitas condições de uso, garantindo segurança e qualidade nos atendimentos.
- Manter todas as manutenções preventivas e corretiva em dia
- Manter histórico atualizado de manutenção de cada ambulância
- Enviar relatório mensal das manutenções realizadas em cada ambulância ao gerente operacional.
- Acompanhar as manutenções, avaliar os serviços executados e aprovar ou não todas as ordens de serviços referentes a manutenção das viaturas
- Fazer visitas periódicas, conforme datas e prazos definidos pelo gerente de operações nas bases de Assis e Ourinhos para juntamente com o motorista do plantão fazer check-list geral de cada ambulância.

Ao enfermeiro compete:

- Cumprir a escala mensal de serviço
- Registrar o ponto na entrada e na saída do plantão, assim como no intervalo para refeição



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023

PÁG:
7 de 26

REVISÃO:010

DATA:
13/05/2021

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES

- Organizar, planejar e direcionar as equipes nas saídas para viagens e eventos
- Acompanhar a montagem da ambulância na configuração para ambulância do tipo D (avançada) e do tipo B (básica) quando houver viagens e eventos.
- Ao termino dos eventos ou viagens chegar se as bolsas estão devidamente lacradas, caso estejam abertas checar o que foi usado, providenciar a reposição, anotar o número do lacre usado, checar limpeza e organização da ambulância.
- Realizar check-list ~~(ou a cada troca de plantão)??~~ diário da Unidade Móvel conforme roteiro padronizado, juntamente com os outros membros da equipe e repor os insumos necessários
- Manter a organização e limpeza das viaturas.
- Realizar a conferência da temperatura da ambulância e testes de baterias dos aparelhos cardioversores diariamente
- Verificar o estoque de torpedos de oxigênio diariamente, e em caso de falta, fazer na Oxiara e fazer o pedido.
- Realizar assistência ao paciente de acordo com suas atribuições e competência profissional
- Preencher a ficha de atendimento do paciente após o término da ocorrência e obrigatoriamente lançar todo o atendimento no sistema APSX até o final do plantão
- Anotar na folha de gastos e na folha de ocorrência todo o material utilizado durante o atendimento, anotar o que está sendo retirado do almoxarifado para a reposição, cobrança e auxílio no controle de estoque
- Realizar limpeza e desinfecção interna de Unidades Móveis ao final do plantão e durante o plantão após cada remoção conforme procedimento de Limpezas das Ambulâncias, transporte de paciente sem molamento; Observação: Limpeza e desinfecção após o término do plantão; limpeza terminal 1x na semana.
- Acondicionar os materiais para fim de esterilização no local próprio para este fim
- Manter boa aparência pessoal e profissional, para os homens (cabelo curto, barba curta, roupa e sapato adequados e sem o uso de adornos) e para as mulheres (cabelo curto, roupa e sapato adequados e sem o uso de adornos).
- Aguardar a chegada do enfermeiro do turno seguinte, caso o mesmo for embora antes poderá carregar em abandono de plantão.
- Assegurar que todos as bolsas que compõe a padronização do carro UTI estejam lacradas e dentro de sacos plástico transparentes.
- Aos finais de semana e a noite fica a cargo do enfermeiro do plantão repor os medicamentos utilizados durante o atendimento afim de manter a continuidade da assistência desde que não haja medicamentos suficientes para manter a segurança da operação.
- Entregar EPIs as equipes diariamente sempre que solicitado (luvas, mascaras, aventais, macacão, touca) e anotar no impresso próprio.

Formatado: Cor da fonte: Texto 1

Formatado: Cor da fonte: Automática

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 8 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 13/05/2021
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

- A cada entrega de máscara N95 anotar na folha de controle e colher assinatura do profissional que a recebeu
- Diariamente no início do plantão realizar o questionário de sintomas gripais com aferição da temperatura.
- De segunda a sextas-feiras fica a cargo da farmacêutica repor os medicamentos utilizados durante o atendimento afim de manter a continuidade da assistência.
- Informar a supervisora de enfermagem todas as não conformidades encontradas e formalizar todos os “problemas” no formulário de eCheck-List
- Caso seja evidenciada qualquer não conformidade nas viaturas o enfermeiro deverá avisar imediatamente o superior e não deverá utilizar a viatura com problemas;
- Para viagens eletivas e eventos funcionários e free lances deverão chegar na base com aproximadamente 30 min antes do evento conforme orientação passada pela coordenação da enfermagem, exceto eventos em outro município;
- Fica sob responsabilidade do enfermeiro o plantão a montagem das viaturas para eventos ou viagens e ao retornar é de responsabilidade do funcionário que usou a viatura e desmontagem e limpeza da mesma.

Formatado: Cor da fonte: Automática

Aos técnicos de enfermagem competem:

- Cumprir a escala mensal de serviço
- Registrar o ponto na entrada e na saída do plantão, assim como no intervalo para refeição
- Realizar eCheck-List diário da Unidade Móvel conforme roteiro padronizado, juntamente com os outros membros da equipe e repor insumos necessários
- Realizar assistência ao paciente de acordo com suas atribuições e competência profissional
- Preencher a ficha de atendimento do paciente após o término da ocorrência e obrigatoriamente registrar todo atendimento no sistema ASPX até o final do plantão até o final do plantão.
- Anotar na folha de custo e na folha de ocorrência todo o material utilizado durante o atendimento, anotando o que está sendo retirado do almoxarifado para a reposição, cobrança e auxílio no controle de estoque
- Manter a organização e limpeza das viaturas
- Realizar limpeza e desinfecção interna das Unidades Móveis ao final do plantão e durante o plantão após cada remoção -conforme procedimento de Limpezas das Ambulâncias transporte de paciente com isolamento; Observação: Limpeza concomitante após o término do plantão; Limpeza terminal 1x na semana.
- Acondicionar os materiais para fins de esterilização no local próprio para este fim

Formatado: Normal, Recuo: À esquerda: 0,63 cm, Sem marcadores ou numeração

Formatado: Cor da fonte: Automática



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023

PÁG:
9 de 26

REVISÃO:010

DATA:
136/057/202119

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES

- Manter boa aparência pessoal e profissional, para os homens (cabelo curto, barba feita, roupa e sapato adequado e sem uso de adornos) e para as mulheres (cabelo curto, roupa e sapato adequado e sem uso de adornos).
- Aguardar a chegada do técnico de enfermagem do turno seguinte, caso o mesmo for embora antes poderá acarretar em abandono de plantão.
- Para viagens eletivas e eventos funcionários e free lances deverão chegar na base com aproximadamente 30 min antes do evento conforme orientação passada pela coordenação da enfermagem, exceto eventos em outro município.
- Informar a supervisora de enfermagem todas as não conformidades encontradas e formalizar todos os "problemas" no formulário de cCheck-ILis.

Formatado: Cor da fonte: Texto 1

Formatado: Cor da fonte: Texto 1

Formatado: Cor da fonte: Texto 1

Formatado: Recuo: À esquerda: 1,27 cm, Sem marcadores ou numeração

A supervisora de enfermagem compete:

- Organizar, dimensionar e planejar recursos humanos, materiais e equipamentos para cobertura de eventos, emergências e atendimentos APH a fim de manter a qualidade dos serviços prestados pela Mastermed.
- Manter planilhas de atendimentos/remoções atualizadas e registros estatísticos
- Supervisionar a equipe de enfermagem e socorristas
- Fazer visitas periódicas às bases de Assis Ourinhos para garantir que os processos estão sendo seguidos.
- Definir qual ambulância será empenhada em eventos, viagens, equipes USB1, USB2 e USA.
- Solucionar todas as não conformidades evidenciadas pela equipe conforme descrito nos cCheck-ILis - (caso a não a solução não seja de sua competência, encaminhar imediatamente ao gerente de operações).

A farmácia compete:

- Estar presente na MasterMed nos horários estabelecidos e contratualizados
- Garantir que toda a medicação seja retirada da operação com 30 dias de antecedência ao vencimento do prazo de validade
- Garantir o controle rigoroso dos medicamentos controlados em livro próprio auditado pela vigilância sanitária local
- Manter os medicamentos de alto risco em local exclusivo
- Manter as bolsas de medicações das ambulâncias conferidas e lacradas
- Reportar os medicamentos utilizados nas ocorrências nas bolsas de medicações
- Garantir que toda a medicação utilizada nas ambulâncias estejam todas as medicações utilizadas nas ambulâncias estejam corretamente controladas e disponíveis.

A gerência operacional compete:



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023
REVISÃO:010

PÁG:
10 de 26
DATA:
136/057/202149

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES

- Garantir o cumprimento do procedimento
- Manter educação continuada de das equipes
- Acompanhar as particularidades de cada contrato garantindo assim a satisfação do cliente e o faturamento da empresa
- Fazer relatórios operacionais mensais conforme padrão definido pela diretoria ou sempre que solicitado
- Manter as escalas de serviços interrupta 24 horas por dia 07 dias por semana conforme pactuado em cada contrato
- Providenciar fechamento de honorários médicos até o dia 15 de cada mês
- Manter um meio de comunicação sempre acessível com a Mastermed, na impossibilidade desse designar alguém responsável.
- Alocar recursos humanos, materiais, equipamentos e ambulâncias conforme necessidade sempre que a demanda for maior que o oferecido (o recurso operacional é finito)
- Manter os equipamentos e matérias em perfeitas condições de uso assim como garantir a manutenção e substituição sempre que se fizer necessário.
- O ciclo de vida desse procedimento.
- Na ausência ou impossibilidade da supervisora de enfermagem, Definir qual ambulância será empenha em eventos, viagens, equipes USB1, 19322 USA.
- Definir a solução para todas as não conformidades apresentadas pela equipe e que não tenham sido resolvidas pela supervisora ou farmacêutica.

A Diretoria executiva compete:

Dar o suporte necessário do gerente operacional ao que se refere a solução dos problemas reportados pela equipe.

DIRETRIZES

01 - Assumir o plantão 10 minutos antes das 07h30 quando for plantão diurno, e 10 minutos antes das 19h30 quando for noturno.

02 - Portar o uniforme padronizado da MASTERMED: Todo fechado, podendo ser utilizada outra blusa por baixo porém de cor branca. O calçado deve ser na cor preta, todo fechado e de material não absorvível.

03 - Trocar o plantão com a equipe anterior, realizando checklist, conforme padrão pré-estabelecido e descrito nas normas do checklist

04 - Ter certeza que não faltará nada dentro das bolsas: azul (vias aéreas), azul escuro (material de trauma), vermelha (acesso venoso), verde (sinais vitais), amarela (medicamentos) e laranja (procedimentos), assim como o estoque dentro da ambulância, e funcionalidade dos equipamentos.

05 - Não se ausentar da base sem que seu colega do próximo plantão chegue para substituí-lo, podendo caracterizar abandono de plantão.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 11 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

06 - Efetuar informe de troca de equipe, conforme norma da comunicação via celular, comunicando a central de regulação os nomes da equipe, posto e celular da equipe.

07 - Em caso de código EMERGÊNCIA, o socorrista deve ligar giroflex, estrobo, intermitente e sirene;

08 - Em caso de código URGÊNCIA, o socorrista deve ligar giroflex, estrobo, intermitente e não ligar a sirene.

09 - Independentemente do tipo de ocorrência, a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva.

10 - Transportar sempre para o local da ocorrência as bolsas concernentes ao atendimento em questão: sempre as bolsas vermelha e amarela, adicionando a bolsa azul escura quando se tratar de casos traumáticos, e a bolsa azul quando se tratar de casos clínicos (respiratórios) e cilindros de O2 para transporte.

11 - Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.

12 - Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção conforme norma da utilização dos EPI.

13 - Quando for uma ocorrência em via pública, deve-se ter o cuidado para sinalizar o local da ocorrência e proteger a equipe de terceiros, assim como solicitar que a central de regulação comunique a polícia para fazer a troca no local e da equipe, conforme norma do atendimento em via pública.

14 - Em caso de atendimento em via pública, após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo os demais cuidados sem que a vítima fique exposta a intempéries.

15 - Em caso de atendimento domiciliar, colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família.

16 - Após o atendimento domiciliar, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, encaminhar ao hospital de referência do paciente.

17 - Após o atendimento em via pública e/ou domiciliar, caberá a toda equipe averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento na rua e/ ou no domicílio, colocando-os em recipientes adequados.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 12 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 13/06/2021
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

18 - Desprezar no lixo hospitalar na unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras, etc).

19 - Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulhas, scalp, abocath, bisturis, intracath, etc) na caixa de material perfurocortante, evitando assim acidentes de trabalho.

20 - Realizar transferência inter hospitalar de paciente grave (paciente com necessidades de cuidados intensivos) ou transportes para exames desde que o paciente esteja com condições clínicas de remoção.

21 - Para que a central tenha controle total dos deslocamentos e das unidades livres comunicar sempre a central de regulação saída da base, chegada no local da ocorrência ou hospital, saída do local da ocorrência e unidade livre, chegada à base, conforme norma da comunicação via rádio.

22 - Checar Monitores/Desfibriladores da USAs que se encontram na rede elétrica na farmácia, garantindo sua funcionalidade, e manter o check-list diário da USA e a lista de conferência que se encontra na farmácia, devendo ter o carimbo do responsável pela conferência, assinatura e data da conferência. Comunicando ao coordenador qualquer problema com equipamento.

Procedimento

Socorrista:

Ao assumir o plantão as 07:00 ou 09:30 o socorrista deverá registrar seu ponto digital, confirmar qual ambulância está escalado para trabalhar previamente definida pela supervisão da enfermagem e presença pelo gerente operacional, pegar uma folha de check-list de ambulância e uma folha de planilha de serviço (ANEXO I), preencher os campos dos impressos com data, VTR, equipe e demais dados solicitados nos campos específicos.

Iniciar check-list detalhado da situação que está assumindo a ambulância (limpeza interna e externa, pressão elétrica, pneus, chaves de rodas, step, avarias a pintura, lataria, sinais sonoros e luminosos, óleo, água, documentação, etc), toda não conformidade deverá ser relatada no check-list e passado para o responsável de frota, o socorrista tem autonomia para deixar a VTR caso ela apresente alguma não conformidade que coloque em risco a segurança da equipe e dos pacientes por nos atendidos.

Estar de prontidão na base para atendimentos de urgência, emergência ou transportes eletivos, respeitando o tempo de saída de base de 02 minutos para USA e 03 minutos para UBS.

Formatado: Título 1, Controle de linhas órfãs/viúvas, Hifenizar

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 13 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 13/6/057//202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

Registrar ponto digital para descanso de 01 hora com entrada e saída, avisar a central de regulação que a equipe está iniciando o descanso assim como dar ciência que terminaram o descanso, caso se faça necessário a saída antes de 01 hora realizar justificativa manual de horário.

A cada saída anotar na planilha de serviço só dados da remoção realizado como nome do paciente, origem, destino e horários, caso a saída não seja para fins de remoção anotar o motivo da saída e os horários.

Conduzir as ambulâncias de maneira segura garantindo a chegada rápida ao local de atendimento sem pôr em risco a integridade física dos tripulantes da ambulância.

Enfermeiros:

Ao assumir o plantão as 07:30 ou 19:30 o enfermeiro (a) deverá registrar seu ponto digital, conferir qual ambulância está escalado para trabalhar, previamente definida pela supervisão da enfermagem e na sua ausência pelo gerente operacional, pegar uma folha de check-list de ambulância USA (ANEXO II), preencher os campos dos impressos com data, VTR e demais dados solicitados nos campos específicos.

Iniciar check-list detalhado da situação da ambulância assumindo a ambulância (limpeza interna e externas, se as bolsas estão lacradas, nível de oxigênio, materiais de imobilização, aspirador, checar perfeito funcionamento dos equipamentos), toda não conformidade deverá ser relatada no check-list e passado a supervisora de enfermagem.

Chamar a central de regulação informando a equipe que está assumindo o plantão (enfermeiro, médico e socorrista).

Realizar conferência da temperatura da farmácia e teste de carga dos cardioversores registrando e impresso próprio (anexo 4 e 5).

Estar sempre com o aparelho celular em mãos para prontidão no recebimento de chamados, avisar médico e socorrista que há uma solicitação de atendimento e agilizar a saída de base de acordo com a necessidade da ocorrência.

Estar de prontidão na base para atendimentos de urgência, emergência ou transportes eletivos, respeitando o tempo de saída de base de 02 minutos para USA e 03 minutos para UBR.

Registrar ponto digital para descanso de 01 hora com entrada e saída, avisar a central de regulação que a equipe está iniciando o descanso assim como dar ciência que terminaram o descanso, caso se faça necessário a saída antes de 01 hora realizar justificativa manual de horário (ANEXO II).

Dar ciência a central de regulação em tempo real por mensagem de voz durante todo o atendimento sendo, saída da base, chegada a origem, saída da origem, chegada ao destino, saída do destino e retorno a base.

Preencher todos os campos da folha do SAE frente e verso (ANEXO 6), respeitando:

- Hora dos SSVV após chegar no local de atendimento
- Hora de início da evolução de enfermagem após retorno a base

Repor todos materiais e medicamentos utilizados nos atendimentos, se durante a semana aguardar a farmacêutica a tarde para repor os medicamentos, a noite, finais de semana, feriados ou situações que não de para aguardar repor o que precisa e deixar anotado o que foi retirado.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 14 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057//202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

Quando houve viagens ou eventos ele deverá acompanhar a montagem da ambulância (USA ou USB) conferindo se tudo está de acordo, na sua ausência (estar em ocorrência por exemplo designar o técnico do plantão para esse fim.

Técnico de Enfermagem:

Ao assumir o plantão as 07:30 ou 19:30 o enfermeiro (a) deverá registrar seu ponto digital, conferir qual ambulância está escalado para trabalhar previamente definida pela supervisão da enfermagem e na sua ausência pelo gerente operacional, pegar uma folha de check-list de ambulância USA (ANEXO I), preencher os campos impressos com data, VTR e demais dados solicitados nos campos específicos.

Iniciar check-list detalhado da situação que está assumindo a ambulância (limpeza interna e externas, se as bolsas estão lacradas, rede de oxi-gênio, materiais de imobilização, aspirador) toda não conformidade deverá ser relatada no check-list e passado a supervisora de enfermagem

Chamar a central de regulação informando a equipe que está assumindo o plantão (enfermagem e socorrista).

Estar sempre com o aparelho celular em mãos para prontidão no recebimento de chamados, avisar medico e socorrista que há uma solicitação de atendimento e agilizar a saída de base de acordo com a necessidade da ocorrência.

Estar de prontidão na base para atendimentos de urgência emergência ou transportes eletivos.

Registrar ponto digital para descanso de 01 hora e a entrada e saída, avisar a central de regulação que a equipe está iniciando o descanso assim como dar ciência que terminaram o descanso, caso se faça necessário a saída antes de 01 hora realizar justificativa manual de diário (ANEXO II).

Dar ciência a central de regulação em tempo real por mensagem de voz durante todo o atendimento sendo, saída da base, chegada a origem, saída da origem, chegada ao destino, saída do destino e retorno a base.

Preencher todos os campos da folha do SAE frente e verso (ANEXO 6), respeitando:

- Hora dos SSVV após chegar no local de atendimento
- Hora de início de atuação de enfermagem após retorno a base

Supervisora de enfermagem

Definir e disponibilizar no início do seu plantão todas as escalas de profissionais de enfermagem e viaturas a serem utilizadas até o seu próximo plantão.

Gerente operacional

Definir e disponibilizar todas as escalas de socorristas e viaturas a serem utilizadas até o seu próximo plantão.

Formatado: Cor da fonte: Texto 1

Formatado: Fonte: Não Negrito

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 15 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 13/05/2021
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

3-Definições

3.4Código Q.

O Código Q é uma lista padronizada internacionalmente com o objetivo de tornar a comunicação mais rápida e assertiva.

- QAP – Na escuta
- QAR – Desligar
- QRN - Interferência
- QRA – Nome do operador
- QRL – Estou ocupado
- QRM – Interferência humana
- QRQ – Transmita mais depressa
- QRS – Transmita mais devagar
- QRT – Fora do ar
- QRU – Tens algo para mim
- QRV – As suas ordens
- QRX – Aguarde
- QRZ – Fale quem chamou
- QSA – Como está recebendo
- QSL – Entendido
- QSM – Está ouvindo
- QSO – Comunicação visível
- QSP – Fazer ponte
- QTC – Mensagem
- QTH – Endereço
- QTR – Horário exato
- QTY – Horário
- QTA – Última forma
- QSV – Viatura
- QSI – Motorista
- QSJ – Dinheiro
- TKS – Obrigada

USA – Ambulância de Suporte Avançado de vida, tripulada por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 socorrista.

USB – Ambulância de Suporte Básico de vida, tripulada por 1 técnico de enfermagem e 1 socorrista.

Formatado: Normal

Formatado: Normal

COPIA NÃO CONTROLADA

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 16 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

Anexos

Formatado: Título 1

Planilha de serviços
3.2 Tipos de ambulância

MasterMed <small>Sem limites pra cuidar</small>		PLANILHA DE SERVIÇO			
Socorrista:		Período:		Data:	
Enfermagem:		Carro: () A/S () UTI		Base:	
Médico:		Km. Inicial:		Placa:	
Nº Guia: Solicitação (Central):		Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H. Cheg.: H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:
Idade: Diagnóstico:		() Vermelho	H. Salda:	H. Salda:	Km.:
Orig.:		() Amarelo			Km.:
Setor: Contato:		() Verde			
End:		() Transporte			
Bairro: Pág. Guia		() Alta			
Dest.: Contato:		Convênio:			
Setor: Contato:		Obs:			
End.: Pág. Guia:					
Bairro: Pág. Guia:					
Nº Guia: Solicitação (Central):		Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H. Cheg.: H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:
Idade: Diagnóstico:		() Vermelho	H. Salda:	H. Salda:	Km.:
Orig.:		() Amarelo			Km.:
Setor: Contato:		() Verde			
End:		() Transporte			
Bairro: Pág. Guia		() Alta			
Dest.: Contato:		Convênio:			
Setor: Contato:		Obs:			
End.: Pág. Guia:					
Bairro: Pág. Guia:					
Nº Guia: Solicitação (Central):		Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H. Cheg.: H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:
Idade: Diagnóstico:		() Vermelho	H. Salda:	H. Salda:	Km.:
Orig.:		() Amarelo			Km.:
Setor: Contato:		() Verde			
End:		() Transporte			
Bairro: Pág. Guia		() Alta			
Dest.: Contato:		Convênio:			
Setor: Contato:		Obs:			
End.: Pág. Guia:					
Bairro: Pág. Guia:					
Nº Guia: Solicitação (Central):		Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H. Cheg.: H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:
Idade: Diagnóstico:		() Vermelho	H. Salda:	H. Salda:	Km.:
Orig.:		() Amarelo			Km.:
Setor: Contato:		() Verde			
End:		() Transporte			
Bairro: Pág. Guia		() Alta			
Dest.: Contato:		Convênio:			
Setor: Contato:		Obs:			
End.: Pág. Guia:					
Bairro: Pág. Guia:					
Nº Guia: Solicitação (Central):		Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H. Cheg.: H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:	H. Cheg.:
Idade: Diagnóstico:		() Vermelho	H. Salda:	H. Salda:	Km.:
Orig.:		() Amarelo			Km.:
Setor: Contato:		() Verde			
End:		() Transporte			
Bairro: Pág. Guia		() Alta			
Dest.: Contato:		Convênio:			
Setor: Contato:		Obs:			
End.: Pág. Guia:					
Bairro: Pág. Guia:					
Km.:					
Combustível Us.:					



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023
REVISÃO:010

PÁG:
17 de 26
DATA:
136/057//2021-19

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES



PLANILHA DE SERVIÇO

Socorrista:	Período:	Data:
Enfermagem:	Carro: () A/S () UTI Base:	
Médico:	Km. Inicial:	Placa:

Nº Guia:	Solicitação (Central):	Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:
Idade:	Diagnóstico:	() Vermelho			
Orig.:		() Amarelo	H. Saída:	H. Saída:	
Sector:	Contato:	() Verde			Km.:
End.:		() Transporte		Km.:	Km.:
Bairro:	Pág. Guia	() Alta			
Dest.:		Convênio:			
Sector:	Contato:	Obs:			
End.:					
Bairro:	Pág. Guia:				

Nº Guia:	Solicitação (Central):	Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:
Idade:	Diagnóstico:	() Vermelho			
Orig.:		() Amarelo	H. Saída:	H. Saída:	
Sector:	Contato:	() Verde			Km.:
End.:		() Transporte		Km.:	Km.:
Bairro:	Pág. Guia	() Alta			
Dest.:		Convênio:			
Sector:	Contato:	Obs:			
End.:					
Bairro:	Pág. Guia:				

Nº Guia:	Solicitação (Central):	Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:
Idade:	Diagnóstico:	() Vermelho			
Orig.:		() Amarelo	H. Saída:	H. Saída:	
Sector:	Contato:	() Verde			Km.:
End.:		() Transporte		Km.:	Km.:
Bairro:	Pág. Guia	() Alta			
Dest.:		Convênio:			
Sector:	Contato:	Obs:			
End.:					
Bairro:	Pág. Guia:				

Nº Guia:	Solicitação (Central):	Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:
Idade:	Diagnóstico:	() Vermelho			
Orig.:		() Amarelo	H. Saída:	H. Saída:	
Sector:	Contato:	() Verde			Km.:
End.:		() Transporte		Km.:	Km.:
Bairro:	Pág. Guia	() Alta			
Dest.:		Convênio:			
Sector:	Contato:	Obs:			
End.:					
Bairro:	Pág. Guia:				

Nº Guia:	Solicitação (Central):	Hr. Solicitação	ORIGEM	DESTINO	BASE
Paciente:		H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:	H.Cheg.:
Idade:	Diagnóstico:	() Vermelho			
Orig.:		() Amarelo	H. Saída:	H. Saída:	
Sector:	Contato:	() Verde			Km.:
End.:		() Transporte		Km.:	Km.:
Bairro:	Pág. Guia	() Alta			
Dest.:		Convênio:			
Sector:	Contato:	Obs:			
End.:					
Bairro:	Pág. Guia:				

Km.:		Km Final:
Combustível Lts.:		
R\$:		
Visto e Data / Supervisão		

USA - Ambulância de Suporte Avançado de vida, tripulada por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 socorrista.

USB - Ambulância de Suporte Básico de vida, tripulada por 1 técnico de enfermagem e 1 socorrista.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 18 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

3.2 Ciclo de vida do documento

Conjunto de todas as atividades delimitadoras da vida de um documento, desde a concepção, revisões, até o seu cancelamento e descarte.

4 Descrição das atividades

4.1 Conferência diárias das ambulâncias

4.2— Manutenção dos materiais e medicamentos padronizados dentro da ambulância para o atendimento ao cliente, com segurança durante o transporte, em quantidade necessária.

4.3— Realizar diariamente limpeza, organização e verificação das Ambulâncias e materiais.

4.4— Registrar toda e qualquer intercorrência com equipamentos e materiais.

4.5— Registrar a quantidade de oxigênio disponível em cada cilindro portátil, se necessário, deve ser feita a reposição imediata do torpedão.

4.6— Registrar a conferência de unidade no impresso check-list diário da unidade móvel de suporte básico e avançado. Realizar limpeza concorrente diariamente, após cada transporte.

4.7— Conferir os materiais externos, bem como a integridade e funcionamento da ambulância é de responsabilidade do motorista.

III DIFERENCIAIS

01— Assumir o plantão 10 minutos antes das 07h30 quando for plantão diurno, e 10 minutos antes das 19h30 quando for noturno.

02— Portar o uniforme padronizado da MASTERMED: Todo fechado, podendo ser utilizada outra blusa por baixo, porém de cor branca. O calçado deve ser na cor preta, todo fechado e de material não absorvível.

03— Trocar o plantão com a equipe anterior, realizando check-list, conforme padrão pré-estabelecido e descrito nas normas do check-list

04— Ter certeza de que não faltará nada dentro das bolsas: azul (vias aéreas), azul-escuro (material de trauma), vermelha (acesso venoso), verde (sinais vitais), amarela (medicamentos) e laranja (procedimentos), assim como o estoque dentro da ambulância, e funcionalidade dos equipamentos.



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023
REVISÃO:010

PÁG:
19 de 26
DATA:
136/057/202149

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES

- 05— Não se ausentar da base sem que seu colega do próximo plantão chegue para substituí-lo, podendo caracterizar abandono de plantão.
- 06— Efetuar informe de troca de equipe, conforme norma da comunicação via celular, comunicando a central de regulação os nomes da equipe, posto e celular da equipe.
- 07— Em caso de código EMERGÊNCIA, o socorrista deve ligar giroflex, estrobo, intermitente e sirene;
- 08— Em caso de código URGÊNCIA, o socorrista deve ligar giroflex, estrobo, intermitente e não ligar a sirene.
- 09— Independentemente do tipo de ocorrência, a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva.
- 10— Transportar sempre para o local da ocorrência as bolsas concernentes ao atendimento em questão: sempre as bolsas vermelha e amarela, adicionando a bolsa azul escura quando se tratar de casos traumáticos, e a bolsa azul quando se tratar de casos crônicos (respiratórios) e cilindros de O2 para transporte.
- 11— Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
- 12— Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, conforme norma de utilização dos EPI.
- 13— Quando ocorrer uma ocorrência em via pública, deve-se ter o cuidado para sinalizar o local da ocorrência e proteger a equipe de terceiros, assim como solicitar que a central de regulação comunique a polícia para fazer a proteção do local e da equipe, conforme norma de atendimento em via pública.
- 14— Em caso de atendimento em via pública, após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo os demais cuidados sem que a pessoa fique exposta a riscos.
- 15— Em caso de atendimento domiciliar, colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família.
- 16— Após o atendimento domiciliar, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, encaminhar ao hospital de referência do paciente.

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:	PÁG:
		POP.OPE.0023	20 de 26
		REVISÃO:010	DATA:
		136/057/202149	
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

17—Após o atendimento em via pública e/ou domiciliar, caberá a toda equipe averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento na rua e/ou no domicílio, colocando-os em recipientes adequados.

18—Desprezar no lixo hospitalar na unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras, etc).

19—Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulhas, scalp, abocath, bisturis, intracath, etc) na caixa de material perfurocortante, evitando assim acidentes de trabalho.

20—Realizar transferência inter-hospitalar de paciente grave (paciente com necessidades de cuidados intensivos) ou transportes para exames desde que o paciente esteja em condições clínicas de remoção.

21—Para que a central tenha controle total dos deslocamentos e das unidades livres, comunicar sempre a central de regulação saída da base, chegada no local da ocorrência ou hospital, saída do local da ocorrência e unidade livre, e chegada à base, conforme norma da comunicação via rádio.

22—Checar Monitores/Desfibriladores da USA e os que se encontram na rede elétrica na farmácia, garantindo sua funcionalidade, e anotar no check-list diário da USA e na lista de conferência que se encontra na farmácia, devendo ter o carimbo do responsável pela conferência, assinatura e data da conferência. Comunicando ao coordenador qualquer problema com equipamento.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Elaboração: Lucio Mario Santana Menezes Gerente Operacional	Visto:	Data:
Validação: Mareio Cecchieri Botelho Diretor Executivo	Visto:	Data:

Tabela formatada

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 21 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057//202149
DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

Aprovação: Dr. Raphael Cardoso Jorge Diretor-Presidente	Visto:	Data:
---	--------	-------

		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	CHECK LIST / VIATURAS		587
Veículo:	Placa:	Hora:	HISTÓRICO DA MANUTENÇÃO		
Km Inicial:	Prefixo:				
MECÂNICO <input type="checkbox"/> Nível de óleo do freio <input type="checkbox"/> Nível de óleo da embreagem <input type="checkbox"/> Nível de óleo da direção hidráulica <input type="checkbox"/> Nível de óleo do motor <input type="checkbox"/> Limpador de para-brisa <input type="checkbox"/> Água do limpador de para-brisa <input type="checkbox"/> Check visual correias e polias <input type="checkbox"/> Freio de estacionamento <input type="checkbox"/> Teste de freio pedal <input type="checkbox"/> Aro	ELÉTRICA <input type="checkbox"/> Ignição <input type="checkbox"/> Setas dianteiras e traseiras <input type="checkbox"/> Pisca alerta <input type="checkbox"/> Alarme para manobras em ré <input type="checkbox"/> Luzes do freio <input type="checkbox"/> Buzina <input type="checkbox"/> Sirenes <input type="checkbox"/> Indicador de temperatura do motor <input type="checkbox"/> Antena <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Luzes e comandos do painel externo <input type="checkbox"/> Bateria	GERAL <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Pneu sobressalente <input type="checkbox"/> Macaco / Chave de roda <input type="checkbox"/> Extintores de incêndio - Interno / Externo <input type="checkbox"/> Para-choque dianteiro <input type="checkbox"/> Para-choque traseiro <input type="checkbox"/> Portas e maçanetas <input type="checkbox"/> Retrovisores externo <input type="checkbox"/> Retrovisores interno <input type="checkbox"/> Documentos do veículo			
Alguma alteração? <input type="checkbox"/>	Alguma alteração? <input type="checkbox"/>	Alguma alteração? <input type="checkbox"/>			
CHECK LIST / VEÍCULOS - FINAL DO TURNO			AVALIAÇÃO ADM/DIR		
Km Final:	Hora:				
MECÂNICO <input type="checkbox"/> Velocímetro e odômetro <input type="checkbox"/> Suspensão e fecho de molas <input type="checkbox"/> Pneus <input type="checkbox"/> Aro <input type="checkbox"/> Calota <input type="checkbox"/> Freio motor Visto do Supervisor: _____ LEGENDA <input checked="" type="checkbox"/> Item checkado e ok! <input type="checkbox"/> Não se aplica ao veículo <input type="checkbox"/> Com alteração	ELÉTRICA <input type="checkbox"/> Luzes de apoio e iluminação <input type="checkbox"/> Faróis <input type="checkbox"/> Indicadores do painel interno <input type="checkbox"/> Vidros <input type="checkbox"/> Luz da placa traseira <input type="checkbox"/> Giroflex <input type="checkbox"/> Combustível	GERAL <input type="checkbox"/> Placa dianteira e traseira <input type="checkbox"/> Triângulo <input type="checkbox"/> Macaco <input type="checkbox"/> Chave de roda <input type="checkbox"/> Limpeza externa <input type="checkbox"/> Limpeza interna <input type="checkbox"/> Para-brisa <input type="checkbox"/> Tapetes <input type="checkbox"/> Bancos <input type="checkbox"/> Estepe <input type="checkbox"/> Para-choque dianteiro <input type="checkbox"/> Para-choque traseiro <input type="checkbox"/> Retrovisores externos			
 Quantidade: _____ Litros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alguma alteração? <input type="checkbox"/>	Alguma alteração? <input type="checkbox"/>	Alguma alteração? <input type="checkbox"/>			



ANEXO-I

Formatado: Centralizado

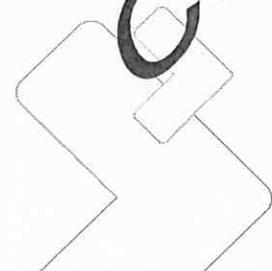
Elaboração: Lucio Mario Santana Menezes Gerente Operacional		Visto:	Data:
---	--	--------	-------

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:	PÁG:
		POP.OPE.0023	22 de 26
		REVISÃO:010	DATA:
		136/057/202149	
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

Validação: Mareio Cocchieri Botelho Diretor Executivo		Visto:	Data:
Aprovação: Dr. Raphael Cardoso Jorge Diretor Presidente		Visto:	Data:

Elaboração: Lucio Mario Santana Mendes Gerente Operacional		Visto:	Data:
Validação: Mareio Cocchieri Botelho Diretor Executivo		Visto:	Data:
Aprovação: Dr. Raphael Cardoso Jorge Diretor Presidente		Visto:	Data:

Check List de Viaturas





PROCEDIMENTO

CÓDIGO:
POP.OPE.0023

PÁG:
23 de 26

REVISÃO:010

DATA:
136/057/202119

DESCRIPTIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES



Check List VTR Suporte Avançado de Vida (USA)

Checkar	Material/Equipamento	Validade/Observações
<input type="checkbox"/>	Aspirador (Frasco com extensão)	
<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão Marca:	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Acesso Venoso: (Anotar nº Lacre)	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Medicação: (Anotar nº Lacre)	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Procedimentos: (Anotar nº Lacre)	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Sinais Vitais:	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Vias Aéreas: (Anotar nº Lacre)	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Trauma: (Anotar nº Lacre)	
<input type="checkbox"/>	Cadeira de Rodas	
<input type="checkbox"/>	Coletor Perfuro Cortante	
<input type="checkbox"/>	Cobertor	
<input type="checkbox"/>	Extensão de Silicone Para Aspiração e Oxigenação	
<input type="checkbox"/>	Fluxômetro na rede	
<input type="checkbox"/>	Guarda Chuva	
<input type="checkbox"/>	Kit C/Pano + Produto de Limpeza Conforme. Prot.	
<input type="checkbox"/>	Kit EPI (Avental + Máscara + Oculos)	
<input type="checkbox"/>	Lençol para Maca	
<input type="checkbox"/>	Luva de Procedimento (P/ M) ex	
<input type="checkbox"/>	Maca com Cinto de Segurança Completo (3 und)	
<input type="checkbox"/>	Máscara de Alto Fluxo Adulto (2 und)	
<input type="checkbox"/>	Máscara de Alto Fluxo Infantil (1 und)	
<input type="checkbox"/>	Monitor/Desfibrilador Marca:	
<input type="checkbox"/>	Papagaio	
<input type="checkbox"/>	Prancha com tirantes e imobilizador lateral	
<input type="checkbox"/>	Respirador c/ Extensão (Circuito) Marca:	
<input type="checkbox"/>	Torpedo de O2 C/Manômetro e Fluxômetro Grande	
<input type="checkbox"/>	Torpedo de O2 C/Manômetro e Fluxômetro Pequeno	
<input type="checkbox"/>	Travessieiro	
<input type="checkbox"/>	Umificador na Rede (2 und)	
<input type="checkbox"/>	Transfer de Lona	
Viatura em boas condições de uso: Sim () Não ()		
Bolsas lacradas: Sim () Não ()		
Último colaborador que trabalhou na VTR:		
Anotações:		
Obs: Checar a higienização da VTR após jornada de trabalho:		
Responsável:	Nº VTR:	Data: / /

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 24 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

MasterMed
Soluções Médicas

Check List VTR Suporte Básico de Vida

Checar	Material/Equipamento	Validade/Anotações
<input type="checkbox"/>	Aspirador (Fixado na Rede)	
<input type="checkbox"/>	Ambú Adulto	
<input type="checkbox"/>	Ambú Infantil	
<input type="checkbox"/>	Cadeira de Rodas	
<input type="checkbox"/>	Bolsa para Suporte Básico (Anotar nº Lacre)	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Trauma (Anotar nº lacre)	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de Sinais Vitais	
<input type="checkbox"/>	Caixa Perfuro Cortante	
<input type="checkbox"/>	Cobertor	
<input type="checkbox"/>	Extensão de Silicone Para Aspiração e Oxigenação	
<input type="checkbox"/>	Fluxômetro + Umidificador na Rede	
<input type="checkbox"/>	Guarda Chuva	
<input type="checkbox"/>	Kit C/Pano + Produto de Limpeza Conforme. Prot.	
<input type="checkbox"/>	Kit EPI (Avental + Máscara + Óculos)	
<input type="checkbox"/>	Lençol para Maca	
<input type="checkbox"/>	Luva de Procedimento (P, M) cx.	
<input type="checkbox"/>	Maca com Cinto de Segurança Completo (3und)	
<input type="checkbox"/>	Máscara de Alto Fluxo Adulto (2 und)	
<input type="checkbox"/>	Máscara de Alto Fluxo Infantil (1 und)	
<input type="checkbox"/>	Papagaio	
<input type="checkbox"/>	Prancha com Tirantes e Imobilizador Lateral	
<input type="checkbox"/>	Torpedo de O2 C/Manômetro e Fluxômetro Grande	
<input type="checkbox"/>	Torpedo de O2 C/Manômetro e Fluxômetro Pequeno	
<input type="checkbox"/>	Travesseiro	
<input type="checkbox"/>	Umidificador (1 unidade reserva)	
<input type="checkbox"/>		
Viatura em boas condições de uso:		Sim () Não ()
Bolsas lacradas:		Sim () Não ()
Último colaborador que trabalhou na VTR:		
Anotações:		
Obs: Checar a higienização da VTR após jornada de trabalho:		
Responsável:	Nº VTR:	Data:

ANEXO II

Formatado: À esquerda

 MasterMed emergências médicas	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: POP.OPE.0023	PÁG: 26 de 26
		REVISÃO:010	DATA: 136/057/202149
DESCRITIVO DIÁRIO DE ATIVIDADES			

**CÓPIA NÃO
CONTROLADA**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de ARARAQUARA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 350320802-862-000071-1-0

DATA DE VALIDADE: 31/03/2022

Nº PROCESSO: 9978
Nº PROTOCOLO: E20210003210 DATA DO PROTOCOLO: 23/02/2021
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8621-6/01 UTI MÓVEL
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO
DETALHE: 142 UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR DE TRANSPORTE SEM ATENDIMENTO

RAZÃO SOCIAL: MASTERMED EMERGENCIAS MEDICAS LTDA CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: UTI MOVEL
CNPJ / CPF: 25.970.524/0001-36
LOGRADOURO: Avenida QUEIROZ FILHO NÚMERO: 1411
COMPLEMENTO: SALAS 05 E 06
BARRIO: Vila Harmonia
MUNICÍPIO: ARARAQUARA UF: SP
CEP: 14802-610
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ARARAQUARA
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

ARARAQUARA

16/04/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1621354922125



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de ARARAQUARA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 350320802-862-000090-1-6

DATA DE VALIDADE: 29/10/2021

Nº PROCESSO: 10664
Nº PROTOCOLO: 003.399/2021 DATA DO PROTOCOLO: 19/01/2021
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8621-6/01 UTI MÓVEL
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO
DETALHE: 142 UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR DE TRANSPORTE SEM ATENDIMENTO

RAZÃO SOCIAL: MMED SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: MMED
CNPJ / CPF: 33.053.772/0001-40
LOGRADOURO: Avenida QUEIROZ FILHO NÚMERO: 1411
COMPLEMENTO: SALAS 7 E 8
BAIRRO: Vila Harmonia
MUNICÍPIO: ARARAQUARA
CEP: 14802-610 UF: SP
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ARARAQUARA
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

ARARAQUARA

19/02/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1621355163392



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de ARARAQUARA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 350320802-862-000099-1-1

DATA DE VALIDADE: 26/03/2022

Nº PROCESSO: 10664
Nº PROTOCOLO: 015.003/2021 DATA DO PROTOCOLO: 18/03/2021
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8621-6/01 UTI MÓVEL
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO
DETALHE: 108 SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO TIPO "D"

RAZÃO SOCIAL: MMED SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: MMED
CNPJ / CPF: 33.053.772/0001-40
LOGRADOURO: Avenida QUEIROZ FILHO NÚMERO: 1411
COMPLEMENTO: VEÍCULO PLACA FUP 2219
BAIRRO: VILA HARMONIA
MUNICÍPIO: ARARAQUARA
CEP: 14802-610 UF: SP
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ARARAQUARA

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRÍ-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTA DOCUMENTO.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

ARARAQUARA

26/03/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1621355216602



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de ARARAQUARA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 350320802-862-000098-1-4

DATA DE VALIDADE: 26/03/2022

Nº PROCESSO: 10664
Nº PROTOCOLO: 015.006/2021 DATA DO PROTOCOLO: 18/03/2021
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8621-6/01 UTI MÓVEL
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO
DETALHE: 108 SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO TIPO "D"

RAZÃO SOCIAL: MMED SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: MMED
CNPJ / CPF: 33.053.772/0001-40
LOGRADOURO: Avenida QUEIROZ FILHO NÚMERO: 1411
COMPLEMENTO: SALAS 7 E 8 (VEÍCULO PLACA FMF 8079)
BAIRRO: VILA HARMONIA
MUNICÍPIO: ARARAQUARA
CEP: 14802-610 UF: SP
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RAPHAEL CARDOSO JORGE
CPF: 27822363859 CONSELHO REGIONAL: CRM
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 145.374 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ARARAQUARA

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

ARARAQUARA

LOCAL

26/03/2021

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1621354791631