

Unidade de Pronto Atendimento 24h

COPACABANA

Contrato de Gestão 005/2020

Relatório Mensal

Indicadores de Desempenho

Produção Assistencial

MARÇO/2020



Lista de Abreviaturas

CTA - Comissão Técnica de Avaliação

CAF - Comissão de Acompanhamento e Fiscalização

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CID – Código Internacional de Doenças

OSS - Organização Social de Saúde

SACG - Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão

SES/RJ - Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

UPA – Unidade de Pronto Atendimento



Sumário

1	Apresentação	4
2	Indicadores para avaliação de desempenho	5
2.1	Indicadores quantitativos	7
2.2	Indicadores qualitativos	7
3	Anexo	8
3.1	Ata de Comissão de Revisão de Prontuário.....	8
3.2	Ata de Comissão de Ética Médica	10
3.3	Ata de Comissão de Ética de Enfermagem.....	11
3.4	Ata de Comissão de Qualidade e Segurança do Pacientes	12
3.5	Notificação: Violências	13
3.6	Absenteísmo Médico	20
4	Assinatura	26
5	Recursos Financeiros	27
5.1	Fluxo de Caixa	27
5.2	Despesas Realizadas	28
5.3	Conciliação Bancária.....	32
5.4	Demonstrativo Contábil Operacional	33
6	Relatório Administrativo	34
6.1	Aquisição de Bens Duráveis.....	34
6.2	Aquisição de Outros Investimentos.....	34
6.3	Recursos Humanos	35
6.4	Demonstrativo de Folha de Pagamento – GT/Unidade	36
6.4.1	GT/Unidade.....	36
6.5	Serviços de Terceiros contratados.....	36
7	Anexo B.....	39
7.1	Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica	39
8	Rateio das despesa da Sede da contratada.....	40
9	Extratos Bancários	41
10	Relatório contábil com movimentação dos fornecedores	42
11	Certidões.....	43
12	Balancete	51
13	Razão	52

1 Apresentação

O presente relatório tem por objetivo descrever e apresentar as atividades assistenciais de saúde desenvolvidas pela Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPA COPACABANA durante mês de **MARÇO/2020 (26 A 31)** relacionadas ao Contrato de Gestão, celebrado com a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RJ e a Organização Social Viva Rio – OSS Viva Rio.

Os indicadores de desempenho expostos neste relatório são parâmetros de acompanhamento definidos no contrato de gestão e são ferramentas a serem utilizadas com a finalidade de avaliar o desempenho do serviço prestado, considerando os conceitos e objetivos de cada indicador. Neste caso, a avaliação do desempenho das OS Viva Rio no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e atividades da UPA24h COPACABANA será realizado pela Comissão de Avaliação e Fiscalização – CAF, que monitora e avalia o desempenho das Organizações Sociais no cumprimento das metas estabelecidas em contrato e se as mesmas são apresentadas em conformidade com os eixos em análise.

O atendimento na unidade inicia-se com o Acolhimento ao usuário onde, é realizada a primeira avaliação superficial com base na queixa principal e nos sinais vitais que são aferidos neste momento, no acolhimento já é possível identificar um potencial risco de agravamento do seu quadro clínico. Em seguida, o usuário ou seu acompanhante se dirige ao registro para fornecer dados relacionados ao cadastro no prontuário eletrônico do usuário (PEP), após preenchimento ou atualização das informações o mesmo segue para o primeiro atendimento, a Classificação de Risco, que é realizado apenas por enfermeiro. Após ser atribuído um risco considerando os sinais e sintomas relatados pelo usuário e tendo em vista o protocolo de classificação de risco, o usuário poderá aguardar pelo atendimento nos consultórios ou ser conduzido diretamente para as salas de observação.



2 Indicadores para avaliação de desempenho

No âmbito assistencial, além da preocupação de sistematizar e consolidar as informações entre a produção contratada e a realizada, o VIVARIO tem como objetivo garantir a contratação de profissionais tecnicamente qualificados para atender adultos e crianças nos casos de urgência e emergência, com o intuito de oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

A análise do indicador quantitativo se refere à produtividade e seu desempenho é avaliado através do percentual dependo da quantidade de atendimentos médicos realizados, enquanto a análise dos 18 indicadores qualitativos se refere ao desempenho assistencial e da gestão da unidade, cuja pontuação total soma 100 pontos.

Tabela 1: Indicadores de Desempenho – UPA 24h COPACABANA, MARÇO/2020

INDICADORES DE DESEMPENHO			26 a 31 mar/20			
			Resultado	Meta	Pontos	
0	Atendimento médico		733	29%	2.500	-
1	Tempo de espera na urgência e emergência DE ADULTO com classificação amarela	Soma do tempo em minutos entre classificação de risco até o início do atendimento médico de pacientes ADULTO com risco amarelo	878	11	≤30 min	7
		Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco amarelo	83			
2	Tempo de espera na urgência e emergência DE ADULTO com classificação verde	Soma do tempo em minutos entre classificação de risco até o início do atendimento médico de pacientes ADULTO com risco verde	10.788	19	≤120 min	5
		Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco verde	569			
3	Tempo de espera na urgência e emergência DE CRIANÇAS com classificação amarela	Soma do tempo em minutos entre classificação de risco DE CRIANÇAS até o início do atendimento médico de pacientes com risco amarelo	56	11	≤30 min	7
		Soma de atendimentos médicos de CRIANÇAS com risco amarelo	5			
4	Tempo de espera na urgência e emergência DE CRIANÇAS com classificação verde	Soma do tempo em minutos entre classificação de risco DE CRIANÇAS até o início do atendimento médico de pacientes com risco verde	350	7	≤120 min	5
		Soma de atendimentos médicos de CRIANÇAS com risco verde	53			
5	Tempo de Classificação de risco	Soma do tempo em minutos entre p início do acolhimento até o término da classificação de risco x 100	3.274	4	≤15 min	4
		Soma de pacientes classificados por risco	747			
6	Taxa de evasão de pacientes	(Soma de pacientes acolhidos - soma de pacientes atendidos) x 100	24	3,2%	≤5%	5
		Total de pacientes acolhidos	757			
7	Regulação dos pacientes da sala amarela adulto e pediátrica	Soma de pacientes da sala amarela adulto e pediátrica com solicitação de transferência antes de 24 horas de internação x 100	5	100,0%	≥90%	4
		Soma de pacientes da sala amarela adulto e pediátrica transferidos ou com tempo de internação de 24 horas ou mais	5			
8	Regulação dos pacientes da sala vermelha	Soma de pacientes da sala vermelha com solicitação de transferência antes de 06 horas de internação x 100	5	100,0%	≥90%	4
		Soma de pacientes da sala vermelha transferidos ou com tempo de internação de 06 horas ou mais	5			
9	Taxa de mortalidade institucional ≥24h	Soma de óbitos de internação ≥24h em sala amarela e vermelha x 100	1	4,5%	≤3%	0
		Soma de saídas de sala amarela e vermelha no período	22			
10	Taxa de mortalidade institucional <24h	Soma de óbitos de internação <24h em sala amarela e vermelha x 100	2	9,1%	≤8%	0
		Soma de saídas de sala amarela e vermelha no período	22			
11	Trombolise realizadas no tratamento de IAM com supra de ST	Soma de pacientes com supra de ST trombolizados x 100	0	-	≥100%	-
		Soma de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	0			
12	Início oportuno de antibioticoterapia na sepse	Soma do tempo em minutos entre o início do seguimento de protocolo de sepse pela equipe médica até o início da administração de antibiótico x 100	0	-	≤60 min	-
		Soma de pacientes com seguimento de protocolo de sepse pela equipe médica	0			
13	Tomografias solicitadas com suspeito de AVE	Soma do tempo em minutos entre a definição de suspeita de AVE Hiperagudo e a solicitação de TC no PEP x 100	0	-	≤30 min	-
		Soma de pacientes com suspeita de AVE Hiperagudo	0			
14	Registro de notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada	Soma de pacientes com protocolo de violências aberto com campo obrigatórios registrados x 100	7	100,0%	≥90%	4
		Soma de pacientes com protocolo de violências aberto	7			
15	Registro de profissional médico	Soma do número de turnos de 6 horas com registro de médico no PEP igual ou maior que a quantidade de médico contratada x 100	24	100,0%	90%	10
		Soma do número de turnos de 6 horas no período	24			
16	Encerramento de BAM	Soma do número de BAM com motivo de encerramento x 100	678	92,5%	95%	0
		Soma do número de BAM aberto	733			
17	Plano de Educação permanente	Soma de atividades realizadas	3	100,0%	≥80%	7
		Soma de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	3			
18	Resolubilidade da Ouvidoria	Soma de manifestações resolvidas	0	-	≥90%	-
		Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas	0			
			Total		79	
			Conceito		C	

2.1 Indicadores quantitativos

Conforme contrato de gestão, a meta de atendimentos foi alterada para um intervalo de 8.500 a 10.000 atendimentos, unidade tipo B

Na **Competência 03/2020 (26 a 31)**, no que diz respeito às atividades assistenciais da UPA COPACABANA, foram acolhidos 748 pacientes dos quais 648 foram registrados e destes 738 pacientes foram classificados quanto ao risco. Quanto ao total de atendimentos, foram realizados 724 atendimentos médicos (670 de Clínica Médica e 54 de Pediatria), nenhum usuário buscou a unidade e foram atendidos pelo serviço social e nenhum atendimento odontológico.

Sendo assim, para esta competência, o alcance foi de 36% da meta proporcional ao período. É muito importante enfatizar que as unidades de pronto atendimento funcionam ininterruptamente, ou seja, 7 dias por semana, 24h por dia, de portas abertas e com demanda livre.

2.2 Indicadores qualitativos

Os indicadores de desempenho são ferramentas desenvolvidas como a finalidade de monitorar e avaliar garantindo o aprimoramento constante e eficaz, das ações de gestão e vigilância em saúde.

Sendo assim, no período analisado 11 dos 18 citados atingiram e/ou superaram as metas estabelecidas e 03 não tiveram ocorrência no período, totalizando 79 pontos e com conceito C, (Tabela 1). Não serão descritos os indicadores que não alcançaram as metas por se tratar de 06 dias de atividades no mês.

É importante ratificar que as informações do relatório têm por objetivo principal a prestação de contas no que diz respeito à produção assistencial e indicadores de desempenho referente ao período de 26/03/2020 a 31/03/2020, ou seja, seis dias de atividades. Sendo assim, considerando este período, não é possível fazer análises ou avaliar desempenho da organização social na gestão da unidade.

3 Anexo

3.1 Ata de Comissão de Revisão de Prontuário

Fonte: Coordenação da unidade



ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H COPACABANA

No dia 01 de Abril de 2020, às 10:00 horas, reuniram-se na UPA 24H COPACABANA os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários, a saber, Dr. Francys Vicente Corrêa Rimolo (Coordenador Médico), Alice Maria Lisboa (Coordenadora de Enfermagem) e Fernanda Lessa Teixeira (Coordenadora Administrativa). Deu-se início a reunião da Comissão de Revisão de Prontuários com a finalidade de melhorar o serviço prestado e a qualidade da assistência, priorizando a humanização no atendimento e aprimorando as deficiências ocorridas na assistência aos pacientes desta unidade, no período de 26 de março à 31 de Março de 2020, baseando-se nas informações obtidas pelos prontuários dos pacientes, Livro de Ordens e Ocorrências e sistema TIMED.

- 1.1 No período foram totalizados 24 pacientes em observação, sendo 10 na Sala Amarela Adulto, 01 na Sala Amarela pediátrica, 08 pacientes na Sala Vermelha e 06 pacientes no Isolamento.
- 1.2 Dos 24 prontuários analisados, foi verificado que 24 possuem cópia de documentos de identificação do paciente.
- 1.3 Dos 24 prontuários analisados, foi verificado que 24 possuem diagnóstico médico informado em prontuário.
- 1.4 Dos 24 prontuários analisados, foi verificado que 24 possuem evolução médica diária.
- 1.5 Dos 24 prontuários analisados, foi verificado que 24 possuem evolução de enfermagem diária.



1.6 Dos 24 prontuários analisados, foi verificado que 24 possuem exames complementares para apoio diagnóstico.

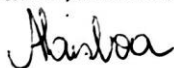
1.7 Dos 24 prontuários analisados, foi verificado que 24 possuem carimbo e assinatura dos profissionais envolvidos no atendimento.

Foi revisado o fluxo de fechamento e entrega dos prontuários para revisão e arquivamento.

A comissão compromete-se a trabalhar junto as equipes a importância dos registros impressos, da identificação do paciente em cada documento e melhora da qualidade das informações registradas pelos profissionais, a descrição correta dos CIDs e encerramento dos BAMs e suas justificativas.

Nada a mais a tratar, a ata foi lida, considerada conforme e assinada por todos os membros nomeados as 11:15 min do dia 01 de Abril de 2020.

Alice M^o Lisboa
COREN-RJ 233.420
Coordenação de Enfermagem

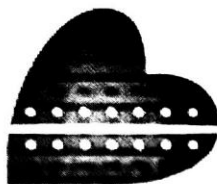


Fernanda Lessa Teixeira
Coord. Administrativa
UPA COPACABANA

Dr. Francys V.C. Rimolo
Médico
CRM 5287303-9

3.2 Ata de Comissão de Ética Médica

Fonte: Coordenação da unidade



VIVARIO

6ª ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS
COPACABANA

Procedimento 001/2020.

Ao primeiro dia do mês de Abril de dois mil e vinte, na sala de reuniões da UPA 24 horas Copacabana, situada na Rua: Siqueira Campos, 129 – Copacabana – Rio de Janeiro, a comissão de ética médica reuniu-se para abordagem de queixas éticas ocorridas na unidade de Copacabana. Não Houve nenhuma queixa reportada a nenhum dos membros da comissão. Sem mais assuntos abordados nessa reunião, encerrou – se a presente reunião às 20:00 horas.

Na qualidade de presidente da Comissão de Ética Médica, eu, Gustavo Fleury Sócrates Gomes Pinto, redigi e lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e por todos os membros presentes.

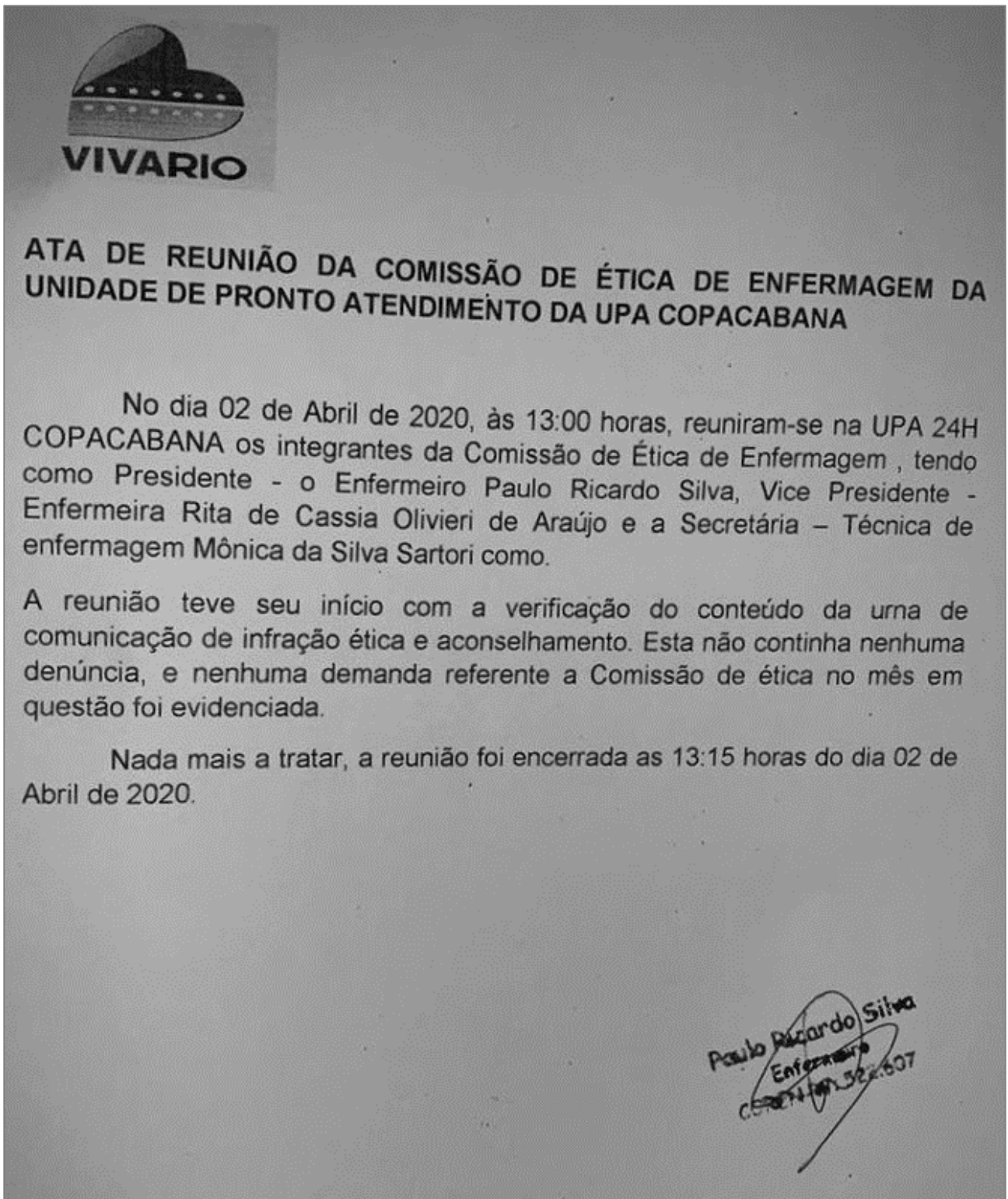
Rio de Janeiro ,01 de Abril de 2020.

 CRM RJ: 52 011694-0.
Gustavo Fleury Sócrates Gomes Pinto

PRESIDENTE COMISSÃO ÉTICA MÉDICA

3.3 Ata de Comissão de Ética de Enfermagem

Fonte: Coordenação da unidade



3.4 Ata de Comissão de Qualidade e Segurança do Pacientes

Fonte: Coordenação da unidade



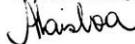
ATA DE REUNIÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA COPACABANA

No dia 02 de Abril de 2020, às 10:00 horas, reuniram-se na UPA 24H COPACABANA os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar a saber, Dr. Francys Vicente Corrêa Rimolo (Coordenador Médico), Alice Maria Lisboa (Coordenadora de Enfermagem) e Fernanda Lessa Teixeira (Coordenadora Administrativa). Iniciando a reunião apresentando Plano de Segurança do Paciente, revisando e validando o **Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** para a UPA 24H Copacabana. Realizado treinamento intenso sobre COVI-19 com intuito de instruir equipe e a população. Realizado reunião via conferência em 30 de março de 2020 com Nádia responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Secretaria Estadual de Saúde, a fim de definir processos e adotar medidas que promovem a segurança do paciente e equipe nesse momento de Pandemia de Covid 19.

A comissão ressalta a importância de manter o fluxo e reforçar mensalmente a comunicação dos médicos com a enfermagem, de modo que todos os pacientes com diagnóstico de arboviroses, e outras doenças de notificações compulsórias tenham o (SINAN), preenchido após o diagnóstico e fechamento do boletim médico. Não ocorreu nenhuma Notificação de Evento adverso no período em questão. A Comissão também reforçou importância das equipes seguirem os protocolos estabelecidos da unidade e mensalmente reforçar RDC nº 36 de segurança do paciente e NR 32.

Nada a mais a tratar, a ata foi lida, considerada conforme e assinada por todos os membros nomeados e finalizada as 11:20 horas do dia 02 de Abril de 2020.

Alice M. Lisboa
COREN-RJ 233.420
Coordenação de Enfermagem



Fernanda Lessa Teixeira
Coord. Administrativa
UPA COPACABANA

Dr. Francys V.C. Rimolo
Médico
CRM: 5287303-9

3.5 Notificação: Violências

Fonte: Coordenação Unidade

SECRETARIA FEDERAL DE SAÚDE
Ministério da Saúde

SINAM
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

1 Tipo de Notificação: 2 Individual

3 Agremiação: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA Código (ICM): 799 4 Data de notificação: 28/03/2020

4 UF: 5 Município de notificação: RJ Rio de Janeiro

6 Unidade notificadora: 1 Unidade de Saúde 2 Unidade de Assistência Social 3 Estabelecimento de Ensino 4 Conselho Tutar 5 Instituto de Saúde Pública 6 Outra (Especificar) 7 Outra

7 Nome da Unidade Notificadora: UPA Copacabana

8 Unidade de Saúde

9 Nome do paciente: Diogo José Rezecan das Santos

10 Data de nascimento: 28/03/2020

11 Número de identificação: 3010419908

12 Sexo: 1 - M 2 - F 3 - Não informado

13 Data de ocorrência: 28/03/2020

14 Hora: 1 - Manhã 2 - Tarde 3 - Noite 4 - Não informado

15 Local de ocorrência: 1 - Casa 2 - Rua 3 - Praça 4 - Mercado 5 - Loja 6 - Parquinho 7 - Praça de lazer 8 - Parque 9 - Estádio 10 - Espaço público 11 - Espaço privado 12 - Espaço coletivo 13 - Espaço comunitário 14 - Espaço religioso 15 - Espaço de trabalho 16 - Espaço de recreação 17 - Espaço de transporte 18 - Espaço de trânsito 19 - Espaço de circulação 20 - Espaço de estacionamento 21 - Espaço de circulação de veículos 22 - Espaço de circulação de pedestres 23 - Espaço de circulação de bicicletas 24 - Espaço de circulação de animais 25 - Espaço de circulação de veículos e pedestres 26 - Espaço de circulação de veículos e bicicletas 27 - Espaço de circulação de veículos e animais 28 - Espaço de circulação de veículos, bicicletas e animais 29 - Espaço de circulação de veículos, bicicletas e animais e outros

16 Nome do doente: Mari Rezecan das Santos

17 Número do Cartão SUS

18 UF: 19 Município de residência: RJ Rio de Janeiro

20 Bairro: Copacabana

21 Bairro: Copacabana

22 Número: 23 Complemento (rua, casa, etc.): Não informado

24 Número: 25 Complemento (rua, casa, etc.): Não informado

26 (CIE) Telefone

27 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periferia 4 - Ignorado

28 Fato de ocorrência fora do Brasil

Dados Complementares

29 Nome Social

30 Situação conjugal / Estado civil: 1 - Solteiro 2 - Casado(a) consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado

31 Orientação Sexual: 1 - Heterossexual 2 - Homossexual 3 - Bissexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado

32 Identidade de gênero: 1 - Feminino 2 - Masculino 3 - Não se aplica 4 - Ignorado

33 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado

34 Se sim, qual tipo de deficiência? 1 - Deficiência física 2 - Deficiência intelectual 3 - Deficiência auditiva 4 - Deficiência visual 5 - Deficiência múltipla 6 - Deficiência emocional 7 - Deficiência mental 8 - Outras

35 Tipo de ocorrência: 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 4 - Ignorado

36 UF: 37 Município de ocorrência: RJ Rio de Janeiro

38 Data: 39 Legado em sua ocorrência: 1 - Sim 2 - Não 3 - Não informado

40 Número: 41 Complemento (rua, casa, etc.): Não informado

42 Número: 43 Complemento (rua, casa, etc.): Não informado

44 Hora de ocorrência: 1 - 00:00 - 23:59 horas

45 Local de ocorrência: 1 - Residência 2 - Praça 3 - Rua 4 - Mercado 5 - Loja 6 - Parquinho 7 - Praça de lazer 8 - Parque 9 - Estádio 10 - Espaço público 11 - Espaço privado 12 - Espaço coletivo 13 - Espaço comunitário 14 - Espaço religioso 15 - Espaço de trabalho 16 - Espaço de recreação 17 - Espaço de transporte 18 - Espaço de trânsito 19 - Espaço de circulação 20 - Espaço de circulação de veículos 21 - Espaço de circulação de pedestres 22 - Espaço de circulação de bicicletas 23 - Espaço de circulação de animais 24 - Espaço de circulação de veículos e pedestres 25 - Espaço de circulação de veículos e bicicletas 26 - Espaço de circulação de veículos e animais 27 - Espaço de circulação de veículos, bicicletas e animais 28 - Espaço de circulação de veículos, bicicletas e animais e outros

46 Ocorrência subseqüente? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado

47 A vítima foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado

03/03/2020



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

1) Tipo de notificação: **2 - violência**
2) Agravamento: **VIOLÊNCIA INTERPESONAL AUTOPROVOCADA**
3) Código CID-10: **799**
4) Data de notificação: **21/03/2020**
5) Código ICD-10: **000**

6) Município de ocorrência: **Rio de Janeiro**
7) Unidade notificadora: **UPA COPACABANA**
8) Unidade de Saúde: **1**
9) Data de ocorrência do acidente: **21/03/2020**

10) Nome do paciente: **Júlio Augusto Vieira da Silva**
11) Data de nascimento: **25/10/1988**
12) Sexo: **M**
13) Estado civil: **2 - casado**
14) Raça/cor: **4**
15) Escolaridade: **4**

16) Nome do responsável: **Maria Augusta Vieira da Silva**
17) Nome de referência: **Maria Augusta Vieira da Silva**
18) Endereço: **Rio de Janeiro**
19) Município de residência: **COPACABANA**
20) Bairro: **R. Princesa Isabel**
21) Número: **334**
22) Complemento (alt. casa): **APT. 302**
23) CEP: **22013020**

24) Data de ocorrência: **21/03/2020**
25) Hora de ocorrência: **19:00**

Dados Complementares

26) Tipo de violência: **2 - violência interpessoal**
27) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
28) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
29) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
30) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
31) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
32) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
33) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
34) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
35) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
36) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
37) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
38) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
39) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
40) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
41) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
42) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
43) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
44) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
45) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
46) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
47) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
48) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
49) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
50) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
51) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
52) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
53) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
54) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
55) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
56) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
57) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
58) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
59) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
60) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
61) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
62) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
63) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
64) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
65) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
66) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
67) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
68) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
69) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
70) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
71) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
72) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
73) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
74) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
75) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
76) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
77) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
78) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
79) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
80) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
81) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
82) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
83) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
84) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
85) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
86) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
87) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
88) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
89) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
90) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
91) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
92) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
93) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
94) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
95) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
96) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
97) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
98) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
99) Tipo de agressão: **3 - espancamento**
100) Tipo de agressão: **3 - espancamento**



Residência Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

1 Tipo de Notificação: 2. Agravado

3. Agente Etiológico: **VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA** Código (C-ETI) **Y99** 4. Data de notificação: **01/03/2020** Código (DTCC)

5. Local de ocorrência: **Residência do Titular**

6. Local de Notificação: 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Atenção Especial 3 - Estabelecimento de Saúde 4 - Consultório 5 - Casa de Saúde 6 - Centro de Saúde 7 - Centro de Diagnóstico e Referência 8 - Outros

7. Nome do Unidade de Notificação: **UPA Copacabana** Código (Unidade) **00000000000000000000** 8. Unidade de Saúde: **UPA Copacabana** Código (ESUS)

9. Nome do paciente: **Valeria Santos de Souza** 10. Data de ocorrência do episódio: **28/03/2020**

11. Data de registro: **01/03/2020** 12. Hora de registro: **14:00** 13. Sexo do Agravado: **F** 14. Estado Civil: **Desquitado** 15. Mãe do Agravado: **0** 16. Mãe do Agravado: **0** 17. Mãe do Agravado: **0** 18. Mãe do Agravado: **0** 19. Mãe do Agravado: **0** 20. Mãe do Agravado: **0** 21. Mãe do Agravado: **0** 22. Mãe do Agravado: **0** 23. Mãe do Agravado: **0** 24. Mãe do Agravado: **0** 25. Mãe do Agravado: **0** 26. Mãe do Agravado: **0** 27. Mãe do Agravado: **0** 28. Mãe do Agravado: **0** 29. Mãe do Agravado: **0** 30. Mãe do Agravado: **0** 31. Mãe do Agravado: **0** 32. Mãe do Agravado: **0** 33. Mãe do Agravado: **0** 34. Mãe do Agravado: **0** 35. Mãe do Agravado: **0** 36. Mãe do Agravado: **0** 37. Mãe do Agravado: **0** 38. Mãe do Agravado: **0** 39. Mãe do Agravado: **0** 40. Mãe do Agravado: **0** 41. Mãe do Agravado: **0** 42. Mãe do Agravado: **0** 43. Mãe do Agravado: **0** 44. Mãe do Agravado: **0** 45. Mãe do Agravado: **0** 46. Mãe do Agravado: **0** 47. Mãe do Agravado: **0** 48. Mãe do Agravado: **0** 49. Mãe do Agravado: **0** 50. Mãe do Agravado: **0** 51. Mãe do Agravado: **0** 52. Mãe do Agravado: **0** 53. Mãe do Agravado: **0** 54. Mãe do Agravado: **0** 55. Mãe do Agravado: **0** 56. Mãe do Agravado: **0** 57. Mãe do Agravado: **0** 58. Mãe do Agravado: **0** 59. Mãe do Agravado: **0** 60. Mãe do Agravado: **0** 61. Mãe do Agravado: **0** 62. Mãe do Agravado: **0** 63. Mãe do Agravado: **0** 64. Mãe do Agravado: **0** 65. Mãe do Agravado: **0** 66. Mãe do Agravado: **0** 67. Mãe do Agravado: **0** 68. Mãe do Agravado: **0** 69. Mãe do Agravado: **0** 70. Mãe do Agravado: **0** 71. Mãe do Agravado: **0** 72. Mãe do Agravado: **0** 73. Mãe do Agravado: **0** 74. Mãe do Agravado: **0** 75. Mãe do Agravado: **0** 76. Mãe do Agravado: **0** 77. Mãe do Agravado: **0** 78. Mãe do Agravado: **0** 79. Mãe do Agravado: **0** 80. Mãe do Agravado: **0** 81. Mãe do Agravado: **0** 82. Mãe do Agravado: **0** 83. Mãe do Agravado: **0** 84. Mãe do Agravado: **0** 85. Mãe do Agravado: **0** 86. Mãe do Agravado: **0** 87. Mãe do Agravado: **0** 88. Mãe do Agravado: **0** 89. Mãe do Agravado: **0** 90. Mãe do Agravado: **0** 91. Mãe do Agravado: **0** 92. Mãe do Agravado: **0** 93. Mãe do Agravado: **0** 94. Mãe do Agravado: **0** 95. Mãe do Agravado: **0** 96. Mãe do Agravado: **0** 97. Mãe do Agravado: **0** 98. Mãe do Agravado: **0** 99. Mãe do Agravado: **0** 100. Mãe do Agravado: **0**

17. Nome do Cartão SUS: **Valeria dos Santos Souza**

18. UF: **RJ** 19. Município de Residência: **Engenheiro de São Carlos** (Código IBGE) 20. Distrito: **Engenheiro de São Carlos**

21. Bairro: **Engenheiro de São Carlos** 22. Logradouro (rua, avenida, etc.): **Rua D** Código

23. Número: **28** 24. Complemento (apto, casa, etc.): **28** 25. Cep: **13.125-100** 26. Cidade: **Engenheiro de São Carlos**

27. Cidade: **Engenheiro de São Carlos** 28. Ponto de Referência: **Rua D** 29. CEP: **13.125-100**

30. DDD Telefone: **219** 31. Zona: **1 - urbana 2 - rural 3 - insular 4 - fronteiriça 5 - grande** 32. País (em residência fora do Brasil): **Brasil (Demarcação)**

Dados Complementares

33. Nome Sobrenome: **ASG** 34. Ocupação: **ASG**

35. Situação conjugal/Estado civil: **1 - Solteiro 2 - Casado/União consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - ignorado** **1**

36. Orientação sexual: **1 - Heterossexual 2 - Homossexual (parceiros do mesmo sexo) 3 - Bissexual 4 - Ignorado** **1**

37. Orientação sexual: **1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Transsexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado** **1**

38. Possui algum tipo de deficiência funcional? **1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado** **1**

39. Se sim, qual tipo de deficiência funcional? **1 - Deficiência física 2 - Deficiência visual 3 - Deficiência auditiva 4 - Deficiência intelectual 5 - Deficiência múltipla 6 - Outras** **1**

40. UF: **RJ** 41. Município de residência: **Engenheiro de São Carlos** Código (IBGE) 42. Distrito: **Engenheiro de São Carlos**

43. Bairro: **Engenheiro de São Carlos** 44. Logradouro (rua, avenida, etc.): **Rua D** Código

45. Número: **28** 46. Complemento (apto, casa, etc.): **28** 47. Cep: **13.125-100** 48. Cidade: **Engenheiro de São Carlos**

49. Ponto de Referência: **Rua D** 50. Zona: **1 - urbana 2 - rural 3 - insular 4 - fronteiriça 5 - grande** 51. País de residência: **Brasil - Demarcação**

52. Situação conjugal/Estado civil: **1 - Solteiro 2 - Casado/União consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - ignorado** **1**

53. Orientação sexual: **1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Transsexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado** **1**

54. Possui algum tipo de deficiência funcional? **1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado** **1**

55. Se sim, qual tipo de deficiência funcional? **1 - Deficiência física 2 - Deficiência visual 3 - Deficiência auditiva 4 - Deficiência intelectual 5 - Deficiência múltipla 6 - Outras** **1**

56. UF: **RJ** 57. Município de residência: **Engenheiro de São Carlos** Código (IBGE) 58. Distrito: **Engenheiro de São Carlos**

59. Bairro: **Engenheiro de São Carlos** 60. Logradouro (rua, avenida, etc.): **Rua D** Código

61. Número: **28** 62. Complemento (apto, casa, etc.): **28** 63. Cep: **13.125-100** 64. Cidade: **Engenheiro de São Carlos**

65. Ponto de Referência: **Rua D** 66. Zona: **1 - urbana 2 - rural 3 - insular 4 - fronteiriça 5 - grande** 67. País de residência: **Brasil - Demarcação**

68. Situação conjugal/Estado civil: **1 - Solteiro 2 - Casado/União consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - ignorado** **1**

69. Orientação sexual: **1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Transsexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado** **1**

70. Possui algum tipo de deficiência funcional? **1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado** **1**

71. Se sim, qual tipo de deficiência funcional? **1 - Deficiência física 2 - Deficiência visual 3 - Deficiência auditiva 4 - Deficiência intelectual 5 - Deficiência múltipla 6 - Outras** **1**

SINAN 13.06.2015

26 27 28 29 30 31

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Esta ficha tem por finalidade o controle de notificações de doenças transmissíveis e de agravos de notificação obrigatória, bem como a identificação de eventos de saúde pública, visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle das doenças de notificação obrigatória, bem como a identificação de agravos de notificação de importância pública, visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle das doenças de notificação obrigatória.

1. Tipo de notificação	2. Unidade	3. Data de notificação	4. Nome do notificador
1. Agravamento	VIA SINAN DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	Y01	20/03/2020
5. Nome do paciente	6. Idade	7. Sexo	8. Estado de residência
Rita de Jesus	31	F	SP
9. Nome do estabelecimento	10. Endereço	11. Data de início dos sintomas	12. Data de notificação
UPA Copacabana	UPA Copacabana	20/03/2020	20/03/2020
13. Nome do profissional	14. Diagnóstico	15. Cód. CID-10	16. Cód. ICD-9
Marcelo Magalhães Silva	COVID-19	J12.91	041.91
17. Nome do laboratório	18. Nome do paciente	19. Nome do profissional	20. Nome do estabelecimento
UPA Copacabana	Marcelo Rosa Magalhães	UPA Copacabana	UPA Copacabana
21. Nome do paciente	22. Nome do estabelecimento	23. Nome do profissional	24. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana	UPA Copacabana	UPA Copacabana
25. Nome do paciente	26. Nome do estabelecimento	27. Nome do profissional	28. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana	UPA Copacabana	UPA Copacabana
29. Nome do paciente	30. Nome do estabelecimento	31. Nome do profissional	32. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana	UPA Copacabana	UPA Copacabana

Dados Complementares

33. Nome do paciente	34. Endereço
Rita de Jesus	Copacabana
35. Considerar caso de risco	36. Índice de gravidade
1 - Sim 2 - Não	1 - Grave 2 - Moderado 3 - Leve
37. Tipo de notificação	38. Tipo de notificação
1 - Agravamento 2 - Agravamento grave 3 - Agravamento grave 4 - Agravamento grave 5 - Agravamento grave	1 - Trabalho 2 - Não se aplica 3 - Trabalho 4 - Não se aplica 5 - Trabalho
39. Tipo de notificação de saúde pública	40. Se está qual se do colônio é o caso?
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 4 - Gravidade
41. Definição de caso	42. Definição de caso
1 - Definição clínica 2 - Definição laboratorial 3 - Definição clínica 4 - Definição laboratorial 5 - Definição clínica 6 - Definição laboratorial	1 - Trabalho 2 - Não se aplica 3 - Trabalho 4 - Não se aplica 5 - Trabalho
43. Nome do paciente	44. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana
45. Nome do paciente	46. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana
47. Nome do paciente	48. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana
49. Nome do paciente	50. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana
51. Nome do paciente	52. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana
53. Nome do paciente	54. Nome do estabelecimento
Rita de Jesus	UPA Copacabana

01:30 h

SINAN 10/2019

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Este formulário tem como finalidade a notificação de violência doméstica/familiar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho análogo ao de escravo, intervenção legal e violência humilhante contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência institucional/comunitária, somente serão objeto de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

1. Tipo de Notificação: 1 - Individual

2. Agressão: **VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA** Código ICD-10: **YES** Data de ocorrência: **31.03.2020**

3. Município de ocorrência: **Rio de Janeiro** Código IBGE: _____

4. Unidade notificadora: **UPA** Código UPA: _____

5. Unidade de Saúde: **UPA Copacabana** Código UPA: _____

6. Nome da Unidade notificadora: **UPA** Código UPA: _____

7. Nome da Unidade de Saúde: **UPA Copacabana** Código UPA: _____

8. Data de ocorrência do evento: **31.03.2020**

9. Nome do(s) autor(es): **Uísir Bernardino de Figueiredo** Código UPA: _____

10. Nome do(s) vítima(s): **Uísir Bernardino de Figueiredo** Código UPA: _____

11. Nome do(s) Causa(s): _____

12. Sexo do(s) autor(es): **M** 13. Sexo da(s) vítima(s): **M** 14. Idade do(s) autor(es): _____ 15. Idade da(s) vítima(s): _____

16. Estado civil: _____

17. Nome do(s) Causa(s): _____

18. Nome do(s) Causa(s): **Uísir Bernardino de Figueiredo**

19. UF: **RJ** Município de ocorrência: **Rio de Janeiro** Código IBGE: _____ 20. Distrito: _____

21. Bairro: **Gávea** 22. Logradouro (rua, avenida, etc.): **Estrada Santa Xarute** Código: _____

23. Número: **59** 24. Complemento (apto., sala, etc.): **condomínio Santa Xarute nº 33** 25. Sem campo 1: _____

26. Tipo de violência: **Violência física** 27. Tipo de violência: **Violência física** 28. Tipo de violência: **Violência física** 29. Tipo de violência: **Violência física** 30. Tipo de violência: **Violência física** 31. Tipo de violência: **Violência física** 32. Tipo de violência: **Violência física** 33. Tipo de violência: **Violência física** 34. Tipo de violência: **Violência física** 35. Tipo de violência: **Violência física** 36. Tipo de violência: **Violência física** 37. Tipo de violência: **Violência física** 38. Tipo de violência: **Violência física** 39. Tipo de violência: **Violência física** 40. Tipo de violência: **Violência física** 41. Tipo de violência: **Violência física** 42. Tipo de violência: **Violência física** 43. Tipo de violência: **Violência física** 44. Tipo de violência: **Violência física** 45. Tipo de violência: **Violência física** 46. Tipo de violência: **Violência física** 47. Tipo de violência: **Violência física** 48. Tipo de violência: **Violência física** 49. Tipo de violência: **Violência física** 50. Tipo de violência: **Violência física** 51. Tipo de violência: **Violência física** 52. Tipo de violência: **Violência física** 53. Tipo de violência: **Violência física** 54. Tipo de violência: **Violência física** 55. Tipo de violência: **Violência física** 56. Tipo de violência: **Violência física** 57. Tipo de violência: **Violência física** 58. Tipo de violência: **Violência física** 59. Tipo de violência: **Violência física** 60. Tipo de violência: **Violência física** 61. Tipo de violência: **Violência física** 62. Tipo de violência: **Violência física** 63. Tipo de violência: **Violência física** 64. Tipo de violência: **Violência física** 65. Tipo de violência: **Violência física** 66. Tipo de violência: **Violência física** 67. Tipo de violência: **Violência física** 68. Tipo de violência: **Violência física** 69. Tipo de violência: **Violência física** 70. Tipo de violência: **Violência física** 71. Tipo de violência: **Violência física** 72. Tipo de violência: **Violência física** 73. Tipo de violência: **Violência física** 74. Tipo de violência: **Violência física** 75. Tipo de violência: **Violência física** 76. Tipo de violência: **Violência física** 77. Tipo de violência: **Violência física** 78. Tipo de violência: **Violência física** 79. Tipo de violência: **Violência física** 80. Tipo de violência: **Violência física** 81. Tipo de violência: **Violência física** 82. Tipo de violência: **Violência física** 83. Tipo de violência: **Violência física** 84. Tipo de violência: **Violência física** 85. Tipo de violência: **Violência física** 86. Tipo de violência: **Violência física** 87. Tipo de violência: **Violência física** 88. Tipo de violência: **Violência física** 89. Tipo de violência: **Violência física** 90. Tipo de violência: **Violência física** 91. Tipo de violência: **Violência física** 92. Tipo de violência: **Violência física** 93. Tipo de violência: **Violência física** 94. Tipo de violência: **Violência física** 95. Tipo de violência: **Violência física** 96. Tipo de violência: **Violência física** 97. Tipo de violência: **Violência física** 98. Tipo de violência: **Violência física** 99. Tipo de violência: **Violência física** 100. Tipo de violência: **Violência física**

29. Data de ocorrência: **31.03.2020** 30. Hora de ocorrência: **14:30** 31. País de ocorrência: **BRA**

Dados Complementares

32. Nome social: _____ 33. Nome social: **Uísir Bernardino**

34. Situação conjugal / Estado civil: _____

35. Orientação sexual: _____ 36. Orientação sexual: **1** 37. Orientação sexual: _____ 38. Orientação sexual: _____

39. Possui algum tipo de deficiência? _____ 40. Possui algum tipo de deficiência? **1** 41. Possui algum tipo de deficiência? _____ 42. Possui algum tipo de deficiência? _____

43. UF: **RJ** Município de ocorrência: _____ 44. Distrito: _____

45. Bairro: **Gávea** 46. Logradouro (rua, avenida, etc.): **Estrada Santa Xarute** Código: _____

47. Número: **59** 48. Complemento (apto., sala, etc.): **condomínio Santa Xarute nº 33** 49. Sem campo 1: _____

50. Tipo de violência: **Violência física** 51. Tipo de violência: **Violência física** 52. Tipo de violência: **Violência física** 53. Tipo de violência: **Violência física** 54. Tipo de violência: **Violência física** 55. Tipo de violência: **Violência física** 56. Tipo de violência: **Violência física** 57. Tipo de violência: **Violência física** 58. Tipo de violência: **Violência física** 59. Tipo de violência: **Violência física** 60. Tipo de violência: **Violência física** 61. Tipo de violência: **Violência física** 62. Tipo de violência: **Violência física** 63. Tipo de violência: **Violência física** 64. Tipo de violência: **Violência física** 65. Tipo de violência: **Violência física** 66. Tipo de violência: **Violência física** 67. Tipo de violência: **Violência física** 68. Tipo de violência: **Violência física** 69. Tipo de violência: **Violência física** 70. Tipo de violência: **Violência física** 71. Tipo de violência: **Violência física** 72. Tipo de violência: **Violência física** 73. Tipo de violência: **Violência física** 74. Tipo de violência: **Violência física** 75. Tipo de violência: **Violência física** 76. Tipo de violência: **Violência física** 77. Tipo de violência: **Violência física** 78. Tipo de violência: **Violência física** 79. Tipo de violência: **Violência física** 80. Tipo de violência: **Violência física** 81. Tipo de violência: **Violência física** 82. Tipo de violência: **Violência física** 83. Tipo de violência: **Violência física** 84. Tipo de violência: **Violência física** 85. Tipo de violência: **Violência física** 86. Tipo de violência: **Violência física** 87. Tipo de violência: **Violência física** 88. Tipo de violência: **Violência física** 89. Tipo de violência: **Violência física** 90. Tipo de violência: **Violência física** 91. Tipo de violência: **Violência física** 92. Tipo de violência: **Violência física** 93. Tipo de violência: **Violência física** 94. Tipo de violência: **Violência física** 95. Tipo de violência: **Violência física** 96. Tipo de violência: **Violência física** 97. Tipo de violência: **Violência física** 98. Tipo de violência: **Violência física** 99. Tipo de violência: **Violência física** 100. Tipo de violência: **Violência física**

61. Ocorrência recorrente? **1**

62. A vítima foi agressada? **2**

BR/15.03.2020

União Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ADOVAOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

1. Tipo de Notificação: Individual

2. Agravância: VIOLENCIA INTERPERSONAL INTERFAMILIAR

3. Descrição da ocorrência:
31032020
Código (SIGTAP)

4. UF: RJ 5. Município de ocorrência: Rio de Janeiro

6. Unidade notificadora: UPA

7. Nome da Unidade de Saúde: UPA COPACABANA

8. Nome do paciente: Alice Beatriz de Figueiredo

9. Data de ocorrência da violência: 31032020

10. Data de preenchimento da ficha: 27081930

11. Sexo: F

12. Idade: 59

13. Nome do Marido: Gáucia Juliana Gomes

14. Gestação: 5

15. Mãe do Doente: 1

16. Escolaridade: 9

17. Número do Cartão SUS: 22451240

18. Nome do doente: Gáucia Juliana Gomes

19. UF: RJ 20. Município de residência: Rio de Janeiro

21. Bairro: Gáucia

22. Logradouro (rua, avenida, etc.): Rua Santa Mariana

23. Número: 59

24. Complemento (apla, casa, etc.): Alameda Somambaiá nº13

25. Cidade: Porto Garcia BR.

26. CEP: 22451240

27. Gen. campo 2

28. DDD Telefone: 21

29. Telefone: 24270819

30. Zona: 1

31. Hora (de 00:00 às 23:59 horas): 10:30

32. Hora de ocorrência (00:00 - 23:59 horas): 10:30

33. Nome Social: Alice Beatriz de Figueiredo

34. Ocupação: pensionista

35. Situação conjugal / Estado civil: 3

36. Orientação Sexual: 9

37. Estado civil de gênero: 8

38. Possui algum tipo de deficiência? 9

39. Se sim, qual tipo de deficiência? 9

40. UF: RJ 41. Município de ocorrência: Rio de Janeiro

42. Bairro: Gáucia

43. Logradouro (rua, avenida, etc.): Rua Santa Mariana

44. Número: 59

45. Complemento (apla, casa, etc.): Alameda Somambaiá

46. Cidade: Porto Garcia BR.

47. CEP: 22451240

48. Local de ocorrência: 01

49. Local de ocorrência: 01

50. Local de ocorrência: 01

51. Local de ocorrência: 01

52. Local de ocorrência: 01

53. Local de ocorrência: 01

54. Local de ocorrência: 01

55. Local de ocorrência: 01

56. Local de ocorrência: 01

57. Local de ocorrência: 01

58. Local de ocorrência: 01

59. Local de ocorrência: 01

60. Local de ocorrência: 01

61. Local de ocorrência: 01

62. Local de ocorrência: 01

63. Local de ocorrência: 01

64. Local de ocorrência: 01

65. Local de ocorrência: 01

66. Local de ocorrência: 01

67. Local de ocorrência: 01

68. Local de ocorrência: 01

69. Local de ocorrência: 01

70. Local de ocorrência: 01

71. Local de ocorrência: 01

72. Local de ocorrência: 01

73. Local de ocorrência: 01

74. Local de ocorrência: 01

75. Local de ocorrência: 01

76. Local de ocorrência: 01

77. Local de ocorrência: 01

78. Local de ocorrência: 01

79. Local de ocorrência: 01

80. Local de ocorrência: 01

81. Local de ocorrência: 01

82. Local de ocorrência: 01

83. Local de ocorrência: 01

84. Local de ocorrência: 01

85. Local de ocorrência: 01

86. Local de ocorrência: 01

87. Local de ocorrência: 01

88. Local de ocorrência: 01

89. Local de ocorrência: 01

90. Local de ocorrência: 01

91. Local de ocorrência: 01

92. Local de ocorrência: 01

93. Local de ocorrência: 01

94. Local de ocorrência: 01

95. Local de ocorrência: 01

96. Local de ocorrência: 01

97. Local de ocorrência: 01

98. Local de ocorrência: 01

99. Local de ocorrência: 01

100. Local de ocorrência: 01



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO - REVISÃO

1. Tipo de Notificação: Suspeita Confirmada

2. Caracterização: **VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROTEGIDA** Código-CORR: **703** 3. Data de notificação: **23/03/2020**

4. UF: **RJ** 5. Município de ocorrência: **Rio de Janeiro**

6. Unidade Notificadora: Unidade de Saúde Estado de Saúde Empresa de Saúde Conselho Tutelar Outros

7. Nome da Unidade Notificadora: **UPA Copacabana** 8. Endereço da Unidade: _____

9. Nome do paciente: **WELLINGTON DOMINGOS DA SILVA** 10. Data de nascimento do paciente: **03/10/1993**

11. Sexo do paciente: Masculino Feminino Indeterminado

12. Idade: **26** 13. Sexo da mãe: **M** 14. Grupos: Grupos Outros Outros Outros Outros

15. Características: _____

16. Número do Cartão SUS: _____ 17. Nome de mãe: **Maria Azevedo Domingues**

18. UF: **RJ** 19. Município de ocorrência: **Rio de Janeiro** 20. Cidade: _____

21. Nome: **Carla** 22. Legado (ou sobrenome): **A. TAVARES BASTOS**

23. Número: **53** 24. Complemento (pelo IBS): **Graciosa** 25. Documento: _____

26. Data de referência: _____ 27. Ponto de referência: _____ 28. CID: **22.202.9030**

29. CODD (Código): **2199322962** 30. Tipo: UPA Hosp Outros Outros Outros

Dados Complementares

31. Nome Social: _____ 32. DDD/UF: **América**

33. Situação conjugal / Estado civil: Solteiro Casado Viúvo Separado Não casado Ignora Outros

34. Ocorrência Sexual: Sexual Não sexual Não sexual Não sexual Não sexual

35. Motivo da ocorrência: Intimidação Ameaça Intimidação Ameaça Intimidação Ameaça

36. Características da ocorrência: Física Moral Sexual Financeira Outros Outros

37. Tipo de violência: Física Moral Sexual Financeira Outros Outros

38. Local de ocorrência: _____ 39. Cidade: _____

40. UF: **RJ** 41. Município de ocorrência: **Rio de Janeiro** 42. Estado: _____

43. Nome: **Carla** 44. Legado (ou sobrenome): **A. TAVARES BASTOS**

45. Número: **53** 46. Complemento (pelo IBS): **Graciosa** 47. Documento: _____

48. Ponto de referência: _____ 49. Tipo: UPA Hosp Outros Outros Outros

50. Características da ocorrência: Física Moral Sexual Financeira Outros Outros

51. Local de referência: _____ 52. Cidade: _____

53. UF: **RJ** 54. Município de referência: **Rio de Janeiro** 55. Estado: _____

56. Nome Social: _____ 57. DDD/UF: **América**

58. Situação conjugal / Estado civil: Solteiro Casado Viúvo Separado Não casado Ignora Outros

59. Ocorrência Sexual: Sexual Não sexual Não sexual Não sexual Não sexual

60. Motivo da ocorrência: Intimidação Ameaça Intimidação Ameaça Intimidação Ameaça

61. Características da ocorrência: Física Moral Sexual Financeira Outros Outros

62. Tipo de violência: Física Moral Sexual Financeira Outros Outros

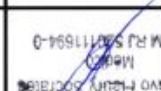

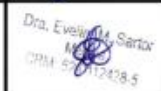
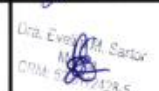

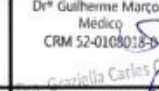
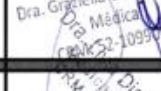
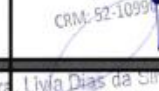




03/00


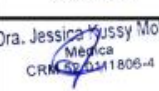


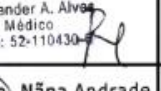
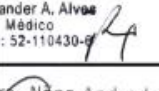
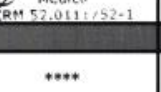

3.6 Absenteísmo Médico

Fonte: Coordenação da unidade

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 26/03/2020 DIURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUTA - ESCALA
CLÍ. MÉD.	MARCO ANTONIO	12H	846.250.747-20	07H00M	Marco Antonio A. Martins Médico CRM 5259796-0	19:00	Marco Antonio A. Martins Médico CRM 5259796-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	DANIEL NOBREGA	12H	139.991.697-10	07H50M	Dr. Daniel Grylogiel Nobrega Médico CRM: 52-0112758-5	19:00	Dr. Daniel Grylogiel Nobrega Médico CRM: 52-0112758-5	ESCALA
CLÍ. MÉD.	GUSTAVO FLEURY	12H	923.082.281-72	07H00M	Gustavo Fleury Secretão Médico CRM 52011684-0	19:00	Gustavo Fleury Secretão Médico CRM 52011684-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	VICENTE VELASQUEZ	12H	062.732.317-02	07H00M	Dr. Vicente E. Malnich Médico CRM 52-011684-5	19:00	Dr. Vicente E. Malnich Médico CRM 52-011684-5	ESCALA
PED.	RANDER ASSIS	12H	087.008.106-30	07H00M	Dr. Rander A. Alves Médico CRM: 52-110430-5	19:00	Dr. Rander A. Alves Médico CRM: 52-110430-5	ESCALA
PED.	HUGO XAVIER	12H	587.530.251-53	07H00M	Hugo Xavier Pediatra CRM/RJ 52.114074-4	19:00	Hugo Xavier Pediatra CRM/RJ 52.114074-4	ESCALA
COORD. MÉD.	FRANCINE CORRÊA	****	112.469.417-08	****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. OPERACIONAL DIURNO: TACIANA GUIMARÃES								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 26/03/2020 NOTURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUTA - ESCALA
CLÍ. MÉD.	MARCO ANTONIO	24H	846.250.747-20	07H00	Marco Antonio A. Martins Médico CRM 5259796-0		Marco Antonio A. Martins Médico CRM 5259796-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	DANIEL NOBREGA	24H	139.991.697-10	07H00	Dr. Daniel Grylogiel Nobrega Médico CRM: 52-0112758-5		Dr. Daniel Grylogiel Nobrega Médico CRM: 52-0112758-5	ESCALA
CLÍ. MÉD.	Roberto Nicolas Pimentel starter	12H	092.598.037-48	19H00	Roberto Nicolas Pimentel Médico CRM: 52-011684-2		Roberto Nicolas Pimentel Médico CRM: 52-011684-2	ESCALA
PED.	LETÍCIA OLIVEIRA	12H	123.466.417-35	19H00	Letícia Oliveira Pediatra CRM 52.0592		Letícia Oliveira Pediatra CRM 52.0592	ESCALA
PED.	TACIANO BATISTA	12H	138.129.377-86	19H00	Taciano Batista Pediatra CRM 52.0592		Taciano Batista Pediatra CRM 52.0592	ESCALA
COORD. MÉD.				****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. OPERACIONAL DIURNO: GABRIEL CABIZIERI								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 27/03/2020 DIURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUT
CLÍ. MÉD.	GUSTAVO FLEURY	12H	923.082.281-72		 Gustavo Fleury, Médico CRM RJ 520111694-0		 Gustavo Fleury, Médico CRM RJ 520111694-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	EVELIM SARTOR	12H	074.694.029-77		 Dra. Evelim Sartor Médica CRM 52.012428-5		 Dra. Evelim Sartor Médica CRM 52.012428-5	TROCA
CLÍ. MÉD.	GUILHERME MARÇOLA	12H	127.380.597-67		 Dr. Guilherme Marçola Médico CRM 52-0108018-0		 Dr. Guilherme Marçola Médico CRM 52-0108018-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	GRAZIELLA CIVIDINI	12H	078.324.206-36		 Dra. Graziella Cividini Médica CRM 52-1099094		 Dra. Graziella Cividini Médica CRM 52-1099094	TROCA
PED.	LIVIA DIAS	12H	107.510.967-17		 Dra. Livia Dias da Silva Médica - Pediatria CRM 52.98711-2		 Dra. Livia Dias da Silva Médica - Pediatria CRM 52.98711-2	TROCA
PED.	THAYANE BRUM	12H	118.986.057-00		 Thayane Brum Rosário Médica CRM 52.102743-1		 Thayane Brum Rosário Médica CRM 52.102743-1	ESCALA
COORD. MÉD.	FRANCINE CORRÊA	****	112.469.417-08	****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. OPERACIONAL DIURNO: LUCKAS VIANA								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 27/03/2020 NOTURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA -
CLÍ. MÉD.	JESSICA KUSSY	12H	704.797.661-26	19H00M	 Dra. Jessica Kussy Mollet Médica CRM 52.0111806-4		 Dra. Jessica Kussy Mollet Médica CRM 52.0111806-4	ESCALA
CLÍ. MÉD.	ROBERTO NICOLAS	12H	092.598.037-48	19H00M	 Roberto Birminghamstori Médico CRM: 52.0111290-2		 Roberto Birminghamstori Médico CRM: 52.0111290-2	ESCALA
CLÍ. MÉD.	GUILHERME MARÇOLA	12H	127.380.597-67	19H00M				ESCALA
PED.	RANDER ASSIS	12H	087.008.106-30	19H00M	 Dr. Rander A. Alves Médico CRM: 52-110430-4		 Dr. Rander A. Alves Médico CRM: 52-110430-4	ESCALA
PED.	NANA ANDRADE	12H	947.855.972-91	19H00M	 Dra. Nana Andrade Médica CRM 52.0111753-1		 Dra. Nana Andrade Médica CRM 52.0111753-1	ESCALA
COORD. MÉD.	FRANCINE CORRÊA	****	112.469.417-08	****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. OPERACIONAL NOTURNO: ERICA BEZERRA								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 29/03/2020 DIURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA -
CLÍ. MÉD.	PIETRO GOUVEIA	12H	969.462.963-20		Pietro B. Gouveia Médico CRM: 52.0116007-9		Pietro B. Gouveia Médico CRM: 52.0116007-9	ESCALA
CLÍ. MÉD.	GRAZIELLA CIVIDINI	12H	078.324.206-36		Dra. Graziella Carles Cividini Médica CRM: 52-109908-4		Dra. Graziella Carles Cividini Médica CRM: 52-109908-4	TROCA
CLÍ. MÉD.	GUILHERME MARÇOLA	24H	127.380.597-67		Drº Guilherme Marçola Médico CRM 52-0108018-0		Drº Guilherme Marçola Médico CRM 52-0108018-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	EVELIM SARTOR	12H	074.694.029-77		Dra. Evelim Sartor Médica CRM: 52.0112428-5		Dra. Evelim Sartor Médica CRM: 52.0112428-5	TROCA
PED.	LIDIANE PAES	12H	079.310.326-67		Dra. Lidiane Paes Leme Médica CRM: 52.0194782-2		Dra. Lidiane Paes Leme Médica CRM: 52.0194782-2	TROCA
PED.	VINICIUS FONSECA	12H	123.046.607-03		Vinicius de Almeida Fonseca Médico CRM: 52.0113533-0		Vinicius de Almeida Fonseca Médico CRM: 52.0113533-0	ESCALA
COORD. MÉD.		****		****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. ADMINISTRATIVO DIURNO: LUCKAS VIANA								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 29/03/2020 NOTURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA -
CLÍ. MÉD.	PIETRO GOUVEIA	12H	969.462.963-20	19H00M	Pietro B. Gouveia Médico CRM: 52.0116007-9		Pietro B. Gouveia Médico CRM: 52.0116007-9	ESCALA
CLÍ. MÉD.	VICENTE VELASQUEZ	12H	062.732.317-02	19H00M	Dr. Vicente V.V. Maltsich Médico CRM 52.0104858-8		Dr. Vicente V.V. Maltsich Médico CRM 52.0104858-8	ESCALA
CLÍ. MÉD.	GUILHERME MARÇOLA	12H	127.380.597-67	19H00M	Drº Guilherme Marçola Médico CRM 52-0108018-0		Drº Guilherme Marçola Médico CRM 52-0108018-0	ESCALA
PED.	EMELINE LEITE	12H	706.599.771-50	19H00M	Emeline Fortes Leite Médico CRM 52104114-3		Emeline Fortes Leite Médico CRM 52104114-3	ESCALA
PED.	ISAAC TEODORO	12H	067.760.996-06	19H00M	Dr. Isaac Teodoro Pediatra CRM: 52.93418-6		Dr. Isaac Teodoro Pediatra CRM: 52.93418-6	ESCALA
COORD. MÉD.		****		****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. ADMINISTRATIVO NOTURNO: ERICA BEZERRA								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 28/03/2020 NOTURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUTA - ESCALA
CLÍ. MÉD.	PIETRO GOUVEIA	12H	969.462.963-20		Pietro B. Gouveia Médico CRM-52-0118007-9		Pietro B. Gouveia Médico CRM-52-0118007-9	EXTRA
CLÍ. MÉD.	NATHALIA BANDEIRA	12H	039511061 07		Dra. Nathalia F. Bandeira Médica CRM-52-0118022		Dra. Nathalia F. Bandeira Médica CRM-52-0118022	TROCA
CLÍ. MÉD.	CLAUDIA BALLON	24H	062.442.737-45		Claudia Nezzaro B. Médica CRM-52-0104472-9		Claudia Nezzaro B. Médica CRM-52-0104472-9	ESCALA
PED.	CRISTINA MOGNON	12H	016.488.050-00		Cristina Mognon Médica CRM RJ 52-0113285-0		Cristina Mognon Médica CRM RJ 52-0113285-0	ESCALA
PED.	NANÃ LUANDA	24H	947.855.972-91		Dra. Nana Andrade Médica CRM-52-0111752-1		Dra. Nana Andrade Médica CRM-52-0111752-1	TROCA
COORD. MÉD.	****	**	****	****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. OPERACIONAL NOTURNO: TACIANA GUIMARÃES								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 28/03/2020 DIURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUTA - ESCALA
CLÍ. MÉD.	CLAUDIA BALLON	12H	062.442.737-45	07:20	Claudia Nezzaro B. Médica CRM-52-0104472-9		Claudia Nezzaro B. Médica CRM-52-0104472-9	ESCALA
CLÍ. MÉD.	YAGO BRANDÃO	12H	962.209.532-15	07:30	Dr. Yago Brandão Médico CRM-52-0108210-0		Dr. Yago Brandão Médico CRM-52-0108210-0	TROCA
CLÍ. MÉD.	GUILHERME MARÇOLA	24H	127.380.597-67	24h	Dr. Guilherme Marçola Médico CRM-52-0108210-0		Dr. Guilherme Marçola Médico CRM-52-0108210-0	ESCALA
CLÍ. MÉD.	EVELIM SARTOR	12H	074.694.029-77	07:20	Dra. Evelim M. Sartor Médica CRM-52-0118022		Dra. Evelim M. Sartor Médica CRM-52-0118022	TROCA
PED.	LIDIANE PAES	12H	079.310.326-67	07:15	Dra. Lidiane Paes Leite Médica CRM-52-0104782		Dra. Lidiane Paes Leite Médica CRM-52-0104782	TROCA
PED.	NANÃ LUANDA	24H	947.855.972-91	24h	Dra. Nana Andrade Médica CRM-52-0111752-1		Dra. Nana Andrade Médica CRM-52-0111752-1	ESCALA
COORD. MÉD.		****		****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. ADMINISTRATIVO DIURNO: TACIANA GUIMARÃES								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 30/03/2020 DIURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUTA - ESCALA
CLÍ. MÉD.	ROBERTO NICOLAS	12H	092.598.037-48	07:00	Roberto Pinheiro Médico CRM: 52-0111290-2		Roberto Pinheiro Médico CRM: 52-0111290-2	ESCALA
CLÍ. MÉD.	GRAZIELLA CIVIDINI	12H	078.324.206-36	07:00	Dra. Graziella Carles Cividini Médica CRM: 52-109907-4		Dra. Graziella Carles Cividini Médica CRM: 52-109907-4	ESCALA
CLÍ. MÉD.	JOANA AMORIM	12H	088.939.657-47	07:00	Dra. Joana Amorim Médica CRM: 52-252675-8		Dra. Joana Amorim Médica CRM: 52-252675-8	ESCALA
CLÍ. MÉD.	PALOMA DUTRA	24H	045.348.465-41	07:00	Dra. Paloma Dutra Médica CRM: 52-0116486-4		Dra. Paloma Dutra Médica CRM: 52-0116486-4	TROCA
PED.	THAYANE BRUM	12H	118.986.057-00		Thayane Brum Médica CRM: 52-102115-1		Thayane Brum Médica CRM: 52-102115-1	TROCA
PED.	ISAAC TEODORO	12H	067.750.996-06	24h	Dr. Isaac Teodoro Pediatra CRM: 52-03318-6		Dr. Isaac Teodoro Pediatra CRM: 52-03318-6	ESCALA
COORD. MÉD.		****		****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. ADMINISTRATIVO DIURNO: TACIANA GUIMARÃES								

CHECKLIST DOS MÉDICOS PLANTONISTAS - UPA COPACABANA - DIA 30/03/2020 NOTURNO								
	NOME DOS MÉDICOS	12/24h	CPF	ENTRADA	CARIMBO	SAÍDA	CARIMBO	EXTRA - TROCA - PERMUTA - ESCALA
CLÍ. MÉD.	BEATRIZ ANDRADE	12H	053.749.515-05	19H00M	Beatriz Andrade Médica CRM-RH: 52-0116616-4		Beatriz Andrade Médica CRM-RH: 52-0116616-4	ESCALA
CLÍ. MÉD.	JESSICA KUSSY	12H	704.794.661-26	19H00M	Dra. Jessica Kussy Moller Médica CRM: 52-0111806-4		Dra. Jessica Kussy Moller Médica CRM: 52-0111806-4	ESCALA
CLÍ. MÉD.	PALOMA DUTRA	24H	045.348.465-41	19H00M	Dra. Paloma Dutra Médica CRM: 52-0116486-4		Dra. Paloma Dutra Médica CRM: 52-0116486-4	ESCALA
PED.	SARAH FALCÃO	12H	045.266.975-83	19H00M	Dra. Sarah Falcão Médica CRM: 52-111884-4		Dra. Sarah Falcão Médica CRM: 52-111884-4	ESCALA
PED.	BIANCA CASTRO	12H	132.310.237-00	19H00M	Bianca Castro de C. Elias Médica CRM: 52-0112253-3		Bianca Castro de C. Elias Médica CRM: 52-0112253-3	ESCALA
COORD. MÉD.	FRANCINE CORRÊA	****	112.469.417-08	****	****	****	*****	*****
FALTA								
FÉRIAS								
AUX. OPERACIONAL NOTURNO: GABRIEL CABIZIERI								



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Aleandra Aleixo

Assistente de Informação

E-mail: aleandraaleixo@vivario.org.br

Dayane Pontes

Analista de Informação

E-mail: dayanepontes@vivario.org.br

Juliana Moreira

Analista de Informação

E-mail: julianamoreira@vivario.org.br

Daniel Fraga

Coordenador do setor Sistemas de Informação

E-mail: danielfraga@vivario.org.br



4 Assinatura

Atenciosamente,

SEBASTIÃO CORREIA DOS SANTOS
PRESIDENTE
OSS VIVA RIO

5 Recursos Financeiros

Os controles utilizados para o acompanhamento do contrato de gestão visam assegurar condições para a avaliação da correta execução financeira dos recursos repassados pela SES/RJ. Compõe o relatório financeiro: o Fluxo de Caixa, Despesas Realizadas, Conciliação Bancária e Contábil Operacional.

5.1 Fluxo de Caixa

O resumo da movimentação dos recursos está consubstanciado no Demonstrativo do Fluxo de Caixa apresentado a seguir:

UNIDADE GERENCIADA: UPA COPACABANA		Março/2020
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO		
FLUXO DE CAIXA		
		Dezembro
A - SALDO FINANCEIRO NO MÊS ANTERIOR		0,00
RECEITAS		
Contrato de Gestão		0,00
Receitas Financeiras		0,00
Outras Receitas		0,00
B - TOTAL DE RECEITAS		0,00
DESPESAS		
Pessoal		0,00
Material de Consumo		0,00
Serviços de Terceiros		0,00
Taxas/Impostos/Contribuições		0,00
Serviços Públicos		0,00
Despesas Bancárias		0,00
Outras Despesas Operacionais		0,00
Investimentos		0,00
C - TOTAL DE DESPESAS		0,00
SALDO MENSAL FINAL (A)+(B)-(C)		0,00
D - SALDO FINANCEIRO DISPONÍVEL PARA O PERÍODO SEGUINTE		
D1 - Saldo em C/C e Aplicações Financeiras		0,00
D2 - Fundo Fixo de Caixa (Caixa Pequena)		0,00
D3 - Avisos de Créditos não Lançados nos Extratos Bancários		0,00
D4 - Cheques Emitidos e não Descontados		0,00
D5 - Avisos de Débitos não Lançados nos Extratos Bancários		0,00
TOTAL (D1+D2+D3-D4-D5)		0,00

5.2 Despesas Realizadas

O montante das despesas realizadas no mês de Março/2020, lançadas neste demonstrativo por regime de caixa, de acordo com o cronograma de.

UNIDADE GERENCIADA: UPA Copacabana		Março/2020
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO		
DESPESAS REALIZADAS		
Código	Despesa	Valor (R\$)
1	PESSOAL	0,00
01.01	SALARIO	0,00
01.01.01	FOLHA NORMAL	0,00
01.01.02	13º SALÁRIO	0,00
01.01.03	FÉRIAS	0,00
01.01.04	ADIANTAMENTO 13º SALÁRIO	0,00
01.01.05	GRATIFICAÇÕES E ADICIONAIS	0,00
01.01.06	ADICIONAL 1/3 DE FÉRIAS	0,00
01.01.07	HORAS EXTRAS	0,00
01.01.99	OUTRAS VANTAGENS	0,00
01.02	BENEFÍCIOS	0,00
01.02.01	VALE TRANSPORTE	0,00
01.02.02	CESTA BÁSICA	0,00
01.02.03	CONVÊNIOS	0,00
01.02.04	VALE REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO	0,00
01.02.99	OUTROS BENEFÍCIOS	0,00
01.03	ENCARGOS e CONTRIBUIÇÕES	0,00
01.03.01	FGTS	0,00
01.03.02	IRRF	0,00
01.03.03	CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA-INSS	0,00
01.03.04	RESCISÕES	0,00
01.03.99	OUTROS ENCARGOS e CONTRIBUIÇÕES	0,00
01.04	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL	0,00
01.04.01	PAGAMENTO DE ESTAGIÁRIOS	0,00
01.04.02	PAGAMENTO DE RESIDENTES	0,00
01.04.99	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL	0,00
2	MATERIAL DE CONSUMO	0,00
02.01	MATERIAL DE ESCRITÓRIO/PAPÉIS EM GERAL/ IMPRESSOS	0,00
02.01.01	MATERIAL DE ESCRITÓRIO/PAPÉIS EM GERAL/ IMPRESSOS	0,00
02.02	MATERIAL DE INFORMÁTICA	0,00
02.02.01	MATERIAL DE INFORMÁTICA	0,00
02.03	PEÇAS e MATERIAIS MANUTENÇÃO	0,00
02.03.01	PARA MANUTENÇÃO PREDIAL	0,00
02.03.02	PARA EQUIPAMENTOS EM GERAL	0,00
02.03.03	PARA EQUIPAMENTOS INFORMÁTICA	0,00
02.03.04	FERRAMENTAS AVULSAS NÃO ACIONADAS POR FORÇA MOTRIZ	0,00
02.04	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	0,00
02.04.01	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	0,00
02.05	MATERIAL DE LIMPEZA	0,00
02.05.01	MATERIAL DE LIMPEZA	0,00
02.06	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	0,00
02.06.01	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	0,00
02.07	MATERIAL MÉDICO/ODONTOLÓGICO/LABORATORIAL	0,00
02.07.01	MEDICAMENTOS e INSUMOS FARMACÊUTICOS	0,00
02.07.02	GASES MEDICINAIS (FORNECIMENTO)	0,00

02.07.03	MATERIAIS HOSPITALARES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS/LABORATORIAIS	0,00
02.08	MATERIAL EDUCATIVO/ESPORTIVO/CULTURAL	0,00
02.08.01	MATERIAL EDUCATIVO/ESPORTIVO/CULTURAL	0,00
02.09	PUBLICAÇÕES EM GERAL	0,00
02.09.01	PUBLICAÇÕES EM GERAL	0,00
02.10	MATERIAL DE CONSTRUÇÃO	0,00
02.10.01	MATERIAL DE CONSTRUÇÃO	0,00
02.11	VESTUÁRIO E UNIFORMES	0,00
02.11.01	VESTUÁRIO E UNIFORMES	0,00
02.99	OUTRAS DESPESAS DE CONSUMO	0,00
02.99.01	OUTRAS DESPESAS DE CONSUMO	0,00
3	SERVIÇOS DE TERCEIROS	0,00
03.01	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO PREDIAL	0,00
03.01.01	REPAROS/ADAPTAÇÕES/CONCERTOS EM GERAL	0,00
03.01.02	SERVIÇOS DE DEDETIZAÇÃO/DESBRATIZAÇÃO	0,00
03.02	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO EQUIPAMENTOS EM GERAL	0,00
03.02.01	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO EQUIPAMENTOS EM GERAL	0,00
03.03	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	0,00
03.03.01	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	0,00
03.04	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS	0,00
03.04.01	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS	0,00
03.05	SERVIÇOS LABORATORIAIS	0,00
03.05.01	SERVIÇOS LABORATORIAIS	0,00
03.06	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS/VEÍCULOS/AMBULÂNCIA	0,00
03.06.01	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS EM GERAL	0,00
03.06.02	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	0,00
03.06.03	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	0,00
03.06.04	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA	0,00
03.07	LOCAÇÃO PREDIAL	0,00
03.07.01	LOCAÇÃO PREDIAL	0,00
03.08	LOCAÇÃO CILINDROS GASES MEDICINAIS	0,00
03.08.01	LOCAÇÃO CILINDROS GASES MEDICINAIS	0,00
03.09	LIMPEZA	0,00
03.09.01	SERVIÇOS DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	0,00
03.09.02	SERVIÇOS DE COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	0,00
03.10	SEGURANÇA e VIGILÂNCIA	0,00
03.10.01	SERVIÇOS DE SEGURANÇA e VIGILÂNCIA	0,00
03.13	INTERNET	0,00
03.13.01	INTERNET	0,00
03.15	CURSOS	0,00
03.15.01	CURSOS	0,00
03.16	SERVIÇOS DE LAVANDERIA	0,00
03.16.01	SERVIÇOS DE LAVANDERIA	0,00
03.17	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	0,00
03.17.01	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PESSOA JURÍDICA	0,00
03.17.02	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PESSOA FÍSICA	0,00
03.18	SEGUROS	0,00
03.18.01	SEGUROS	0,00
03.19	CONDOMÍNIO	0,00
03.19.01	CONDOMÍNIO	0,00
03.20	HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS	0,00
03.20.01	HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS	0,00
03.21	DESPESAS COM LOCOMOÇÃO E TRANSPORTE	0,00
03.21.01	REGIME DE QUILOMETRAGEM	0,00
03.21.02	PEDÁGIO	0,00
03.21.03	PASSAGENS AÉREAS	0,00
03.21.04	PASSAGENS RODOVIÁRIAS	0,00
03.21.05	DESPESAS COM TÁXI	0,00

03.21.06	FRETE	0,00
03.21.99	OUTRAS DESPESAS COM TRANSPORTE E LOCOMOÇÃO	0,00
03.22	DESPESAS COM HOSPEDAGEM e ALIMENTAÇÃO	0,00
03.22.01	DESPESAS COM HOSPEDAGEM e ALIMENTAÇÃO	0,00
03.23	DESPESAS COM PROPAGANDA E PUBLICIDADE	0,00
03.23.01	DESPESAS COM PROPAGANDA E PUBLICIDADE	0,00
03.24	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	0,00
03.24.01	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	0,00
03.26	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	0,00
03.26.01	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS PESSOA JURÍDICA	0,00
03.26.02	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS PESSOA FÍSICA	0,00
03.27	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	0,00
03.27.01	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	0,00
03.28	SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS	0,00
03.28.01	SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS	0,00
03.99	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	0,00
03.99.01	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	0,00
4	TAXAS/ IMPOSTOS/ CONTRIBUIÇÕES	0,00
04.01	ISS	0,00
04.01.01	ISS	0,00
04.02	PIS/COFINS/CSLL	0,00
04.02.01	PIS/COFINS/CSLL	0,00
04.03	INSS SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	0,00
04.03.01	INSS SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	0,00
04.04	IR SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	0,00
04.04.01	IR SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	0,00
04.05	IPTU	0,00
04.05.01	IPTU	0,00
04.06	IPVA	0,00
04.06.01	IPVA	0,00
04.08	TAXA DE INCÊNDIO	0,00
04.08.01	TAXA DE INCÊNDIO	0,00
04.99	OUTRAS TAXAS/IMPOSTOS/ CONTRIBUIÇÕES	0,00
04.99.01	OUTRAS TAXAS/IMPOSTOS/ CONTRIBUIÇÕES	0,00
5	SERVIÇOS PÚBLICOS	0,00
05.01	ÁGUA	0,00
05.01.01	ÁGUA	0,00
05.02	ENERGIA ELÉTRICA	0,00
05.02.01	ENERGIA ELÉTRICA	0,00
05.03	GÁS	0,00
05.03.01	GÁS	0,00
05.04	TELEFONIA FIXA	0,00
05.04.01	TELEFONIA FIXA	0,00
05.05	TELEFONIA CELULAR	0,00
05.05.01	TELEFONIA CELULAR	0,00
05.06	TELEFONIA VIA RÁDIO	0,00
05.06.01	TELEFONIA VIA RÁDIO	0,00
05.07	CORREIO	0,00
05.07.01	CORREIO	0,00
6	DESPESAS BANCÁRIAS	0,00
06.01	TARIFAS	0,00
06.01.01	TARIFAS	0,00
06.99	OUTRAS DESPESAS BANCÁRIAS	0,00
06.99.01	OUTRAS DESPESAS BANCÁRIAS	0,00
7	OUTRAS DESPESAS OPERACIONAIS	0,00
07.01	PREMIAÇÕES CULTURAIS/ ARTÍSTICA/ CIENTÍFICAS/DESPORTIVAS	0,00
07.01.01	PREMIAÇÕES CULTURAIS/ ARTÍSTICA/ CIENTÍFICAS/DESPORTIVAS	0,00
07.02	MATERIAL PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	0,00



Relatório Mensal de Acompanhamento do Contrato de Gestão UPA COPACABANA referente ao mês de MARÇO/2020 (26 A 31)

07.02.01	MATERIAL PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	0,00
07.03	DESPESAS DA SEDE DA CONTRATADA	0,00
07.03.01	DESPESAS DA SEDE DA CONTRATADA	0,00
07.99	OUTRAS	0,00
07.99.01	OUTRAS	0,00
8	INVESTIMENTOS	0,00
08.01	OBRAS E INSTALAÇÕES	0,00
08.01.01	OBRAS E INSTALAÇÕES	0,00
08.02	EQUIPAMENTOS	0,00
08.02.01	EQUIPAMENTOS DIVERSOS	0,00
08.02.02	EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES	0,00
08.02.03	EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	0,00
08.03	MOBILIÁRIO	0,00
08.03.01	MOBILIÁRIO	0,00
08.04	VEÍCULOS	0,00
08.04.01	VEÍCULOS	0,00
08.04.02	AMBULÂNCIAS	0,00
08.05	INTANGÍVEL (DIREITO E USO)	0,00
08.05.01	INTANGÍVEL (DIREITO E USO)	0,00
08.99	OUTROS BENS DURÁVEIS	0,00
08.99.01	OUTROS BENS DURÁVEIS	0,00

5.3 Conciliação Bancária

No demonstrativo da Conciliação Bancária verifica-se a conformidade entre o registro contábil e os saldos apresentados nos extratos bancários.

UNIDADE GERENCIADA: UPA COPACABANA			Março/2020
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO			
CONCILIAÇÃO BANCÁRIA			
BANCO:			AGÊNCIA:
CONTA CORRENTE N°:			
PERÍODO DE REFERÊNCIA: MARço/2019			
A - SALDO CONFORME EXTRATO BANCÁRIO EM 01/12/2019 a 31/12/2019			
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)
A1 - Saldo em Conta Corrente			0,00
A2 - Saldo em Aplicações Financeiras			-
A3 - TOTAL			0,00
B - AVISOS DE CRÉDITO NÃO LANÇADOS NO EXTRATO			
DATA	Nº	HISTÓRICO	VALOR (R\$)
B1 - TOTAL			0,00
C - CHEQUES EMITIDOS E NÃO DESCONTADOS			
DATA	Nº		VALOR (R\$)
C1 - TOTAL			0,00
D - AVISOS DE DÉBITO NÃO LANÇADOS NO EXTRATO			
DATA	Nº		VALOR (R\$)
D1 - TOTAL			0,00
E - SALDO CONTÁBIL (A3+B1-C1-D1)			0,00

5.4 Demonstrativo Contábil Operacional

Neste demonstrativo estão refletidos, por mês de competência, os recursos recebidos e comprometidos com os dispêndios de custeio, respectivamente aos valores demonstrados no cronograma de desembolso.

UNIDADE GERENCIADA: UPA COPACABANA		<i>Março/2020</i>
OS RESPONSÁVEL: <i>VIVA RIO</i>		
DEMONSTRATIVO CONTÁBIL OPERACIONAL		
Regime de Competência		
A = SALDO ACUMULADO ANTERIOR		0,00
Receitas Operacionais		
Repasso Contrato de Gestão (Parte Fixa)		0,00
Repasso Contrato de Gestão (Parte Variável)		0,00
Repasso Termo Aditivo - adicional (Custeio)		0,00
Repasso Termo Aditivo - adicional (Investimento)		0,00
Sub-Total (1)		0,00
Resultado de Aplicação Financeira		
Reembolso de Despesas		0,00
Obtenção de Recursos Externos à SMS/NF		0,00
Outras Receitas		0,00
Sub-Total(2)		0,00
B = Total das Receitas (1) + (2)		0,00
Despesas CUSTEIO		
Salários		0,00
Benefícios		0,00
Encargos e Contribuições		0,00
Indenizações e Avisos Prévios (Rescisões)		0,00
Provisões (13º + Férias)		0,00
Outras Despesas de Pessoal		0,00
Sub-Total (3)		0,00
Materiais de Consumo (4)		0,00
Serviços de Terceiros (5)		0,00
Serviços Públicos (6)		0,00
Tributárias/Financeiras (7)		0,00
Outras Despesas Operacionais (8)		0,00
C = Total das Despesas CUSTEIO (3)+(4)+(5)+(6)+(7)+(8)		0,00
Despesas INVESTIMENTO		
Equipamentos		0,00
Móveis e Utensílios		0,00
Obras e Instalações		0,00
Intangível (Direito e uso)		0,00
Veículos		0,00
D = Total Despesas Investimento		0,00
E = TOTAL GERAL DE DESPESAS (C+D)		0,00
F = SADO ACUMULADO ATUAL (A+B-E)		0,00

6 Relatório Administrativo

Neste item estão reunidas as informações relativas à Aquisição de Bens Duráveis, Recursos Humanos e Contratos de Serviços Terceirizados, cujos demonstrativos encontram-se disponíveis nos anexos.

6.1 Aquisição de Bens Duráveis

UNIDADE GERENCIADA: UPA Copacabana											Março/2020
AQUISIÇÃO DE BENS DURÁVEIS											
Nº Controle Patrimonial OS	Nº Controle Patrimonial SMS/NF	Tipo(1)	Descrição do bem	CNPJ Fornecedor	Qtde.	Nº Nota Fiscal	Data da aquisição	Vida útil estimada (em anos)	Valor Unitário (R\$)	Motivo da Aquisição	Setor de Destino
			Não houve aquisição								UPA Conselheiro Paulino
Total					0				0,00		

(1) Veículo/Ambulância/Mobiliário/Equipamentos Médico-Hospitalares/Eqpto. Odontológicos/Eqpto. Informática/Eqpto. em Geral/ Eletrodomésticos/Outros bens duráveis. Todas as aquisições de bens permanentes deverão ser informadas à SMS/NF para incorporação ao seu patrimônio.

6.2 Aquisição de Outros Investimentos

UNIDADE GERENCIADA: UPA COPACABANA						Março/2020
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO						
Outros Investimentos						
Data Aquisição	Código da Despesa	Tipo de Investimento	Descrição	Qtde.	Valor Unitário (R\$)	
			NÃO HOUVE INVESTIMENTO			
Total				0	R\$ -	

Código da Despesa é o código da planilha DESPESAS REALIZADAS associado ao investimento.

6.3 Recursos Humanos

O RH da OSS Viva Rio mantém o processo de recrutamento e seleção no intuito de fazer reposições dos profissionais que são desligados ou pedem desligamento, preenchendo assim, as lacunas nas escalas dos profissionais em todos os quadros. Mantivemos a motivação e a busca pela organização nas escalas de cada uma das unidades, promovendo a organização e o aumento na qualidade do ambiente de trabalho, o que influencia de maneira positiva e direta a melhoria na qualidade da assistência.

Mantivemos também os profissionais trabalhando exclusivamente na captação, acomodação na escala de plantões, completando o quadro previsto, de médicos e demais profissionais, mantendo acompanhamento permanente na intenção de garantir a presença dos profissionais na unidade. Os demais quadros profissionais encontram-se completos, porém sofrem modificações de acordo com a demanda, passivo de demissões ou contratações para completá-lo. Focamos durante o processo seletivo a verificação incisiva da capacidade técnica dos profissionais.

Lembramos que todos os profissionais realizam além da entrevista comportamental e comprovação de titularidade e especializações, provas que foram confeccionadas dentro da realidade das unidades de pronto atendimento, buscando a veracidade do saber técnico destes profissionais.

A OSS Viva Rio agregou nas Unidades de Pronto Atendimento novas categorias de profissionais como: Assistente de Faturamento; Coordenação de Qualidade de Gestão, Educação Permanente, uma Ouvidoria e Nutricionista, para que assim possamos melhor atender as demandas tanto da Secretaria Estadual de Saúde quanto do próprio usuário.

Durante o período, executamos a contratação de 0 (zero) profissionais, listados abaixo:

Observamos que os espaços no quadro de funcionários de unidade foram gradativamente preenchidos, graças ao trabalho em conjunto do DP/RH da OSS Viva Rio e a Unidade de Pronto Atendimento UPA Copacabana.

Mantivemos a isonomia no que diz respeito ao processo de captação dos profissionais, atuando com transparência nas ferramentas de anúncio como jornais e sites para captação. Apresentamos estabilidade no que concerne ao absenteísmo, ou seja, funcionários com poucas faltas, não apresentando intercorrências em seus plantões.

A OSS Viva Rio está trabalhando para que ocorra uma fidelização (retenção) dos funcionários, atuando com parceria na unidade buscando e mantendo um padrão de excelência operacional no desempenho das atividades, promovendo bons relacionamentos interpessoais, mantendo o ambiente profissional saudável, interessante e atrativo, para que ocorra a procura de outros profissionais interessados em trabalhar na unidade.

6.4 Demonstrativo de Folha de Pagamento – GT/Unidade

6.4.1 GT/Unidade

NÃO HOUVE FOLHA DE PAGAMENTO

6.5 Serviços de Terceiros contratados

Os contratos realizados entre Viva Rio e as empresas prestadoras de serviços para **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO COPACABANA**.

EMPRESA	SERVIÇO PRESTADO
	Não houve Serviços de Terceiros contratados

Os serviços prestados são divididos conforme o seu custo mensal, podendo ser fixo ou variável.

Serviços com custos fixos

Os serviços prestados com custos fixos são os pagamentos mensalmente iguais. Abaixo as empresas com seus respectivos valores em contrato que são comuns aos valores pagos referentes a novembro de 2019.

Valores Fixos

A tabela abaixo demonstra o valor destes custos em Março de 2020:

Valor Fixo Mensal			
Empresa	Serviços	Valor Contrato Mensal	novembro
Não houve Serviços de Terceiros contratados			



Serviços com Custos Variáveis

São contratos com custos que mudam de acordo com a produção e/ou quantidade trabalho. Abaixo as empresas prestadoras de serviços que apresentam faturamento com custos variáveis:

Não houve Custos Variáveis

Valores Variáveis

A tabela abaixo demonstra os valores de contrato e os valores pagos em Março de 2020:

Valores Variáveis			
Empresa	Serviços	Valor Contrato Mensal	novembro
	Não houve Valores Variáveis		



UNIDADE GERENCIADA: UPA Copacabana								Março/2020	
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO								0	
CONTRATOS DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS									
Serviço Contratado	Razão Social Contratado	CNPJ Contratado	Unidade de Medida	Vigência do Contrato		Valor do Contrato (R\$) (*)		Competência	
				Data Início	Data Término	Mensal Estimado	Valor Pago no Mês		
	NÃO HOUVE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS								
							-		

- (1) Nesta planilha devem ser listados todos os contratos ativos ou não, independente do mês de contratação.
- (2) Para cada contrato deve ser enviado todo o processo seletivo, respeitando as normas previstas no regulamento de compras e contratações, elaborado por cada Organização Social.
- (*) Na coluna mensal estimado deve ser inserido o valor mensal e na coluna subsequente o valor pago do mês.



7 Anexo B

7.1 Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica

Não houve contratação de Pessoa Jurídica

RESPONSÁVEL: VIVA RIO							Março/2020	
UNIDADE GERENCIADA: UPA COPACABANA								
RH CONTRATADO DA UNIDADE COMO PJ								
Empresa	Especialidade	Cod. Bras. Ocupação	Qtd. de profissionais	Forma de contratação	Unidade de Medida associada a quantidade (exames, pareceres, laudos, etc)	Carga horária semanal associada com a função do prestador (plantonista, rotina, coordenador, supervisor, etc)	Valor pago no mês	
						NÃO HOUVE CONTRATADOS COMO PJ		
Total							R\$	-



8 Rateio das despesa da Sede da contratada

UNIDADE GERENCIADA: UPA COPACABANA					Março/2020
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO					
Rateio das Despesas da Sede da Contratada					
Natureza da Despesa	Valor Total	Rateio			Observação
		%	Valor	Critério	
		#DIV/0!			
		#DIV/0!			
		#DIV/0!			
		#DIV/0!			
		#DIV/0!			
TOTAL	R\$ 0,00	#DIV/0!	R\$ 0,00	.	.

***Critério de rateio - valor mensal dos contratos.**

*O valor a ser custeado por cada um dos Contratos de Gestão ou Convênios relativos à despesa que venha a ser rateada será obtido aplicando-se a seguinte fórmula:	Onde:
A) Fórmula 01: $C_1 + C_2 + \dots + C_{n-1} + C_n = VSC$	C = Valor Mensal do Contrato ou Convênio da competência da despesa
B) Fórmula 02: $C = RC \cdot VSC$	VSC = Valor da Soma dos Contratos ou Convênios
	RC = Razão entre o Valor Custo Indireto Mensal do Contrato ou Convênio e o valor da soma dos Contratos ou Convênios
C) Fórmula 03: $RC \times VDR = VCC$	VDR = Valor da Despesa Rateada
	VCC = Valor referente à despesa rateada a ser custeado pelo Contrato ou Convênio



9 Extratos Bancários

NÃO HOUVE EXTRATOS BANCÁRIOS



10 Relatório contábil com movimentação dos fornecedores

NÃO HOUVE RELATÓRIO CONTÁBIL COM MOVIMENTAÇÃO DOS FORNECEDORES

11 Certidões

VR_07A_REGIAO_FISCAL_DRF

Fl. 207



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: **VIVA RIO**
CNPJ: **00.343.941/0001-28**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014. Emitida às 13:18:23 do dia 02/03/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 29/08/2020.

Código de controle da certidão: **48E3.C956.CD3E.4C15**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Ministério da Fazenda

PÁGINA DE AUTENTICAÇÃO

O Ministério da Fazenda garante a integridade e a autenticidade deste documento nos termos do Art. 10, § 1º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e da Lei nº 12.682, de 09 de julho de 2012.

Documento autenticado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001. Corresponde à fé pública do servidor, referente à igualdade entre as imagens digitalizadas e os respectivos documentos ORIGINAIS.

Histórico de ações sobre o documento:

Documento juntado por MARCELO CAMARA GUERREIRO em 02/03/2020.

Documento autenticado digitalmente por MARCELO CAMARA GUERREIRO em 02/03/2020.

Esta cópia / impressão foi realizada por VIVA RIO em 02/03/2020.

Instrução para localizar e conferir eletronicamente este documento na Internet:

1) Acesse o endereço:

<https://cav.receita.fazenda.gov.br/eCAC/publico/login.aspx>

2) Entre no menu "Outros".

3) Selecione a opção "eAssinaRFB - Validação e Assinatura de Documentos Digitais".

4) Digite o código abaixo:

EP02.0320.13406.M3C6

5) O sistema apresentará a cópia do documento eletrônico armazenado nos servidores da Receita Federal do Brasil.

Código hash do documento, recebido pelo sistema e-Processo, obtido através do algoritmo sha2:

28F2E28BD65CC577FB7E5ECEB237893B77E1C47523AB59F161519B2CAA39629C



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Procuradoria Geral do Município

Procuradoria da Dívida Ativa

Código de Controle

BMCS39999C

Página 1 de 1

CERTIDÃO NEGATIVA

Ressalvado o direito de o Município do Rio de Janeiro cobrar e inscrever quaisquer dívidas, de responsabilidade do sujeito passivo identificado neste documento que vierem a ser apuradas, A PROCURADORIA DA DÍVIDA ATIVA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, após analisar o cadastro dos créditos sob sua administração, relativamente a **VIVA RIO**, inscrito(a) no cadastro nacional de pessoas jurídicas - CNPJ sob o nº 00.343.941/0001-28, inscrição municipal nº 0.000.019-5, com endereço no(a) R ALBERTO DE CAMPOS, nº 12 - RJ Cep: 22411-030, certifica que

NÃO FORAM APURADAS INSCRIÇÕES EM DÍVIDA ATIVA

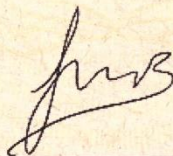
Observações Complementares

Esta certidão compõe-se de 1 folha(s) e é válida por 120 dias, a contar desta data.

Observações

Rio de Janeiro, RJ, 10/12/2019

1. Esta certidão refere-se exclusivamente à situação fiscal do(s) contribuinte(s) acima indicado(s) perante a dívida ativa do Município do Rio de Janeiro.
2. A situação fiscal do(s) contribuinte(s) quanto a créditos não inscritos em dívida ativa deve ser certificada pelos órgãos responsáveis pelas respectivas apurações.
3. Esta certidão poderá ser renovada a partir de 27/03/2020. A certidão de situação fiscal é expedida no prazo de 10 dias, contados da data de seu requerimento perante a Procuradoria da Dívida Ativa. Não são aceitos pedidos de urgência.
4. O requerimento de certidão de situação fiscal perante a Procuradoria da Dívida Ativa pode ser feito pela própria pessoa física ou jurídica interessada, gratuitamente e sem a necessidade de nomeação de procurador.
5. Regularize sua situação fiscal imediatamente: efetue o pagamento ou parcelamento das dívidas apontadas nesta certidão, apresente os comprovantes de pagamento ou de início de parcelamento (originais, inclusive honorários, quando devidos) e obtenha em dois dias úteis sua certidão de situação fiscal regular.
6. O destinatário poderá confirmar a autenticidade desta certidão, informando o número do Código de Controle impresso acima no endereço daminternet.rio.rj.gov.br



Ivo Marinho de Barros Junior
Procurador-Coordenador
Procuradoria da Dívida Ativa
Mat. 11/297.772-6



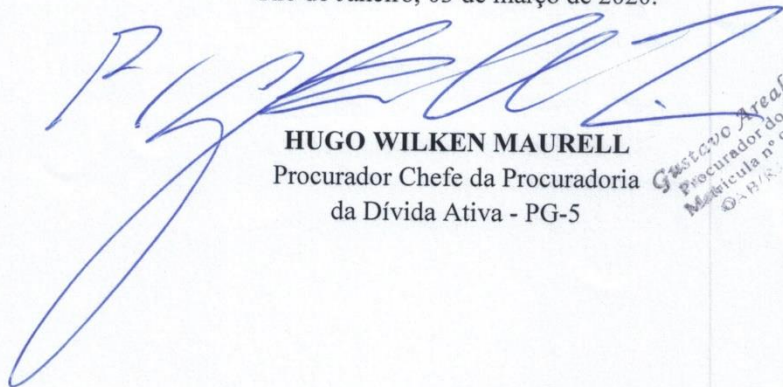
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO
PROCURADORIA DA DÍVIDA ATIVA

CERTIDÃO

Certifico, tendo em vista as informações fornecidas pelo Sistema da Dívida Ativa, às fls. **169/178**, nos autos do procedimento administrativo n.º **E-14/003.100474/2018**, que no período de 1977 até 03/03/2020, **CONSTA DÉBITO**, em nome de **VIVA RIO**, CNPJ n.º **00.343.941/0001-28**, Inscrição Estadual n.º **85.643.355**, corporificado na inscrição n.º **2018/001114-8**, sendo que o(s) referido(s) débito(s) se encontra(m) na situação prevista no art. 1º, II da Resolução PGE n.º 2.690 de 05 de outubro de 2009, o que determina a expedição de **CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA**, nos termos do art. 206 do CTN em relação a tal(is) débito(s).

A presente certidão tem validade de 180 (cento e oitenta) dias após sua emissão.

Rio de Janeiro, 03 de março de 2020.



HUGO WILKEN MAURELL
Procurador Chefe da Procuradoria
da Dívida Ativa - PG-5

Gestor do Área de Pires
Procurador do Estado
Matrícula nº 946.914.
03/03/2020



 <p>PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA COORDENADORIA DO ISS E TAXAS</p>	Nº Autenticação: 4119186361
	Órgão: F/SUBTF/CIS-1
	Controle: *2413/2020

NOME / RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO

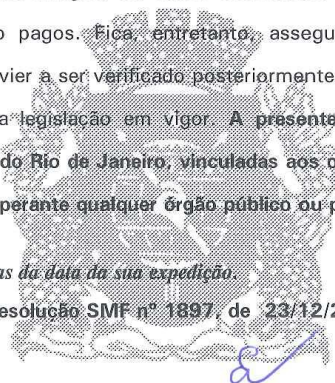
VIVA RIO
RUA ALBERTO DE CAMPOS 12
LOT 01 PAL 27575
IPANEMA RIO DE JANEIRO 22411-030 RJ

CNPJ/CPF 00.343.941/0001-28	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0.195.374-5
--------------------------------	------------------------------------

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO DO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA - Modelo 1

CERTIFICO que, até a presente data, em relação ao contribuinte acima qualificado, não há auto de infração, nota de lançamento, parcelamento, débito confessado em pedido de parcelamento ou nota de débito pendentes do pagamento integral, ou débito escriturado em livro fiscal ou declarado por meio eletrônico, vencidos e não pagos. Fica, entretanto, assegurado ao Município o direito de cobrança de qualquer débito que vier a ser verificado posteriormente, inclusive no que diz respeito às penalidades cabíveis previstas na legislação em vigor. **A presente Certidão, válida para todas as inscrições sediadas no Município do Rio de Janeiro, vinculadas aos oito primeiros dígitos do CNPJ ou ao CPF acima, serve como prova perante qualquer órgão público ou privado.**

VALIDADE: 180 (cento e oitenta) dias da data da sua expedição.
Certidão expedida com base na Resolução SMF nº 1897, de 23/12/2003 e alterações posteriores.



Rio de Janeiro, 3 de JANEIRO de 2020. HORA:15:19

Carimbo e Assinatura do Fiscal de Rendas

OBSERVAÇÕES

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal de Fazenda na internet no endereço <http://www.rio.rj.gov.br/smf>

O presente documento não certifica inexistência de débitos do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza declarados pelo contribuinte no âmbito do Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional. Caso o contribuinte seja ou tenha sido optante pelo Simples Nacional nos últimos 5 (cinco) anos, a presente certidão deverá ser complementada por certidão de Situação Fiscal fornecida pela Receita Federal do Brasil.

CERTIDÃO - IMPRESSO PELA PLANILHA DAT/GER IMPRESSÃO ELETRÔNICA

06/04/2020

SEFAZ-RJ - Portal da Secretaria de Estado de Fazenda



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DO RIO DE JANEIRO

CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL N° 2020.1.1492503-3
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS - CND

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
CPF / CNPJ : 00.343.941/0001-28	CAD-ICMS : Desativado
NOME / RAZÃO SOCIAL : VIVA RIO	
<p>CERTIFICA-SE para fins de direito e de acordo com as informações registradas nos Sistemas Corporativos da Secretaria de Estado de Fazenda que, até a presente data, NÃO CONSTAM DÉBITOS perante a Fazenda Estadual para o requerente acima identificado, ressalvado o direito de a Receita Estadual cobrar e inscrever as dívidas de sua responsabilidade, que vierem a ser apuradas.</p> <p>EMITIDA EM: 06/04/2020 12:36</p> <p>VÁLIDA ATÉ : 05/07/2020</p> <p>Certidão emitida com base na Resolução SEFAZ n° 109 de 04/08/2017</p>	
OBSERVAÇÕES	
<p>1. Esta certidão deve estar acompanhada da Certidão da Dívida Ativa, emitida pelo órgão próprio da Procuradoria Geral do Estado, nos termos da Resolução Conjunta SEFAZ/PGE n° 33/2004.</p> <p>2. A aceitação desta certidão está condicionada a verificação de sua autenticidade na internet, no endereço: www.fazenda.rj.gov.br.</p> <p>3. Esta certidão não se destina a atestar débitos do imposto sobre transmissão "causa mortis" e doação, de quaisquer bens ou direitos (ITD).</p> <p>4. Qualquer rasura ou emenda invalida este documento.</p>	

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 00.343.941/0001-28

Razão Social: VIVA RIO

Endereço: R ALBERTO DE CAMPOS 12 LOT 1 PAL27575 / IPANEMA / RIO DE JANEIRO / RJ / 22411-030

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 13/03/2020 a 10/07/2020

Certificação Número: 2020031301211589493315

Informação obtida em 01/04/2020 15:48:59

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: VIVA RIO

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 00.343.941/0001-28

Certidão nº: 1489515/2020

Expedição: 17/01/2020, às 12:39:14

Validade: 14/07/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

C e r t i f i c a - s e q u e **V I V A R I O**
(**MATRIZ E FILIAIS**), inscrito(a) no CNPJ sob o nº
00.343.941/0001-28, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores
Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



12 Balancete

NÃO HOUVE BALANCETE



13 Razão

NÃO HOUVE RAZÃO