



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA 24h IRAJÁ

Relatório de Execução

Competência 02/2018

Contrato de Gestão nº 007/2012

Lista de Abreviaturas

CTA - Comissão Técnica de Apoio

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.....	5
2	Produção Assistencial	5
3	Indicadores de Desempenho	8
3.1	Indicador 1: Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento por classificação de risco ...	9
3.1.1	Indicador 1.1: Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como amarelos	9
3.1.2	Indicador 1.2: Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como verdes	10
3.2	Indicador 2: Tempo médio de permanência de pacientes em leitos de observação	11
3.3	Indicador 3: Proporção de internações hospitalares de pacientes classificados como vermelho	12
3.4	Indicador 4: Proporção de pacientes > 14 anos classificados quanto ao risco pela enfermagem	14
3.5	Indicador 5: Taxa de mortalidade nas UPAS	15
3.6	Indicador 6: Regulação dos pacientes das salas amarelas em tempo inferior a 24 horas.....	16
3.7	Indicador 7: Regulação de pacientes na sala vermelha em tempo inferior a 12 horas.....	16
3.8	Indicador 8: Tempo porta eletrocardiograma.....	17
3.9	Indicador 9: Faturamento SUS.....	18
3.10	Indicador 10: Resolubilidade da Ouvidoria	19
4	Anexo.....	21
4.1	Anexo 1: Relatório de Produção Diária	21
4.2	Anexo 2: Tempos por Classificação de Risco.....	23
4.3	Anexo 3: Ata de Óbito	24
4.4	Anexo 4: Tempo Porta eletrocardiograma	25
4.5	Anexo 5: Planilha de Procedimentos e Exames	26
4.6	Anexo 6: Ouvidoria.....	28
5	Assinatura	29
6	Recursos Financeiros.....	30
6.1	Fluxo de Caixa	30
6.2	Despesas Realizadas.....	31
6.3	Conciliação Bancária	31
6.4	Demonstrativo Contábil Operacional	31
7	Relatório Administrativo	31
7.1	Aquisição de Bens Duráveis	31
7.2	Aquisição de Outros Investimentos	31
7.3	Recursos Humanos.....	32
7.4	Serviços de Terceiros Contratados.....	33
8	Anexo B	36

8.1	Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica	36
8.2	Extratos Bancários.....	37
8.3	Demonstrativo de Folha de Pagamento	39
8.3.1	– GT	39
8.3.2	– UNIDADE	39
8.4	Anexos Relevantes ao Entendimento do Relatório em Questão.....	39
9	Contracheques e/ou comprovantes de abono	58
10	Certidões	198
11	Balancete.....	205



1 Apresentação

O presente relatório tem por objetivo descrever e apresentar as atividades assistenciais de saúde, financeiras e administrativas desenvolvidas pela Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPA IRAJÁ durante mês de FEVEREIRO/2018, relacionadas ao primeiro mês do Contrato de Gestão 004/2017, celebrado com a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RJ e a Organização Social Viva Rio – OSS Viva Rio.

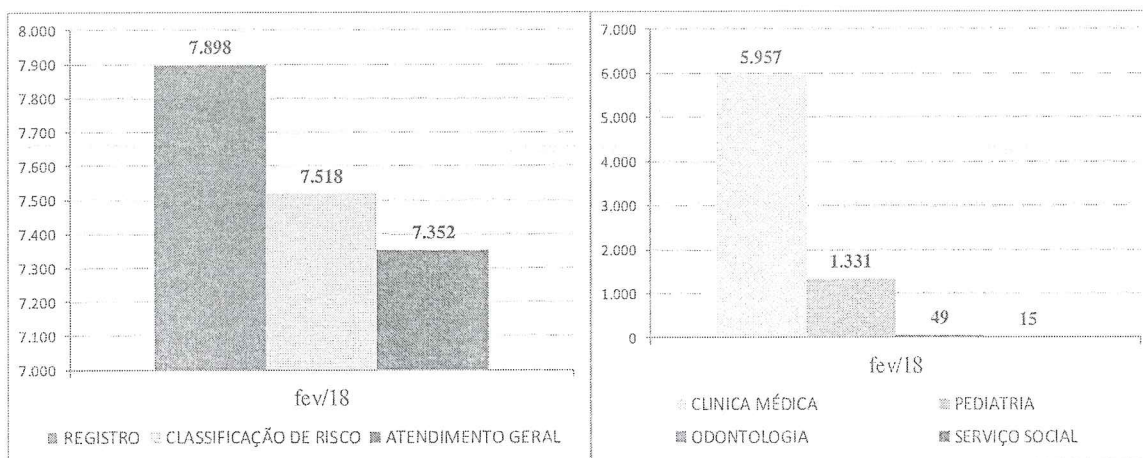
A fim de monitorar e avaliar do desempenho das Organizações Sociais no cumprimento das metas estabelecidas em contrato, a Comissão Técnica de Apoio – CTA estabelece linhas de ações, as quais este documento está estruturado em conformidade com os eixos em análise. Segue neste relatório, indicadores de desempenho, verificação de metas e aprimoramento do serviço de saúde prestado pela UPA.

2 Produção Assistencial

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.

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.

Gráfico 1: Atividades assistenciais: Registro, Classificação de Risco e Atendimento Geral - UPA 24h Irajá, FEVEREIRO/2018



Fontes: UPA 24h Irajá
Sistema *Klinikos*
Sistemas de Informação OSS Viva Rio

Nas Atividades Assistenciais da UPA Irajá referente à Competência 02/2018 foram acolhidos 7.954 pacientes, uma média diária de 284 registros, um total de 7.518 pacientes foram classificados quanto ao risco, uma média de 269 classificações/dia. Quanto ao total de atendimentos, foram realizados 7.352 atendimentos gerais, destes 7.288 foram atendimentos médicos (5.957 de Clínica Médica e 1.331 de Pediatria) com uma média de 260 atendimentos/dia (213 de clínica médica e 48 de pediatria), 49 usuários foram atendidos pela odontologia e 15 usuários buscaram a unidade e foram atendidos pelo serviço social. (Anexo 1)

Nota-se, com relação a evasão dos pacientes registrados para atendimento médico, que um total de 542 usuários desistiram do atendimento no presente mês (7%). Dos pacientes que desistiram no intervalo de tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico, 96% foram classificados com risco verde. Segundo a coordenação da unidade, apesar do tempo médio para atendimento dos usuários classificados com risco verde ser em média de 53 minutos, os usuários referem desistir do atendimento devido ao tempo de espera por buscar atendimento imediato.

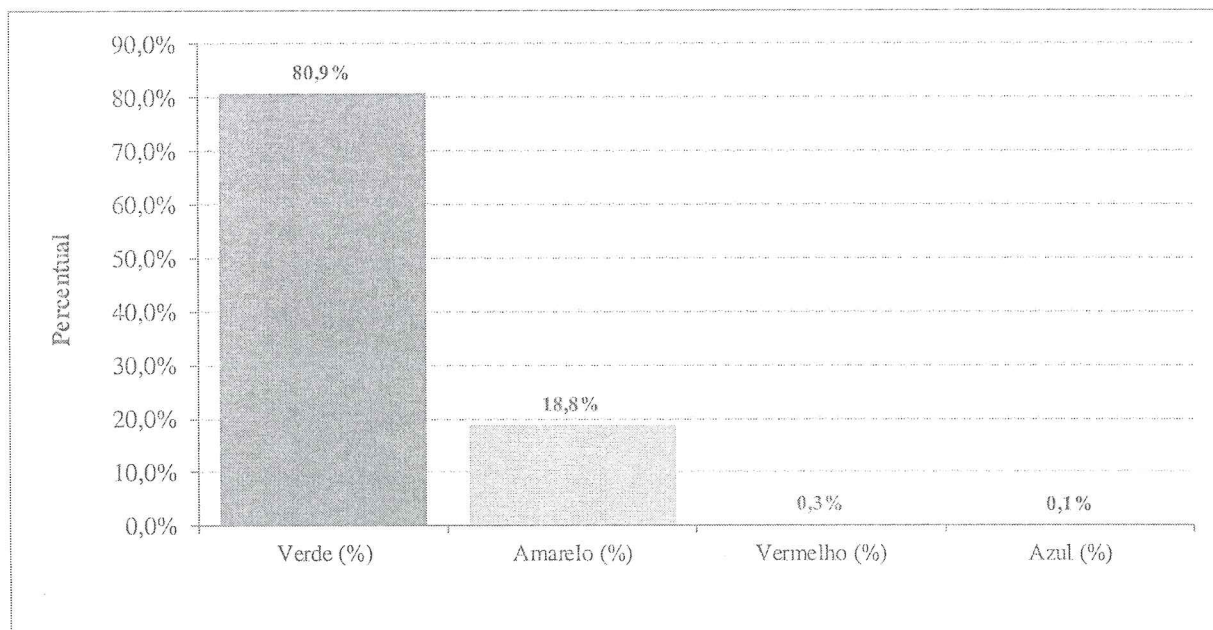
Tabela 1: Atendimento médico – UPA Irajá, FEVEREIRO/2018

ATIVIDADES	REAL	META	REAL/dia	META/dia
ATENDIMENTO MÉDICO	7.288	7.749 a 9.471	260	287

Fontes: UPA 24h Irajá
 Sistema Klinikos
 Sistemas de Informação OSS Viva Rio

Nota-se que a meta de atendimentos estipulada foi alcançada (7.749 a 9471 atendimentos), todavia, convém destacar que no ano de 2017 a média de atendimentos médicos foi de 6.832, logo este total foi alcançado sendo 12% menos do que o valor mínimo estipulado pela meta. Considerando a série histórica da unidade e os fatos relacionados acima, é importante enfatizar a necessidade de revisão desta meta uma vez que as unidades de pronto atendimento funcionam de portas abertas 7 dias por semana, 24h por dia, e com demanda livre.

Gráfico 2: Classificação de Risco: Verde, Amarelo e Vermelho - UPA 24h Irajá, FEVEREIRO/2018



Fontes: UPA 24h Irajá
 Sistema Klinikos
 Sistemas de Informação OSS Viva Rio

Com relação ao risco observa-se que 80,9% dos usuários foram classificados como verde, 18,8% de usuários classificados como amarelo, 0,3% usuários classificados como vermelho, e 0,1% usuários classificados como azul. Quanto ao total de atendimentos, ocorreram 5.819 atendimentos médicos de usuários classificados com risco verde, 1.351 atendimentos com risco amarelo, 19 com risco vermelho, e 08 com risco azul no presente mês.

3 Indicadores de Desempenho

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

A seguir são apresentados os valores dos 11 indicadores de desempenho em avaliação gerado na UPA Irajá para o início do contrato de gestão, onde 04 dos 11 citados atingiram e/ou superaram as metas estabelecidas, totalizando 40 pontos e com conceito C.

Tabela 2: Indicadores de Desempenho – UPA 24h Irajá, FEVEREIRO/2018

INDICADORES DE DESEMPENHO			fev/18			
			Resultado Alcançado	Meta	Pontos	
1.1	Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como amarelos	Somatório dos tempos de Atendimento de pacientes classificados como amarelos	42.400	33	≤30 min, 95% dos amarelo	0
		Número de atendimentos de pacientes classificados como amarelos	1.283			
1.2	Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como verdes	Somatório dos tempos de Atendimento de pacientes classificados como verdes	277.827	53	≤120 min 90% dos verde	5
		Número de atendimentos de pacientes classificados como verdes	5.237			
2	Tempo médio de permanência de pacientes em leitos de observação	Número de pacientes-dia no mês (leitos de observação da UPA)	266	65	24h	0
		Total de pacientes com saída no mês (leitos de observação da UPA)	98			
3	Proporção de internações hospitalares de pacientes classificados como vermelhos	Número de internações hospitalares dos pacientes classificados como vermelhos	4	24%	≥90%	0
		Número absoluto de pacientes classificados como vermelhos	17			
4	Proporção de pacientes >14 anos classificados quanto ao risco pela enfermagem	Total de pacientes > 14 anos classificados quanto ao risco por enfermeiro	6.271	97%	≥90%	10
		Total de pacientes >14 anos registrados	6.459			
5	Taxa de mortalidade nas UPAS	Número de pacientes que evoluíram para óbito	17	0,20%	≤0,10%	0



		Número de atendimentos realizados	7.352			
6	Regulação dos pacientes das salas amarelas em tempo inferior a 24 horas	Número de pacientes da sala amarela regulados antes de 24 horas	33	0,92	1,00	0
		Total de pacientes na sala amarela adulta inseridos na regulação	36			
7	Regulação de pacientes na sala vermelha em tempo inferior a 12 horas	Número de pacientes com menos de 12h na sala vermelha regulados	11	0,65	1,00	0
		Total de pacientes na sala vermelha	17			
8	Tempo porta eletrocardiograma	Número de pacientes com dor torácica que realizaram ECG em menos de 10 minutos	10	23,8%	100%	0
		Total de pacientes com queixa de dor torácica	42			
9	Faturamento SUS	Total de atendimentos (médicos, odontológicos, assistente social) registrados no SIA	7.352	100%	100%	15
		Total de pacientes atendidos (médicos, odontológicos, assistente social)	7.352			
10	Resolubilidade da Ouvidoria	Total de manifestações resolvidas	2	100%	≥90%	10
		Total de reclamações, solicitações e denúncias recebidas	2			
Total						40
Conceito						C

3.1 Indicador 1: Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento por classificação de risco

Conceito: Tempo médio entre a chegada e o atendimento médico – corresponde à média dos tempos entre a chegada à unidade e o atendimento médico para cada classificação de risco.

Conforme o Contrato de Gestão 004/2017, este indicador foi dividido em 02 subitens, que estão descritos abaixo.

3.1.1 Indicador 1.1: Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como amarelos

1.1 Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como amarelos		fev/18
Somatório dos tempos de Atendimento de pacientes classificados como amarelos		42.400
Número de atendimentos de pacientes classificados como amarelos		1.283
Meta	≤30 minutos	33
Pontos	5	0



Numerador: \sum dos tempos de Atendimento de pacientes classificados como amarelo x 100

Denominador: Número de atendimentos de pacientes classificados como amarelos

Meta: ≤ 30 minutos, 95% dos amarelos e pontuação de 5 pontos quando atingida.

Fonte: INTUS (ECO Sistemas) (Anexo 2)

Para o cálculo do tempo médio para atendimento médico conforme as regras do indicador, foram considerados 95% dos usuários classificados com risco amarelo, ou seja, um total de 1.283 pacientes, e o somatório do tempo de espera para cada um destes foi de 42.400 minutos o que corresponde a um tempo médio de 33 minutos, ou seja, em média 03 minutos acima do tempo médio estipulado de 30 minutos, não atingindo a meta.

3.1.2 Indicador 1.2: Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como verdes

1.2 Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico de pacientes classificados como verdes		fev/18
Somatório dos tempos de Atendimento de pacientes classificados como verdes		277.827
Número de atendimentos de pacientes classificados como verdes		5.237
Meta	≤ 120 minutos	53
Pontos	5	5

Numerador: \sum dos tempos de Atendimento de pacientes classificados como verde x 100

Denominador: Número de atendimentos de pacientes classificados como verdes

Meta: ≤ 120 minutos, 90% dos verdes e pontuação de 5 pontos quando atingida.

Fonte: INTUS (ECO Sistemas) (Anexo 2)

Para atender as regras do indicador foram quantificados 90% dos usuários com risco verde atribuído após a classificação de risco, o que representa um total de 5.237 pacientes, estes tiveram seus tempos e espera para atendimento somados contabilizando 277.827 horas, o que corresponde um tempo médio de 53 minutos, abaixo do tempo estipula de 120 minutos, atingindo a meta estabelecida.





Assim como afirmado anteriormente, o tempo de espera na urgência e emergência é um indicador essencial, considerando que este interfere no prognóstico do quadro clínico do paciente, do mesmo modo que elevados tempos de espera contribuem para aumento do número de pacientes nas salas de espera dos serviços, o que pode comprometer o tratamento e a evolução dos pacientes, aumentar a insatisfação dos usuários que aguardam atendimento e aumentar a pressão sobre os profissionais que prestam assistência.

3.2 Indicador 2: Tempo médio de permanência de pacientes em leitos de observação

2. Tempo médio de permanência de pacientes em leitos de observação		fev/18
Número de pacientes-dia no mês (leitos de observação da UPA)		266
Total de pacientes com saída no mês (leitos de observação da UPA)		98
Meta	24 horas	65
Pontos	10	0

Numerador: Número de pacientes-dia no mês (leitos de observação da UPA) x 24h

Denominador: Total de pacientes com saída no mês (leitos de observação da UPA)

Meta: 24 horas e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Livro das salas de observação

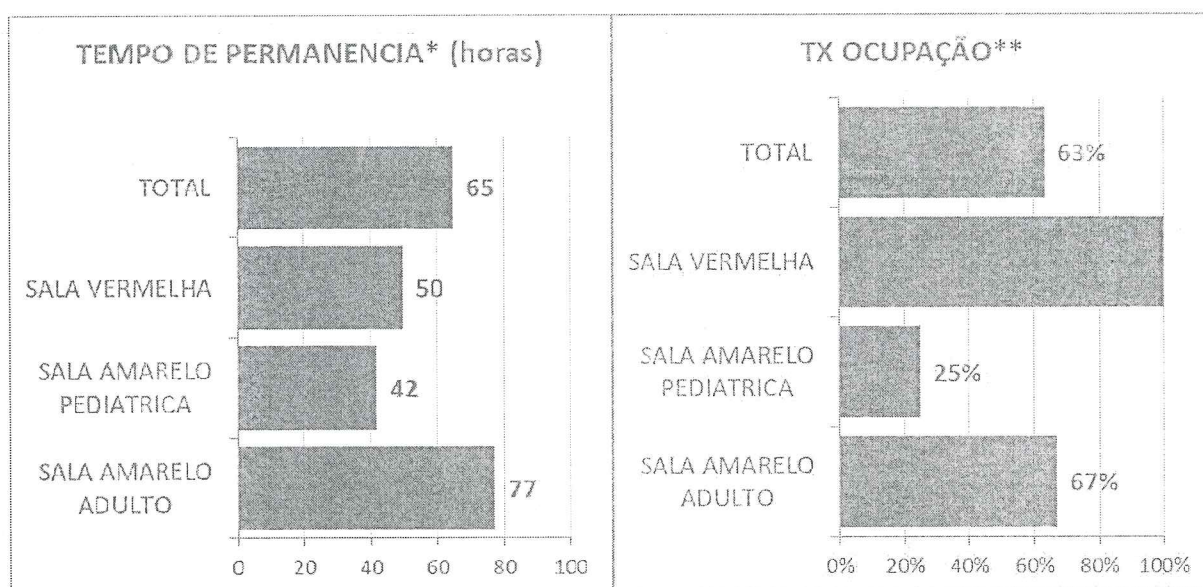
Na unidade estão disponíveis 15 leitos para observação, 10 leitos na sala de observação amarela adulto, 03 leitos na sala amarela pediátrica e 02 leitos na sala vermelha. As observações na sala amarela adulto correspondem a 60,5% do total de observações, enquanto as observações da sala amarela pediátrica correspondem em média a 11,5% e as da sala vermelha correspondem em média a 28% do total de observações.

Na competência analisada 104 usuários estiveram em observação nas salas amarela adulto/isolamento, amarela pediátrica e vermelha, o que equivale a 266 paciente-dia e 98 saídas, e

representa um total 65 horas de permanência (77h na sala amarelo adulto, 42h na sala amarela pediátrica e 50h na sala vermelha), não atingindo a meta. (Gráfico 3)

Ao analisar o Gráfico 3 verifica-se que apesar do tempo de permanência prolongado, a unidade tem uma taxa de ocupação de 63%, tendo 67% de ocupação da sala amarela adulto, 25% da sala amarela pediátrica, e 104% de ocupação na sala vermelha. Sendo assim, uma vez que as solicitações de vagas são feitas através do Sistema Estadual de Regulação (SER) e do Sistema de Regulação on-line (Sisreg), a OSS não possui governabilidade sobre o processo de transferência desse paciente, este fato pode proporcionar um aumento da taxa de ocupação e do tempo de permanência nas salas de observação.

Gráfico 3: Tempo de permanência e taxa de ocupação nas salas de observação: Amarelo Adulto, Pediátrica e Vermelha - UPA 24h Irajá, FEVEREIRO/2018



Fontes: UPA 24h Irajá
Sistemas de Informação OSS Viva Rio

3.3 Indicador 3: Proporção de internações hospitalares de pacientes classificados como vermelho

3. Proporção de internações hospitalares de pacientes classificados como vermelhos	fev/18
Número de internações hospitalares dos pacientes classificados como vermelhos	4



Número absoluto de pacientes classificados como vermelhos		17
Meta	≥90%	23,5%
Pontos	10	0

Numerador: Número de internações hospitalares dos pacientes classificados como vermelhos x 100

Denominador: Número absoluto de pacientes classificados como vermelhos

Meta: ≥90% e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Livro de observação da Sala Vermelha

Com relação a classificação de risco vermelho, a mesma foi atribuída a um total de 29 usuários, porém para o cálculo do indicador foram desconsiderados 11 pacientes que evoluíram a óbito em um tempo inferior a 6 horas devido à complexidade e instabilidade do quadro e 01 paciente que, contrariando as orientações médicas saiu de alta à revelia antes de completar 12 horas de permanência na sala vermelha. Dessa forma, dos 17 pacientes classificados como vermelhos considerados para este cálculo, 04 foram transferidos para outras unidades hospitalares.

No que se refere aos 13 usuários que não tiveram vagas cedidas nas unidades hospitalares, 06 tiveram piora do quadro clínico enquanto aguardavam a vaga solicitada e evoluíram a óbito, 04 usuários não tiveram a vaga cedida no período em que estiveram na unidade e após estabilização do quadro saíram de alta médica, 01 teve melhora do quadro clínico foi encaminhado para a sala amarela, 01 foi transferido para a UPA Engenho Novo e 01 permaneceu na unidade até o último dia do mês analisado.

Dessa forma, vale ressaltar que este indicador não afere o desempenho de gestão da OS uma vez que não está na governabilidade da OS o processo de regulação dos pacientes internados. As transferências solicitadas aos pacientes internados devem ocorrer em no máximo 24h, conforme perfil pré-hospitalar da unidade, sem o qual o risco de morte desses pacientes aumenta consideravelmente, além de impactar sobre o tempo de permanência e sobre a taxa de ocupação das salas de observação.



3.4 **Indicador 4: Proporção de pacientes > 14 anos classificados quanto ao risco pela enfermagem**

4. Proporção de pacientes >14 anos classificados quanto ao risco pela enfermagem	fev/18
Total de pacientes > 14 anos classificados quanto ao risco por enfermeiro	6.271
Total de pacientes >14 anos registrados	6.459
Meta $\geq 90\%$	97,1%
Pontos 10	10

Numerador: Total de pacientes >14 anos classificados quanto ao risco por enfermeiros x 100

Denominador: Total de pacientes >14 anos registrados

Meta: $\geq 90\%$ e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Klinikos (ECO Sistemas) (Anexo 1)

Para o presente mês, 6.459 usuários com idade superior a 14 anos foram registrados e destes 6.271 classificados quanto ao risco pelo enfermeiro obtendo um percentual aproximado de 97%, sendo assim a meta estabelecida foi superada.

O primeiro atendimento é realizado por um profissional de Enfermagem de nível superior treinado e capacitado com base no protocolo de acolhimento e classificação de risco, levando em consideração os sinais e sintomas, avaliando os fatores de risco e vulnerabilidade. A partir desta avaliação é atribuída uma cor ao paciente que caracteriza o risco que o mesmo possui. Desta forma define-se qual paciente deve ser atendido de forma emergencial, ou seja, de maior gravidade seja avaliado pelo médico precocemente. A Classificação de risco tem por objetivo estabelecer prioridade para o atendimento da população que acessa o serviço da unidade de pronto atendimento.



3.5 Indicador 5: Taxa de mortalidade nas UPAS

5. Taxa de mortalidade nas UPAS		fev/18
	Número de pacientes que evoluíram para óbito	17
	Número de atendimentos realizados	7.352
Meta	≤0,10%	0,20%
Pontos	10	0

Numerador: Número de pacientes que evoluíram para óbito x 100

Denominador: Número de atendimentos realizados

Meta: ≤0,10% e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Coordenação da unidade; e Ata da Comissão de Óbito (Anexo 3)

De acordo com o Ministério da saúde (2002a), a taxa de mortalidade institucional é calculada através da relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após 24 horas da admissão do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída da unidade (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito) no mesmo período.

De acordo com o cálculo proposto neste indicador, no presente mês um total de 17 óbitos foram registrados nos 7.352 atendimentos, o que resulta em uma taxa de 0,20% não alcançando a meta de 0,10%.

Com relação ao tempo de permanência, dos 17 óbitos que ocorreram na unidade, 11 ocorreram com tempo menor que 24h e 06 permaneceram na unidade por mais de 24h. Com isso, observa-se que os pacientes que evoluíram para óbito em menos que ≤ 24h apresentavam quadro clínico considerado grave e comorbidades associadas.

Dos óbitos ocorridos na unidade as causas informadas foram: 04 por Choque Cardiogênico, 03 por Choque Séptico, 03 por Sepsis, 03 por Insuficiência Respiratória Aguda, 01 por Infarto Agudo do Miocárdio, 01 por Hipoglicemia, 01 por intoxicação exógena e 01 por Edema Agudo Pulmonar. Todos os óbitos registrados no mês foram analisados pela comissão de óbitos.



3.6 Indicador 6: Regulação dos pacientes das salas amarelas em tempo inferior a 24 horas

6. Regulação dos pacientes das salas amarelas em tempo inferior a 24 horas		fev/18
Número de pacientes da sala amarela regulados antes de 24 horas		33
Total de pacientes na sala amarela adulta inseridos na regulação		36
Meta	1	0,92
Pontos	5	0

Numerador: Número de pacientes da sala amarela, regulados antes de 24 horas.

Denominador: Total de pacientes na sala amarelo adulta, inseridos na regulação.

Meta: 1 e pontuação de 5 pontos quando atingida.

Fonte: Livro de observação da Sala Amarela

Com relação à regulação, um total de 36 pacientes foram inseridos no sistema de regulação, destes 33 foram regulados em um período inferior a 24 horas. É importante evidenciar que dos 36 pacientes regulados 21 tiveram como tipo de saída alta por decisão médica (58%), 03 permaneceram na unidade após o encerramento da competência (8,3%), 04 saíram de alta à revelia (11,1%), 06 não tiveram a vaga cedida durante o período em que estiveram na sala amarela e devido ao agravamento do quadro foram encaminhados a sala vermelha (16,7%), evoluindo para óbito posteriormente e apenas 01 dos 36 pacientes regulados foi transferido (2,7%).

3.7 Indicador 7: Regulação de pacientes na sala vermelha em tempo inferior a 12 horas

7. Regulação de pacientes na sala vermelha em tempo inferior a 12 horas		fev/18
Número de pacientes com menos de 12h na sala vermelha regulados		11
Total de pacientes na sala vermelha		17
Meta	1	0,6
Pontos	10	0



Numerador: Número de pacientes com menos de 12h na sala vermelha, regulados.

Denominador: Total de pacientes na sala vermelha.

Meta: 1 e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Livro de observação da Sala Vermelha

Com relação a classificação de risco vermelho, a mesma foi atribuída para um total de 29 usuários, porém para o cálculo do indicador foram desconsiderados 01 paciente que apesar das recomendações médicas optou por sair à revelia da unidade antes de completar 12 horas de permanência na sala vermelha e 11 pacientes que evoluíram a óbito em um tempo inferior a 6 horas devido à complexidade e instabilidade do quadro. Dessa forma, dos 17 pacientes classificados como vermelhos considerados para este cálculo, 11 foram regulados em menos de 12 horas.

Isto posto, dos 17 pacientes classificados como vermelhos que foram considerados para o cálculo do indicador, 13 foram regulados e 11 no tempo inferior a 12 horas, não alcançando a meta estipulada.

Com relação ao destino, observa-se que dos 13 pacientes classificados com risco vermelho regulados, 06 tiveram uma piora do quadro clínico e evoluíram para óbito (46%), 05 foram transferidos (38%), 04 tiveram alta por decisão médica (31%), 01 não teve a vaga cedida e foi encaminhado à sala amarela após melhora do quadro (7%) e 01 permaneceu na unidade (7%).

3.8 Indicador 8: Tempo porta eletrocardiograma

8. Tempo porta eletrocardiograma		fev/18
Número de pacientes com dor torácica que realizaram ECG em menos de 10 minutos		10
Total de pacientes com queixa de dor torácica		42
Meta	100 %	23,8 %
Pontos	10	0





Numerador: Número de pacientes com dor torácica que realizaram ECG em menos de 10 minutos x 100

Denominador: Total de pacientes com queixa de dor torácica

Meta: 100% e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Coordenação da unidade (Anexo 4)

Conforme descrito pela comissão de revisão de prontuários, quanto aos pacientes que foram atendidos e inseridos no protocolo de dor torácica, no presente mês foram registrados um total de 42 paciente, dos quais 09 foram diagnosticados com IAM, e um foi trombolisado. Apenas 10 dos 42 atendidos no protocolo, realizaram o exame Eletrocardiograma (ECG) em menos de 10 minutos.

3.9 Indicador 9: Faturamento SUS

9. Faturamento SUS		fev/18
Total de atendimentos (médicos, odontológicos, assistente social) registrados no SIA		7.352
Total de pacientes atendidos (médicos, odontológicos, assistente social)		7.352
Meta	100%	100,0%
Pontos	15	15

Numerador: Total de atendimentos (médicos, odontológicos, assistente social) registrados no SIA x 100

Denominador: Total de pacientes atendidos (médicos, odontológicos, assistente social)

Meta: 100% e pontuação de 15 pontos quando atingida.

Fonte: Planilha de Procedimentos (Anexo 5)

Foram realizados neste mês, 7.352 procedimentos de atendimento, destes 7.288 atendimentos médicos em unidade de pronto atendimento (99%), 49 atendimentos de urgência na



atenção especializada (atendimento da odontologia) (0,7%), 15 consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada exceto médico (0,3%).

3.10 Indicador 10: Resolubilidade da Ouvidoria

10. Resolubilidade da Ouvidoria		fev/18
Total de manifestações resolvidas		2
Total de reclamações, solicitações e denúncias recebidas		2
Meta	≥90%	100,0%
Pontos	10	10

Numerador: Total de manifestações resolvidas x 100

Denominador: Total de reclamações, solicitações e denúncias recebidas

Meta: ≥90% e pontuação de 10 pontos quando atingida.

Fonte: Ouvidoria Vivario (Anexo 6)

De acordo com o setor responsável por receber, registrar e dar encaminhamento às ouvidorias realizadas pelos usuários, no presente mês foram realizadas e resolvidas 02 ouvidorias para a UPA 24h de Irajá. Portanto, alcançamos o resultado de 100% para indicador em questão.





SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Declaro para os devidos fins que todas as informações que constam neste documento são verídicas e refletem as atividades realizadas na Unidade de Pronto Atendimento 24h - Irajá.

Todos os dados que compõe as produções e indicadores apresentados foram gerados e documentados podendo ser apresentados a qualquer tempo aos membros desta CTA caso haja necessidade.

O setor de Sistemas de Informações da OSS Viva Rio fica à disposição desta CTA para esclarecimentos de quaisquer informações que compõem este documento.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, 09 de março de 2018.

DAYANE PONTES S. DA FONSECA / JULIANA MOREIRA DE O. FERREIRA

ANALISTA DE INFORMAÇÕES - UPA IRAJÁ

OSS VIVA RIO

DANIEL ANTONIO BOUZADA FRAGA

ASSESSOR TÉCNICO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO


OSS VIVA RIO



4 Anexo

4.1 Anexo 1: Relatório de Produção Diária

Fonte: Sistema Klinikos/ ECO Sistemas

 Governo do Estado do Rio de Janeiro Secretaria Estadual de Saude - SES Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá	
Produção diária por setor	
Período.: 01/02/2018 a 28/02/2018	
Turno da: 24 horas	
ACOLHIMENTO	
Clínica	Total
ASSISTENTE SOCIAL	24
CLINICA MÉDICA	6.505
ODONTOLOGIA	61
PEDIATRIA	1.354
Total por Setor	7.954
URGÊNCIA	
Clínica	Total
ASSISTENTE SOCIAL	10
CLINICA MÉDICA	6.459
ODONTOLOGIA	58
PEDIATRIA	1.371
Total por Setor	7.898
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Clínica	Total
CLINICA MÉDICA	6.271
ODONTOLOGIA	2
PEDIATRIA	1.245
Total por Setor	7.518
NÃO CLASSIFICADOS	
Clínica	Total
ASSISTENTE SOCIAL	10
CLINICA MÉDICA	178
ODONTOLOGIA	56
PEDIATRIA	122
Total por Setor	366
ATENDIMENTO	
Clínica	Total
ASSISTENTE SOCIAL	15
CLINICA MÉDICA	5.957
ODONTOLOGIA	49
PEDIATRIA	1.331

producao_upa_diaria.rpt Emitido em: 01/03/2018 10:01:34 Usuário: JULIANA MOREIRA DE OLIVEIRA FERREIRA Página: 1



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

Produção diária por setor

Período: 01/02/2018 a 29/02/2018

Turno de 24 horas

Total por Setor 7.352

INTERNAÇÃO DE OBSERVAÇÃO

Clinica	Total
CLINICA MÉDICA	25
PEDIATRIA	9
Total por Setor	34

Totais no Período

Acolhimento	7.954
Urgência	7.898
Emergência	0
Classificação de Risco	7.518
Não Classificados	366
Atendimento Médico	7.352
Internação de Observação	34



4.2 Anexo 2: Tempos por Classificação de Risco

Fonte: INTUS/ECO

01/03/2018 Web Analysis - Apresentação do cenário

INTUS OPA - Indicadores de Desempenho
 O1 - Indicadores de Desempenho
 URL: https://www.rio2012.gov.br/portal/indicadores/01/01/01

Ano e Mês: 2018-02 Clínica de Atendimento: Medicina Clínica Risco Paciente: Nível 1 Unidade: UPA 252A

Níveis de análise
 Ano e Mês: 2018-02 Risco Paciente: Nível 1

Ano e Mês	Qtd. Atendimento	Tempo Médio Atendimento	Qtd. Pacientes Risco Verde	Qtd. Pacientes Risco Amarelo	Qtd. Pacientes Risco Vermelho	Amar. Cons.	Qtd. Pacientes Risco Amarelo	Qtd. Pacientes Risco Vermelho	Amar. Obs.	Qtd. Pacientes Risco Amarelo	Qtd. Pacientes Risco Vermelho	Amar. Obs.	Qtd. Pacientes Risco Amarelo	Qtd. Pacientes Risco Vermelho	Amar. Obs.
2018-02	231	11,1	201	28	2	20	20	2	2	20	2	2	20	2	2

1 de 1 - 5 páginas / 06:06:27

Dados de análise
 Ambiente: UPA - Indicadores de Desempenho
 Destino: O1 - Indicadores de Desempenho
 Clínica de Atendimento: Medicina Clínica
 Unidade: UPA 252A

Parâmetros iniciais
 Unidade: UPA 252A

Filtro cenário
 Ano e Mês: 2018-02

Ações Ativas
 Ano e Mês: 2018-02
 Clínica de Atendimento: Medicina Clínica
 Risco Paciente: Nível 1
 Unidade: UPA 252A






Status dos objetos
 Última atualização: 15 segundos

Link para acesso público (API): https://api.rio2012.gov.br/portal/indicadores/01/01/01



4.3 Anexo 3: Ata de Óbito



Fonte: Coordenação da unidade

  GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE UNIDADES PRÓPRIAS COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO FIXO PRÉ-HOSPITALAR UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - IRAJÁ
SEXAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS DA UPA IRAJÁ
DATA: 05/03/2018
HORÁRIO: 14:00
LOCAL: UPA IRAJÁ
<p>Aos cinco dias do mês de Março do ano de dois mil e dezoito, às quatorze horas, reuniram-se na sala da coordenação da UPA Irajá, situada na Avenida Monsenhor Félix trezentos e oitenta, Irajá, Rio de Janeiro, Bernardo Brand Rodrigues de Mello, Coordenador Médico, e Mara Luana dos Santos Pacheco, Enfermeira plantonista da Unidade e Elizangela de Souza Allevato, Coordenadora de enfermagem, para dar início a sexagésima primeira reunião da Comissão de Revisão de óbitos. Em questão foram levantados os casos de óbitos registrados na Unidade no mês de Fevereiro de 2018.</p> <p>Pelo presente identificamos 17 óbitos registrados na Unidade e 16 foram emitidos Declarações de Óbitos no UPA. Tivemos 1 óbito que foi enviado ao Instituto Médico Legal por intoxicação exógena. Não tivemos óbito em pediatria.</p> <p>As causas de óbitos no mês de Fevereiro de 2018 envolveram: 03 por Choque Séptico, 04 por Choque Cardiogênico, 01 por Infarto Agudo do Miocárdio, 01 por Hipoglicemia, 01 por Edema Agudo Pulmonar, 03 por Sepsis e 03 por Insuficiência Respiratória Aguda.</p> <p>Observamos os casos e pelos relatos nos prontuários foram inevitáveis. Sem mais para acrescentarem as partes, declaramos encerrada a reunião.</p>
Bernardo Brand Rodrigues de Mello 
Elizangela de Souza Allevato 
Mara Luana dos Santos Pacheco 



4.4 Anexo 4: Tempo Porta eletrocardiograma

Fonte: Coordenação da unidade

	
ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.	
Data: 07/03 /2018	
Hora: 10:00	
Local: UPA Irajá	
<p>Aos sete dias do mês de março de dois mil e dezoito, às dez horas, reuniram-se, na sala de Coordenação situada no UPA Irajá, Rua Monsenhor Felix, número trezentos e oitenta, Irajá, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Prontuários, a saber: Dr. Bernardo Brand Rodrigues de Mello, Coordenador Médico; Elizangela de Souza Allevato, Coordenadora de enfermagem e Expedita Luize Correa D'Azevedo Sale, Enfermeira. Iniciamos a sexagésima terceira reunião da Comissão de Prontuários, dando sequência aos critérios elencados de avaliação dos prontuários referentes ao mês de fevereiro de dois mil e dezoito. Foram gerados sete mil, oitocentos e noventa e oito boletins de atendimentos totais, dos quais dos quais foram atendidos efetivamente sete mil, trezentos e cinquenta e dois pacientes; sendo cinco mil novecentos e cinquenta e sete referente à clínica médica, mil trezentos e trinta e um atendimentos de pediatria, quarenta e nove de odontologia e quinze de assistência social. Houve uma redução no número total de atendimentos, sejam eles da clínica médica, da pediatria, assistência social e odontologia em relação ao mês de janeiro. Foram realizados cento e vinte e seis exames de eletrocardiograma na unidade. Quanto aos pacientes atendidos e inseridos no protocolo de dor torácica pela enfermagem, sendo um total de quarenta e dois casos, todos com precordialgia, onde apenas nove foram diagnosticados com IAM, um destes sendo trombolizado. Dentre os quarenta e dois atendidos no protocolo, dez realizaram ECG em menos de 10 minutos. Quanto a qualidade dos registros dos prontuários continua sendo observada, a manutenção qualidade das evoluções médica e de enfermagem no que diz respeito ao registro de sinais vitais, quadro clínico e evolução do quadro do paciente durante o período em observação na unidade. A Comissão de Prontuários continua reforçando junto à equipe de enfermagem e médica sobre as informações necessárias que devem conter nos registros dos boletins de atendimento como diagnóstico, quadro clínico sinais vitais, início dos sintomas, transferências, altas, óbitos e o encerramento dos boletins de atendimento principalmente. A Comissão de infecção avaliou cento e quatro prontuários de pacientes nas salas de observação, sendo vinte e nove na sala vermelha, treze na sala amarela pediátrica e sessenta e três na sala amarela adulto. A maioria dos pacientes com HAS, IAM, DM descompensada, ITU, intoxicação entre outros. Constatamos que não houve infecção hospitalar na unidade neste mês. Não tivemos acidente biológico. A Comissão continuará repassando as orientações pertinentes ao adequado registro dos boletins de atendimento à equipe multiprofissional e encerramento dos mesmos. Sem mais a tratar, foi lavrado o presente ata que lida e em acordo de todos os membros foi assinada e referenciada.</p>	
Bernardo Brand Rodrigues de Mello _____	
Joana D'Arc de Lima Corrêa <i>Elizangela de Souza Allevato</i>	
Expedita Luize Correa D'Azevedo Sale <i>Expedita Luize Correa D'Azevedo Sale</i>	





4.5 Anexo 5: Planilha de Procedimentos e Exames

Fonte: Procedimentos: arquivo de PA/ Sistema Klinikos

DESCRIÇÃO DE EXAMES	Nº	%
HEMOGRAMA COMPLETO	1.032	18,26%
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	643	11,37%
DOSAGEM DE CREATININA	416	7,36%
DOSAGEM DE UREIA	406	7,18%
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	375	6,63%
DOSAGEM DE TROPONINA	356	6,30%
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	342	6,05%
DOSAGEM DE SODIO	326	5,77%
DOSAGEM DE POTASSIO	325	5,75%
DOSAGEM DE GLICOSE	287	5,08%
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	256	4,53%
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	255	4,51%
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	144	2,55%
DOSAGEM DE AMILASE	97	1,72%
DOSAGEM DE MAGNESIO	89	1,57%
DOSAGEM DE LIPASE	82	1,45%
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	74	1,31%
DOSAGEM DE CALCIO	51	0,90%
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	49	0,87%
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	19	0,34%
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	13	0,23%
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	6	0,11%
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	5	0,09%
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	2	0,04%
DOSAGEM DE GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	2	0,04%
CULTURA PARA BAAR	1	0,02%
SUBTOTAL EXAME LABORATORIAL	5.653	92,60%
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	230	70,55%
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	18	5,52%
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	11	3,37%
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	11	3,37%
RADIOGRAFIA DE MAO	10	3,07%
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	10	3,07%
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	8	2,45%
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	7	2,15%
RADIOGRAFIA DE BRACO	4	1,23%
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	3	0,92%



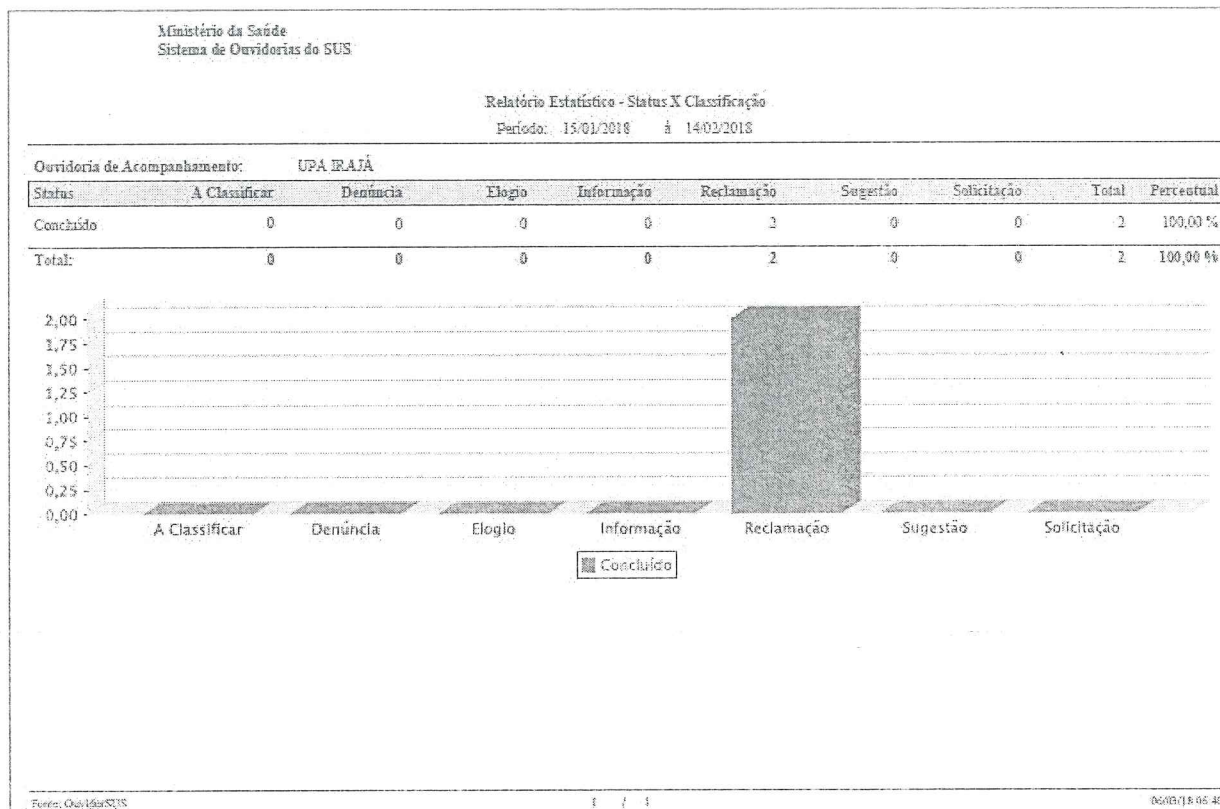
Relatório Mensal de Acompanhamento do Contrato de Gestão nº 007/2012 referente ao mês de FEVEREIRO/2018

RADIOGRAFIA DE COTOVELO	3	0,92%
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	2	0,61%
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	2	0,61%
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	2	0,61%
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	2	0,61%
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	1	0,31%
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	1	0,31%
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	1	0,31%
SUBTOTAL EXAME RADIOLOGICO	326	5,34%
ELETROCARDIOGRAMA	126	2,06%
EXAMES	6.105	19,21%
PROCEDIMENTOS	Nº	%
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	7.517	29,27%
ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	7.288	28,38%
AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL	5.974	23,26%
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA	3.338	13,00%
GLICEMIA CAPILAR	446	1,74%
CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	340	1,32%
EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	340	1,32%
INALACAO / NEBULIZACAO	336	1,31%
ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	49	0,19%
ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	20	0,08%
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	15	0,06%
SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	11	0,04%
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	3	0,01%
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	2	0,01%
SUBTOTAL PROCEDIMENTOS	25.679	80,79%
TOTAL GERAL	31.784	



4.6 Anexo 6: Ouvidoria

Fonte: UPA IRAJÁ / Ouvidoria Vivario





5 Assinatura

Atenciosamente,

RUBEM CESAR FERNANDES

DIRETOR EXECUTIVO

OSS VIVA RIO

6 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.

6.1 Fluxo de Caixa

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

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ		fevereiro/2018
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO		
FLUXO DE CAIXA		
		Janeiro
A - SALDO FINANCEIRO NO MÊS ANTERIOR		0,00
RECEITAS		
Contrato de Gestão		1.086,33
Receitas Financeiras		0,27
Outras Receitas		7.500,00
B - TOTAL DE RECEITAS		8.586,60
DESPESAS		
Pessoal		0,00
Material de Consumo		0,00
Serviços de Terceiros		7.298,80
Taxas/Impostos/Contribuições		0,00
Serviços Públicos		0,00
Despesas Bancárias		113,40
Outras Despesas Operacionais		0,00
Investimentos		0,00
C - TOTAL DE DESPESAS		7.412,20
SALDO MENSAL FINAL (A)+(B)-(C)		1.174,40
D - SALDO FINANCEIRO DISPONÍVEL PARA O PERÍODO SEGUINTE		
D1 - Saldo em C/C e Aplicações Financeiras		174,40
D2 - Fundo Fixo de Caixa (Caixa Pequena)		1.000,00
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)		1.174,40

6.2 Despesas Realizadas

O montante das despesas realizadas no mês de fevereiro/2018, lançadas neste demonstrativo por regime de caixa, totalizam 0,57% dos valores destinados ao custeio e 0% do valor destinado aos investimentos, de acordo com o cronograma de desembolso (custeio R\$ 1.297.938,20 e investimento R\$ 0,00). (Anexo no Item 8.4)

6.3 Conciliação Bancária

No demonstrativo da Conciliação Bancária verifica-se a conformidade entre o registro contábil e os saldos apresentados nos extratos bancários. (Anexo no Item 8.4)

6.4 Demonstrativo Contábil Operacional

Neste demonstrativo estão refletidos, por mês de competência, os recursos recebidos e comprometidos com os dispêndios de custeio **1,47%** e investimento 0%, respectivamente aos valores demonstrados no cronograma de desembolso (custeio R\$ 1.297.938,20 e investimento R\$ 0,00). (Anexo no Item 8.4)

7 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.

7.1 Aquisição de Bens Duráveis

Não houve aquisição de bens duráveis. (Anexo no Item 8.4)

7.2 Aquisição de Outros Investimentos

Não houve aquisição de outros investimentos. (Anexo no Item 8.4)

7.3 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 não houve contratação de pessoal.

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

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.

7.4 Serviços de Terceiros Contratados

Os contratos realizados entre Viva Rio e as empresas prestadoras de serviços para **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IRAJÁ** tiveram início, em sua maioria, em **Abril de 2016**.

EMPRESA	SERVIÇO PRESTADO
WORKING PLUS	LOCAÇÃO DE TELEVISORES
WORKING PLUS	LOCAÇÃO DE COMPUTADORES
SEPARAR	GASES MEDICINAIS
KAÍQUE	LOCAÇÃO DE IMPRESSORAS
STTR	EQUIPAMENTOS MÉDICOS
RODOCON	COLETA DE RESÍDUOS
LAVEBRAS	LAVANDERIA
ECO	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
AGF	EXTINTORES
EXPLORER	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS
TX	RAIO X
TX	MANUTENÇÃO DE EQUIP. ODONTOLÓGICOS
BEST FORCE	GERADORES
PREMIER	ALIMENTAÇÃO
SAVIOR	AMBULÂNCIA
SAPRA	DOSIMETRIA
SEVEN LOG	MOTO FRENTISTA
POTENCIAL	CÂMERAS
TOSTES	ANÁLISES CLÍNICAS
PVAX	LOGISTICA
NET WAY	LINK DEDICADO

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 FEVEREIRO de 2018.

Valores Fixos

- AS DEMAIS EMPRESAS NÃO EMITIRAM NOTA ATÉ A PRESENTE DATA.

A tabela abaixo demonstra o valor destes custos em FEVEREIRO de 2018:

Valor Fixo Mensal			
Empresa	Serviços	Valor Contrato Mensal	FEVEREIRO
WORKING PLUS	LOCAÇÃO DE TELEVISORES	400,00	
BEST FORCE	GERADORES	1.575,00	
PREMIER	ALIMENTAÇÃO	43.436,20	
SAVIOR	AMBULÂNCIA	10.960,00	
NET WAY	LINK DEDICADO	871,98	
SAPRA	DOSIMETRIA	611,52	1.013,58
STTR	EQUIPAMENTOS MÉDICOS	3.000,00	
TX	RAIO X	4.993,75	
TX	MANUTENÇÃO DE EQUIP. ODONTOLÓGICOS	485,00	
POTENCIAL	CÂMERAS	1.160,00	
TOSTES	ANÁLISES CLÍNICAS	30.000,00	
ECO	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	7.000,00	
SEPARAR	GASES MEDICINAIS	15.600,00	15.600,000
SEVEN LOG	MOTO FRENTISTA	962,46	

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:

- Rodocon:** Presta serviço de Coleta de Resíduos.
- Explorer:** Presta serviço de Locação de Veículo com motorista.
- Separar:** Presta serviço de Gases Medicinais.
- Seven Log:** Presta serviço de motoboy mensageiro.
- AGF:** Presta serviço de Manutenção e recarga de extintores.
- Lavebras:** Presta serviço de lavanderia hospitalar.

Valores Variáveis

- **AS DEMAIS EMPRESAS NÃO EMITIRAM NOTA ATÉ A PRESENTE DATA.**

A tabela abaixo demonstra os valores de contrato e os valores pagos em FEVEREIRO de 2018:

Valores Variáveis			
Empresa	Serviços	Valor Contrato Mensal	FEVEREIRO
RODOCON	COLETA DE RESÍDUOS	Por demanda	
EXPLORER	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	por demanda	
LAVEBRAS	LAVANDERIA	Por coleta	
AGF	EXTINTORES	Execução	
PVAX	LOGISTICA	Por demanda	
WORKING PLUS	LOCAÇÃO DE COMPUTADORES	Por equipamento	
KAÍQUE	LOCAÇÃO DE IMPRESSORAS	Por equipamento	



8 Anexo B

8.1 Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica

Não houve contratação de Pessoa Jurídica (Anexo no item 8.4)

8.2 Extratos Bancários



Extrato Mensal / Por Período

VIVA RIO | CNPJ: 000.343.941/0001-28

Nome do usuário: Aline Rodrigues Vaz Garcia

Data da operação: 02/02/2018 - 17h27

Agência | Conta	Total Disponível (R\$)	Total (R\$)
00814 | 0004205-6	86,33	86,33

Extrato de: Ag: 814 | CC: 0004205-6 | Entre 01/01/2018 e 31/01/2018

Data	Lançamento	Dcto.	Crédito (R\$)	Débito (R\$)	Saldo (R\$)
26/12/2017	SALDO ANTERIOR				1,00
09/01/2018	TRANSF CC PARA CC PJ VIVA RIO	814986	1,61		2,61
	TRANSF CC PARA CC PJ VIVA RIO	814988	1,62		4,23
	TRANSF CC PARA CC PJ VIVA RIO	814351		-1,61	2,62
	TRANSF CC PARA CC PJ VIVA RIO	814359		-1,62	1,00
11/01/2018	BAIXA AUTOMAT POUPANCA* TRANSF CC PARA CC PJ VIVA RIO	4205 814160	1,60		2,60
				-1,60	1,00
15/01/2018	BAIXA AUTOMAT POUPANCA* TARIFA BANCARIA Cesta Empresarial2	4205 20118	74,60		75,60
				-74,60	1,00
19/01/2018	TED-TRANSF ELET DISPON REMET.RJ FES CUSTEIO SUS TRANSF CC PARA CC PJ VIVA RIO	3458533 814086	1.000.000,00		1.000.001,00
				-1.000.000,00	1,00
Total			1.000.079,43	-1.000.079,43	1,00

Os dados acima têm como base 02/02/2018 às 17h27, e estão sujeitos a alterações.

Últimos Lançamentos

Não há lançamentos para este tipo de extrato.



Relatório Mensal de Acompanhamento do Contrato de Gestão nº 007/2012 referente ao mês de FEVEREIRO/2018



Extrato Mensal / Por Período

VIVA RIO | CNPJ: 000.343.941/0001-28
Nome do usuário: Rubem Cesar Fernandes
Data da operação: 02/02/2018 - 18h31

Agência | Conta	Total Disponível (R\$)	Total (R\$)
00814 | 0004205-6	86,33	86,33

Extrato de: Ag: 814 | CP: 0004205-6 | Entre 01/01/2018 e 31/01/2018

Data	Lançamento	Dcto.	Crédito (R\$)	Débito (R\$)	Saldo (R\$)
26/12/2017	SALDO ANTERIOR				161,26
11/01/2018	BAIXA AUTOM C CORRENTE*	4205		-1,60	159,66
15/01/2018	BAIXA AUTOM C CORRENTE*	4205		-74,60	85,06
17/01/2018	RENDIMENTOS POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12	1703994	0,05		85,11
	IMPOSTO RENDA NA FONTE* POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12	1786429		-0,01	85,10
19/01/2018	RENDIMENTOS POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12	1903994	0,29		85,39
	IMPOSTO RENDA NA FONTE* POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12	1934647		-0,06	85,33
Total			0,34	-76,27	85,33

Os dados acima têm como base 02/02/2018 às 18h31 e estão sujeitos a alterações.

Últimos Lançamentos

Não há lançamentos para este tipo de extrato.

8.3 Demonstrativo de Folha de Pagamento

8.3.1 - GT

Não houve pagamento de Pessoa Física

8.3.2 - UNIDADE

Não houve pagamento de Pessoa Física

8.4 Anexos Relevantes ao Entendimento do Relatório em Questão

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ		fevereiro/2018
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	7.298,80
03.01	SERVIÇOS-MANUTENÇÃO PREDIAL	0,00
03.01.01	REPAROS/ADAPTAÇÕES/CONCERTOS EM GERAL	0,00
03.01.02	SERVIÇOS DE DEDETIZAÇÃO/DESRATIZAÇÃO	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	7.298,80
03.06.01	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS EM GERAL	0,00
03.06.02	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	7.298,80
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	113,40

06.01	TARIFAS	113,40
06.01.01	TARIFAS	113,40
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
07.02.01	MATERIAL PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	0,00
07.03	RATEIO DAS DESPESAS DA SEDE DA CONTRATADA	0,00
07.03.01	RATEIO DAS 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
TOTAL		7.412,20



UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ		<i>fevereiro/2018</i>	
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO			
CONCILIAÇÃO BANCÁRIA			
BANCO: 237		AGÊNCIA: 814	
CONTA CORRENTE N°: 4205-6			
PERÍODO DE REFERÊNCIA: Fevereiro/2018			
A - SALDO CONFORME EXTRATO BANCÁRIO EM 01/02/2018 a 28/02/2018			
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)
A1 - Saldo em Conta Corrente			88,80
A2 - Saldo em Aplicações Financeiras			1.085,60
A3 - TOTAL			1.174,40
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)			1.174,40

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ											fevereiro/2018
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO											
AQUISIÇÃO DE BENS DURÁVEIS											
Nº Controle Patrimonial OS	Nº Controle Patrimonial SES/RJ	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 DE BENS								
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 SES/RJ para incorporação ao seu patrimônio.

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ						fevereiro/2018
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.



Relatório Mensal de Acompanhamento do Contrato de Gestão nº 007/2012 referente ao mês de FEVEREIRO/2018

UNIDADE GERENCIADA: UPA ENGENHO OSS RESPONSÁVEL: VIVA RIO 2ª PARCELA DO 13º SALÁRIO DOS CONTRATADO DA UNIDADE										fevereiro/2018
CATEGORIA PROFISSIONAL (1)	FUNÇÃO	Cod. Bras. Ocupação	QTDE.	Forma de contratação (2)	Carga Horária Semanal (3)	Salário Base (R\$) (4)	Encargos (R\$) (4)	Benefícios (R\$) (4)	SALÁRIO TOTAL POR PROFISSIONAL	SALÁRIO TOTAL DA CATEGORIA X SAL TOTAL (QTDE X SAL TOTAL)
			1	CLT		0,00	-	0,00	0,00	-
						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

[2] CLT/PP/PI
 [3] em cada linha deverá ser apresentada uma única categoria profissional e com a mesma carga horária.
 [4] Registrar os valores de Salário/Encargos/Benefícios pagos a cada um dos profissionais daquela categoria. O total da Categoria será registrado na última coluna, multiplicando-se o SALÁRIO TOTAL POR PROFISSIONAL pela QUANTIDADE de profissionais daquela categoria.
 [5] Na tabela RH CONTRATADO DA OSS devem ser apresentados todas as categorias profissionais com vínculo empregatício da OSS que prestam serviço a Unidade.

RESPONSÁVEL: VIVA RIO UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ CÓDIGO UNIDADE GERENCIADA: 820 RH CONTRATADO POR RPA - REGIME DE COMPETÊNCIA													fevereiro/2018
Nome Completo	CPF	Emissão	Nº do Conselho Profissional(1)	Nº do Recibo do RPA	Categoria Profissional (2)	Especialidade (médicos)	CBO	Forma de contratação	Descrição dos atendimentos (horário de Entrada/Saída, data de realização)	Carga Horária Mensal (3)	Valor (R\$) (4)	Encargos (R\$) (4)	TOTAL
				N/D				RPA				RS 0,00	RS 0,00
Total											RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00

RESPONSÁVEL: VIVA RIO UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ CÓDIGO UNIDADE GERENCIADA: 820 RH CONTRATADO POR RPA - REGIME DE CAIXA												fevereiro/2018
Nome Completo	CPF	Nº do Conselho Profissional(1)	Nº do Recibo do RPA	Categoria Profissional (2)	Cargo	CBO	QTDE.	Forma de contratação	Carga Horária Mensal (3)	Data de Pagamento	Valor Líquido	
			N/D			125125	1	RPA			RS -	
Total							1					RS -

[1] Informar o Número do Conselho profissional (Ex- CRM, CRA, CREIA, COREN)
 [2] Utilizar como referência, a listagem de categorias profissionais CBO
 [3] Em cada linha deverá ser apresentada a carga horária mensal de um único profissional.
 * Nesta planilha deverão ser informados todos os pagamentos realizados por RPA no mês.

- Relatório klinicos por profissional para validação da Planilha por Regime de Competência do mês de fevereiro/2018:

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

Atendimentos por Profissional	Total
ADRIANA MONTEIRO DE LIMA	41
AMANDA DA SILVA CAVALCANTE DA FONSECA PINESCHI	86
ANA BEATRIZ BREITINGER AMIM	450
ANA CAROLINA CARVALHO DE ARAUJO PORTO	35
ANDREYA DE OLIVEIRA SANTANA ESTEVES	374
ANNA CRISTINA MARTINS CALDEIRA	194
ANTHONY CASAGRANDE CALOMENO DOMIT	4
ANTONIO DE PADUA ASSEF NUNES NASCIMENTO	244



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

CAMILA MOREIRA	523
CAROLINA FARIA ZACCHE	387
DANIEL MARQUES COSTA	23
DANIELA ALVES DA SILVA BRUM	77
EDUARDO VASCONCELOS MAGALHAES JUNIOR	408
EMILLE NASCIMENTO MARTINS	120
FELIPE FARIA ZACCHE	136
FLAVIA SANTOS GOMES NETO	42



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

FLORA DE SOUZA BRAVO	18
GABRIEL BLASI FRANKLIN DE SA	187
GABRIELA RICARDO DE AQUINO SANTOS	70
GLEICE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA DE OLIVEIRA	7
IGOR VIANA NUNES COELHO	169
JOSE GUILHERME SILVA COUTINHO	66
JOSY KNEIPP MACHADO	233
JULIA FERNANDES LESSA	58
JULIANA MARTINS DE CARVALHO DESIDERIO DA COSTA	106



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

KEIKO CARLA ARISHIMA ALVES	27
LARISSA DA SILVA CONCEICAO	25
LEONARDO ROSSI CALDWELL	45
LIVIA DIAS DA SILVA	56
lucas menke mantoanelli	47
LUIZ FELIPE PORTELA LOIS	46
LUIZ FELIPE SAVIGNON	129
LUMI AMARAL GOMES	40



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

MAGNA SANDRA GOMES DE DEUS	49
MARCOS VINICIUS MEIRA VAZ	107
MARIA DONIZETE MOREIRA BRANDAO	90
MARIA LUIZA BARROS DE PAIVA	154
MARIANA QUEIROZ MONTEIRO	28
MATHEUS PEREIRA ALVES DE OLIVEIRA GAMA	72
MAYRA DOS SANTOS MONTEIRO	39
NATALLI LEVI DANTAS	15
NEUSA MARIA DE BARROS	70



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

OTAVIO HENRIQUE IGREJA DE AMORIM	31
PAOLA JANINA LEDESMA	72
RAFAEL BASTOS CARREIRA	39
RAMON SCHWENCK FRAGA	16
RAQUEL EMIKO HIRAIDE	11
RAQUEL VALENCA VALADAO LOBO	89
ROBERTA CAMPOS LOUREIRO	41
ROBERTA FIRMINO DOS ANJOS	308



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiá
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

RODOLFO PIPE MUSSATTO VARIANI	176
RODRIGO LOPEZ FARIAS	186
RUDSON MAIA DE SOUZA	219
SAMUEL IBIAPINA DA ROCHA COELHO	450
SIMONE BASTOS PEREIRA	330
SIMONE LEITE DE SOUZA	18
STEFANI RIBEIRO DE ALMEIDA	40
SUSANA ALEJANDRA NUNEZ	11
TALITA SORIANO CRUZ HOVLAND	26



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES

Unidade de Pronto Atendimento - UPA Iraiã
Estatística Atendimentos por Profissional

Período: 01/02/2018 a 28/02/2018

TAMI SACRAMENTO VIEIRA	14
Thiago Coutinho Iglesias	26
THOMAZ GONCALVES DOS SANTOS MARTINS	45
WILIAN MENEGUCI DE OLIVEIRA	99
Total Geral de Atendimentos	7.344



RESPONSÁVEL: VIVA RIO

fevereiro/2018

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ

CÓDIGO UNIDADE GERENCIADA: 820

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\$ -

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ							fevereiro/2018		
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO									
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		
Locação de Impressoras e Multifuncionais	KÁ-IQUE COMÉRCIO E SERVIÇOS LTDA	01.513.667/0001-50	Posto	01/04/2016	30/09/2017	2.199,60	7.298,80	AbriI a Julho de 2017.	
Manutenção de Equipo Odontológico	TX COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA	32.280.604/0001-25	.....	01/04/2016	30/09/2017	485,00		
Limpeza	ESPAÇO SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA	06.159.080/0001-09	RESCINDIDA	01/04/2016	31/12/2016	39.998,58			
Lavanderia	LAVAMAR EMPREENDIMENTOS INDUSTRIAIS E SERVIÇOS LTDA	28.770.709/0001-95	RESCINDIDA	01/04/2016	31/12/2016	5.500,00			
Sistema UPA 24H	ECO - EMPRESA DE CONSULTORIA E ORGANIZAÇÃO EM SISTE	39.185.269/0001-25	.....	01/04/2016	31/03/2018	7.000,00		
Coleta de Resíduos	RODOCON CONSTRUÇÕES RODOVIÁRIAS LTDA.	30.090.575/0001-03	Container	01/04/2016	30/09/2017	5.712,00			
Manutenção de Equipamentos Médicos	S.T.T.R. INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA	40.179.871/0001-39	.....	01/04/2016	30/09/2017	3.000,00		
Alimentação	PREMIER COMÉRCIO DE ALIMENTOS LTDA	73.702.649/0001-28	Unidade	01/04/2016	30/09/2017	45.000,00			
Manutenção de Raio-X	TX COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA	32.280.604/0001-25	.....	01/04/2016	30/09/2017	4.993,75		
Locação de Computadores	WORKING PLUS COMÉRCIO E SERVIÇOS LTDA	02.865.909/0001-38	.....	01/04/2016	30/09/2017	4.025,00		
Ambulância	SAVIOR MEDICAL SERVICE LTDA	30.299.895/0001-78	.....	01/04/2016	30/09/2017	11.080,00		
Laboratório Análises Clínicas	TOSTES MEDICINA DIAGNOSTICA LABORATORIAL LTDA	18.313.334/0001-80	Exame	01/04/2016	30/09/2017	30.000,00			
Gases Mediciniais	SEPARAR PRODUTOS E SERVIÇOS LTDA	03.184.220/0001-10	.....	01/04/2016	30/09/2017	22.180,00		
Motociclista Mensageiro	SEVEN LOGISTICS LTDA. ME.	13.743.519/0001-01	.....	01/04/2016	30/09/2017	2.887,39		
Locação de TV	WORKING PLUS COMÉRCIO E SERVIÇOS LTDA	02.865.909/0001-38	Unidade	01/04/2016	30/09/2017	400,00			
Transporte	EXPLORER TRANSPORTES E SERVIÇOS LTDA.	02.570.702/0001-36	.....	01/04/2016	30/09/2017	9.702,00		
Extintores	A.G.F SEGURANÇA CONTRA INCENDIO LTDA	10.247.303/0001-67	.....	01/04/2016	30/09/2017	345,03		
Internet/Link Dedicado	EFETIVIDADE SOLUÇÕES E CONSULTORIA EMPRESARIAL LTDA	00.125.127/0001-37	.....	01/04/2016	30/09/2017	1.599,00		
Manutenção de Gerador	BEST POWER LTDA	05.251.945/0001-08	.....	01/04/2016	30/09/2017	1.575,00		
Dosimetria	Sapra Landauer	50.429.810/0001-36	.....	01/04/2016	31/12/2017	5.152,00		
Câmeras de segurança	POTENCIAL	11.111.958/0001-76	.....	01/04/2016	30/09/2017	1.160,00		
Lavanderia	LAVEBRAS GESTÃO DE TÊXTEIS S.A	06.272.575/0001-40	.....	25/02/2017	31/12/2017	4.000,00		
Logística	PVAX	12.117.414/0001-84	.....	30/11/2015	30/11/2017	14.577,42		
Total						222.571,77	7.298,80		

(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.



Relatório Mensal de Acompanhamento do Contrato de Gestão nº 007/2012 referente ao mês de FEVEREIRO/2018

UNIDADE GERENCIADA: UPA IRAJÁ					fevereiro/2018
OS RESPONSÁVEL: VIVA RIO					
Rateio das Despesas da Sede da Contratada					
Natureza da Despesa	Valor Total	Rateio		Observação	
		%	Valor		Critério
		#DIV/0!		Números de funcionários	
TOTAL	R\$ 0,00	#DIV/0!	R\$ 0,00		

9 Contracheques e/ou comprovantes de abono



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome ALINE DA SILVA JESUS	
CPF/DNV	Data de Nascimento 24/07/1986
Unidade de Saúde UPA IRAJÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802080213

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ALINE DA SILVA JESUS**, CPF: _____ e RG: _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **08/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **3(três)** dia(s), a partir desta data.

Dr^a Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-P

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Henri De Costa
MATRÍCULA: 22216
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Carula Moreira
CRM: 52.602.083-8
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPo - IPo SA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
 HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 22:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 21:00
SAÍDA: 07:00
 SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 08/02/18 ÀS _____ horas.

() NÃO
 NÃO
OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:
Bruno Henri De Costa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 08/02/18 às 3 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Alina Da Silva Jesus matrícula 11902, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Primo Leoni De Costa
ASSINATURA: Primo Leoni De Costa

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Alina da Silva Jesus
ASSINATURA: Alina da Silva Jesus

Hospital Municipal Pedro II

27/02/2018 16:53
Vanessa Lima Farnezi

Atestado Médico

Vale **Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Amanda Luiza Vasconcellos Vertulli**
foi atendido(a) pelo(a) Pediatra do Hospital Municipal Pedro II
no dia 27/02/18, às 16:53 Horas, necessitando de 2 (DOIS)
dias de repouso, por motivo de doença.

CID _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Rio de Janeiro, 27 de 02 de 18

Dr. Vanessa L. Farnezi
Médica
CRM: 51.101.2-7-6

Assinatura do Médico
(Carimbo Contendo Nome Completo e Registro CRM)

Hospital Municipal Pedro II / CER Santa Cruz

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 01/03/18 às 14:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Jamanda Luiza V.V. Vale matrícula 140041, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Ju Lina Soares
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Jamanda Luiza V.V. Vale
ASSINATURA: _____



HOSPITAL SEMIU LTDA.
Estrada Vicente de Carvalho- Vila da Penha - RJ
Cep : 21.210-000 - Tel (21) 3457-8800 CNPJ: 34.165.969.0001-34

DATA: 19:52:53 18-FEV-2018

IMP. POR: MARCELOA

PACIENTE: 0000050895 AMANDA DA SILVA CAVALCANTE DA FONSECA
ATENDIMENTO: 00571289 Urgencia
RESPONSÁVEL: AMANDA DA SILVA CAVALCANTE DA FONSECA
MÉDICO: MARCELO ATAIDE AZEVEDO
CONVÊNIO: GOLDEN CROSS
PLANO: REDE ESPECIAL
DT. NASC.: 03/01/1988 - 30 Anos SEXO:
DT/H INTER.: 18/02/2018 - 19:30
ESPECIALIDADE:
MATRICULA: 1869483600
SENHA GUIA:

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que AMANDA DA SILVA CAVALCANTE DA FONSECA

foi atendido(a) neste hospital em 18/02/2018 às 19:30 h e que:

- Deverá repousar durante o dia de hoje
- Deverá afastar-se de suas atividades pelo período de 02 dia(s)
- Não apresenta qualquer doença, inclusive infecto contagiosa, constatada durante a anamnese e o exame clínico hoje realizados, que o (a) impeça de

CID(s):

Autorização para mostrar o CID: SIM NÃO

Paciente AMANDA DA SILVA CAVALCANTE DA FONSECA

Marcelo A. Azevedo
Médico
CRM 52.101977-5

Médico(a): MARCELO ATAIDE AZEVEDO

Conselho: CRM: 521019775

Prestador: MARCELO ATAIDE AZEVEDO

Conselho: CRM: 521019775



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 27/02/18 às 15:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Amândeo de Silva Cavalcanti matrícula 16917, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por: _____
NOME LEGÍVEL: Fulvio Soares
ASSINATURA: _____

Entregue por: _____
NOME LEGÍVEL: Samer Pineschi
ASSINATURA: _____



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ESPAÇO

UNIDADE: Tífica

DIGITALIZADO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Lucia Maria do Silva

BAM: 071802270322

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 27/02/18 e necessita de 05 dias de repouso (curativos)

CID 10 _____

Autorizo a divulgação do Cid

Assinatura do Paciente

Data: 27/02/18

CARIMBO
UNIDADE

Albina Freitas
Médica
CRM: 290044-3

Recebido por:
NOME LEGÍVEL:
ASSINATURA:



Francineze S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311

Entregue por:
NOME LEGÍVEL:
ASSINATURA:

Luciana da Silva de Souza

Na data 02/03/18 às 11:26 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Ana Luize Franc da Silve matrícula 170023, o atestado que segue digitalizado abaixo:



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO	
Nome ANDRE LUIZ CASTRO VALVERDE	
CPF/DNV	Data de Nascimento 12/11/1980
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802020071

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ANDRE LUIZ CASTRO VALVERDE**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **02/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **5(cinco)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Josy Kneipp
Médica
CREMERJ 52-95870-0

RIO DE JANEIRO 2 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 02/02/18 às 10:18 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) André Luiz Castro Valverde matrícula 140130, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL:
ASSINATURA:



Professora S. de Oliveira
Rua: ...
Nº: ...
CEP: ...

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: André Luiz Castro Valverde
ASSINATURA: 



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

Francimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: _____

MATRÍCULA: 0140311

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Jay Kreipp

CRM: 52.95870-0

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: Upa Itajaí

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

DATA: 02/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 07:00 FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

(X) NÃO

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

(X) SIM, NA DATA 02/02/18 ÀS 9:00 horas.

() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: 
Francimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome ANDRÉ LUIZ CASTRO VALVERDE	
CPF/DNV	Data de Nascimento 12/11/1980
Unidade de Saúde UPA IRAJÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802170275

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ANDRÉ LUIZ CASTRO VALVERDE**, CPF: e RG: que c(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **17/02/2018** tendo permanecido afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **7(sete)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

RIO DE JANEIRO, de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Cátia Cristina
MATRÍCULA: 00140255
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Camilla Moreira
CRM: 52.102.083-8
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: Upa Trajá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

DATA: 17/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 17/02/18 ÀS 19:48 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: ANDRESSA DE MAGALHAES MENDES	
CPF/DNV:	Data de Nascimento 05/05/1988
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802210014

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ANDRESSA DE MAGALHAES MENDES**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **21/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **1(um)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-E

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 21/02/18 às 06:30 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Andressa da Mota Alves matrícula 17369, o atestado que segue digitalizado abaixo:



ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Bruno Louf do Sota
ASSINATURA: Bruno Louf do Sota

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Andressa da Mota Alves
ASSINATURA: Andressa da Mota Alves

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Louã Da Costa
MATRÍCULA: 22216

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Osvaldo Moraes
CRM: 52.62.832
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UP-1055

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
- DATA: 21/02/18
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 20:00

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 21:00

SAÍDA: 07:00

- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 21/02/18 ÀS 08:00 horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Bruno Louã Da Costa



Atesto que

Anna Cristina Martins
Caldeira

deverá ficar em repouso durante 02 dias
a partir de 05/02/18

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro 2018
de ~~2018~~

Dra. Jos Kaeipp
Dermatologista
CREMÉRJ 52.95870-0

Médico

CLÍNICA MÉDICA | DERMATOLOGIA CLÍNICA E ESTÉTICA | PEDIATRIA | CARDIOLOGIA | ENDOCRINOLOGIA
ALERGÓLOGISTA | NEUROPSIQUIATRA | GASTROENTEROLOGISTA | ORTOPEDIA | E MUITO MAIS

Rua Monsenhor Félix, 550 (ao lado do Banco do Brasil) – Irajá | Tel: (21) 2135-1577

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 05/02/2018 às 10:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Anna Cristina Martins Caldeira matrícula 00001630, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ADJUNTA UVA. 



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: ANNA CRISTINA MARTINS CALDEIRA	
CPF/DNV 12608014704	Data de Nascimento 26/06/1989
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802130244

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ANNA CRISTINA MARTINS CALDEIRA**, CPF: 12608014704 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **13/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **1(um)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

(Handwritten signature)
Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Júlio S. dos Santos
MATRÍCULA: 40219

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): EMILIA MOREIRA
CRM: 52.102.083-8
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA IRA-5A

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
(X) SIM () NÃO
- DATA: 13/02/2018
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: _____
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: _____
- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM. FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
(X) SIM, NA DATA 13/02/2018 AS 22:14 horas.
() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Júlio S. dos Santos

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML - Bda Inf Pqdt
20º BATALHÃO LOGÍSTICO PARAQUEDISTA
(GUD/1962)
RECEITUÁRIO

Antonio de Padua Asséf
Atest que o ped acima
foi atendido por mim
e recomit de dois dias
de repouso domiciliar

01/02/18

Dr. Adriano S. de Almeida
CRM 570401755-7
Médico

Dr. Antonio Asséf
MÉDICO
M 52.01874-4

ALIZADO

Na data 01/02/18 às 00:02 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Antonio de Padua Asséf número recomit matrícula 0013120, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Priscila Sousa
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Ani Celio Fulgoni Lopes
ASSINATURA: _____

ESP/


RAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Ani Celio Fulgoni Lopes

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 12/02/18 e necessita de 01 dias de repouso domiciliar

CARIMBO


Cid10 J019

DIGITALIZADO

Na data 12/02/18 às 16:46 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Ani Celio Fulgoni Lopes matrícula 160398, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: BARBARA DENISE RELVA DOS SANTOS	
CPF/DNV:	Data de Nascimento 20/06/1982
Unidade de Saúde UPA IRAJÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802280237

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **BARBARA DENISE RELVA DOS SANTOS**, CPF: [redacted] e RG: [redacted] que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **28/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **3(três)** dia(s), a partir desta data.

Dr. Carolina F. Zacche
Médica
CRM 52-81311-1

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 28/02/18 às 15 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) BARBARA DEFAISE CALVO DAS SEIXAS matricula 140091, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Bruno Louf De Costa

ASSINATURA: Bruno Louf De Costa

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Aline Duarte Guimarães

ASSINATURA: Aline Duarte Guimarães

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Leão da Costa
MATRÍCULA: 22216

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Carolina F. Zaccari
CRM: 5291311-1

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPD ROSA

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
- DATA: 28/02/18
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 13:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 14:00
SAÍDA: 19:00

- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 28/02/18 ÀS 18:00 horas.
() NÃO

- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Bruno Leão da Costa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 22/02/18 às 10:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Romana Oliveira matrícula 14123 o atestado que segue digitalizado abaixo:

MAF (SERVIÇOS ULTRASONOGRÁFICOS LTDA)

CNPJ: 052706220001-53
RUA NUNES ALVES, 13. SALA 315. CENTRO.
DUQUE DE CAXIAS. TEL: 2671-6215 – 3657-1011.

Atestado médico

Atesto para fins trabalhistas que a paciente Maria Oliveira foi examinada por nós, não tendo condições de voltar as suas atividades laborativas, necessitando de 09 (nove) dias.
No horário de 060
CID (10): 060
Este atestado é válido, segundo portaria do decreto-lei o MPAS nº. 1.722 de 25.07.1979.

20/02/2018
DR. MARIO ROSAS
Mário Affonso Rosas
Médico
CRM: 5240073-0

CRM: 5240073-0

Recebido por: _____
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

Entregue por: _____
NOME LEGÍVEL: Romana Oliveira
ASSINATURA: Romana Oliveira


PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 14 / 02 / 18 às 11:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Bianca Oliveira matricula 14007, o atestado que segue digitalizado abaixo:

TALIZADO


IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Bianca Oliveira

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 14/02/18 e necessita de 02 dias de repouso claro.

CARIMBO
Dr^a Carolina F. Zacché
Médica
CRM 52-91311-1

Cid 10 _____

ES

Recebido por:

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA:

Alina da Silva

Entregue por:

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA:

Bianca Oliveira

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Aline da Silva
MATRÍCULA: 11902
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Carolina Jacche
CRM: 52.91311-1
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upa Ingo

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM () NÃO) SIM.
 DATA: 14/02/18 FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: 1

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____ () NÃO
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 19:00
OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
) SIM, NA DATA 14/02/18 ÀS 11:00 horas.
() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:
Aline da Silva


PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 14/02/18 às 02:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Brayan M. Martins matricula 11934, o atestado que segue digitalizado abaixo:

DIGITALIZADO



IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Brayan Moura
Martins

estava nesta Unidade de Saúde no dia 14/2/18 e necessita de 03 dias de repouso em casa

Cid 10 J03



ESPAÇO

Recebido por:

NOME LEGÍVEL: MARILCEI PARENTI

ASSINATURA: 

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Brayan M.

ASSINATURA: 

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Magyner da Silva Parente
MATRÍCULA: _____

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Keiko Arishima

CRM: 52.103956 -3

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA Itajaí

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

(X) SIM () NÃO

DATA: 14/02/18

(X) SIM.

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: / () NÃO

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: /

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

(X) SIM, NA DATA 14/02/18 ÀS 22:00 horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: BRAYAN MOREIRA MARTINS	
CPF/DNV: 17089876730	Data de Nascimento 20/04/1995
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802210297

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **BRAYAN MOREIRA MARTINS,**
CPF:17089876730 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA,**
no dia **21/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período
de **3(três)** dia(s), a partir desta data.

RIO DE JANEIRO 21 de Fevereiro de 2018

Dr. Samuel Rocha
Clínica Médica
CRM RJ 22-0107828-1

Assinatura e Carimbo do Profissional



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

(nome completo)

Na data 21/02/18 às 21:30 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Brayan M. Martins matrícula 00011934, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Brayan B.

ASSINATURA: _____

Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Letícia Cristina

ASSINATURA: _____

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Ratia Cristina
MATRÍCULA: 00140255
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Samuel Rocha
CRM: 52-0107828-1
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upa Trajé

VERIFICAÇÃO

✓ O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

✓ DATA: 21/02/18

✓ HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: 21:43

✓ HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
 SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome BRAYAN MOREIRA MARTINS	
CPF/DNV 17089876730	Data de Nascimento 20/04/1995
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802050246

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **BRAYAN MOREIRA MARTINS**, CPF: 17089876730 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **05/02/2018**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **3 (três)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Josy Kneipp
Médica
CREMERJ 52-95870-0

RIO DE JANEIRO 5 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 05/02/18 às 22:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Brayan M. Martins matrícula 11934, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Brayan
ASSINATURA: B.



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Cátia Cristina
MATRÍCULA: _____

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Josy Kneipp

CRM: 52.95810-0

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA Irajá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

DATA: 05/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): _____
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: —

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 05/02/18 ÀS 21:30 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 03/02/18 às 11:40 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Bruno Leoni Da Costa matrícula 22216, o atestado que segue digitalizado abaixo:

DIGITALIZADO


IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente BRUNO LEONI DA COSTA

estive nesta Unidade de Saúde no dia 03/02/18 e necessita de 02 dias de repouso doméstico

CARIMBO

Cid 10 _____



ESPAÇO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Marysury Cabral
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: BRUNO LEONI DA COSTA
ASSINATURA: _____



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Alagoinha Cabral

MATRÍCULA: _____

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): ROGERIO VALENÇA

CRM: 520107439-2

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPD - ROSA (RPA)

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?

() SIM () NÃO

DATA: 03/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 07:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 12:00

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 13:00

SAÍDA: 19:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 03/02/18 ÀS 11:30 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:





Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: CAMILA MOREIRA	
CPF/DNV:	Data de Nascimento: 08/05/1983
Unidade de Saúde: UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802010220

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **CAMILA MOREIRA**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **01/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **3(três)** dia(s), a partir desta data.

Drª Carolina F. Zacche
Médica
CRM 52.91311-1

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 01/02/18 às 18:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Camila Moreira matrícula 13126, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO 

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: BRAYAN M
ASSINATURA: 

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Camila Moreira
ASSINATURA: 

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Brayan M
MATRÍCULA: 11934
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Carolina Faria
CRM: 52.91344-1
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UPA Itaquá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
 DATA: 01/02/18
 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 07:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: ✓

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: ✓

SAÍDA: 19:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 01/02/18 ÀS 18:00 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: BR

E

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____
Fornecedor S. F. de Oshada
R. 100, s/nº
11100-000

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Carlos Roberto Oliveira Junior
ASSINATURA: _____

UPA 24h
IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Carlos Roberto Oliveira Junior

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 25/02/18 e necessita de 05 dias de repouso Remissão.

Cid 10 _____

Igor V. M. Coelho
Médico
CRM: 82.938440

ER DIGITALIZADO

Na data 25/02/18 às 16:40 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Carlos Roberto Oliveira Junior matrícula _____ o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Francimar S.F. de Oliveira
MATRÍCULA: 0160311

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Igor V.N. Cavale

CRM: 5293844-0

UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upa Trajeá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?

SIM () NÃO

DATA: 25/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 25/02/18 ÀS _____ horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

Francimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: 



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: CATIA CRISTINA MARQUES DA SILVA	
CPF/DNV: 00557317754	Data de Nascimento 14/04/1970
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802280030

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **CATIA CRISTINA MARQUES DA SILVA**, CPF:00557317754 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **28/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **5(cinco)** dia(s), a partir desta data.

Anna Cristina M. Caldeira
Médica
CRM-RJ 52100609-6

RIO DE JANEIRO 28 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 28/02/18 às 18 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Catia Custina Marques da Silva matrícula 140255, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Alina da Silva
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Catia Custina M. da Silva
ASSINATURA: _____

TERMO DE VERIFICAÇÃO

ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Almeida da Silva
MATRÍCULA: 11902
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Anna Cristina
CRM: 52.400.609-6
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upa Saia

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
- DATA: 28/02/18
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00

- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: 1

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____ () NÃO

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 28/02/18 ÀS _____ horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Almeida da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 21/02/18 às 21:28 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Crístiane da Silva Martins matrícula 00013005, o atestado que segue digitalizado abaixo:

IZADO

URA **24h**
IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Crístiane Da Silva Martins

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 21/02/18 e necessita de 12 dias de repouso Domicili CARIMBO Dr. Antonio Asses

Cid 10 _____

ESPAÇ

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Patricia Cristina
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: CRISTIANE DA SILVA MARTINS
ASSINATURA: Crístiane da Silva Martins

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Cátia Cristina
MATRÍCULA: 00140255
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Antônio Cesar
CRM: 52.101874-4
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: Upa Inajá

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
- DATA: 21/02/2018
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00 SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____ () NÃO
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: 21:27
- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 21/02/18 ÀS 21:23 horas.
() NÃO
- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
- OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____



Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR.(A) Danielde

Franco Gomes Pereira de Veloso IDENTI. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) no Ambulatório de cirurgia geral CLÍNICA OU SERVIÇO

DO HMP HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 28/02/18 ÀS 08 HORAS, NECESSITANDO DE 01 (uma) POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rio, 28/02/18 LOCAL E DATA

Domingos José Amel
Classe: Geriatria (5230-0)
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ADO

Danielde Franco J. P. de Veloso matrícula 140294 o atestado que segue digitalizado abaixo:

Na data 01/03/18 às 23 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Domingos José Amel
Classe: Geriatria (5230-0)

Imagens de Cidade - AA 2327




PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 12/02/2018 às 11:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

MARCELO PRACENTE matricula 12710
Daniel Soares Gomes P. Veloso mat. 140294 o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO


Atesto para os devidos fins que o paciente Daniel Soares Gomes Soares em Unidade de Saúde no dia 12/02/18 e necessita de 01 dias de repouso Pleno e necessita de 01 dias de cur ca ca

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 12/02/18 e necessita de 01 dias de repouso Pleno e necessita de 01 dias de cur ca ca

Cid 10 _____


Médico
CRM - 52.922.440

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: MARCELO PRACENTE
ASSINATURA: 

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Daniel Soares G. P. de Veloso
ASSINATURA: 

TERMINO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: MAGALHÃES PAZIENTE
MATRÍCULA: 12710
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): ROSA VIANA
CRM: 52938440
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: _____

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO

DATA: 22/02/2018

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): _____

ENTRADA: _____ FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: _____

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 22/02/2018 ÀS 11:00 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 26/02/18 às 9:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Danielly Borges da Silva matrícula 140080, o atestado que segue digitalizado abaixo:


PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL M. DE GUAPIMIRIM
JOSE RABELLO DE MELLO

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, para os efeitos do Artigo 86 do Decreto 60.504, de 14/03/1967, que o segurado Danielly Borges da Silva foi examinado nesta unidade ~~necessitando de~~ 02 (dois) ~~dia(s)~~ dia(s) de afastamento do trabalho por motivo de moléstia à partir de 23.02.18 C.I.D. _____

Guapimirim, 23 de 02 de 20 18

Dr. Filipe Mesquita Machado
Médico
CRM 5278992-6
Médico
CRM

ASSINATURA: _____

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Danielly Borges da Silva

ASSINATURA: Danielly Borges da Silva



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome DANIELLY BORGES DA SILVA	
CPF/DNV 11642141798	Data de Nascimento 25/03/1986
Unidade de Saúde UPA IRAJÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802100110

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **DANIELLY BORGES DA SILVA**, CPF: 11642141798 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLÍNICA MÉDICA**, no dia **10/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **5(cinco)** dia(s), a partir desta data.

Dra Camila Moreira
Médica
CRM - 52.102 nos. r

RIO DE JANEIRO 10 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 10/02/18 às 12:30 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) D. F. L. S. BORGES DA SILVA matrícula 140080, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Paulino Lopes Da Costa
ASSINATURA: Paulino Lopes Da Costa

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: KATIA TAVARES DIAS
ASSINATURA: Katia Tavares Dias

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Góes da Costa
MATRÍCULA: 22216
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Carla Morais
CRM: _____
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPD-1053A

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
(SIM () NÃO)
 DATA: 10/02/18
 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 13:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 13:00
SAÍDA: 19:00
 SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
(SIM, NA DATA 10/02/18 ÀS 18:30 horas.
() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:
Bruno Góes da Costa



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: ELIANE DA CRUZ BRAZ	
CPF/DNV	Data de Nascimento 01/10/1963
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802060013

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ELIANE DA CRUZ BRAZ**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **06/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **1(um)** dia(s), a partir desta data.

Magna Sandra Gomes de Deus
Médica
CRM 5264071-9

RIO DE JANEIRO 6 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 06/02/18 às 08:54 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Eliane da Cruz Braz matrícula 12617, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Alina da Silva

ASSINATURA: _____

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Elaine da Cruz

ASSINATURA: _____



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Aline de Silva
MATRÍCULA: 33902
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Magna Sandra J de Deus
CRM: 52.640719
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: Upa São João

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO
() SIM () NÃO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
 DATA: 06/02/18 () SIM.

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): _____ FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: 1

ENTRADA: 07:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____ () NÃO

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 19:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 06/02/18 ÀS 08:48 horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE
PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO
COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Aline de Silva



PRONTUÁRIO: 0000142398

PACIENTE: ELIANE DA CRUZ BRAZ

CPF:

REGISTRO DE NASCIMENTO:

DATA NASCIMENTO: 01/10/1963

SEXO: FEMININO

LEITO:

ATENDIMENTO: 00593278

DATA DO ATENDIMENTO: 22/02/2018 - 11:40

ATESTADO MÉDICO

Atestado para devido fins, que o paciente ELIANE DA CRUZ BRAZ
esteve no CER - UNIDADE ILHA no dia: 22/02/2018 e necessita de 01 dias de repouso, por motivo de
doença: CID:

Dra. Taíssa Cerqueira
Médica
CRM 52-0110548-5

TAISSA CERQUEIRA DOS SANTOS
52-0110548-5

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 24/02/18 às 9:30 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Elaine da Cruz Braga matrícula 17627, o atestado que segue digitalizado abaixo:



ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Aline da Silva

ASSINATURA: _____

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Elaine da Cruz Braga

ASSINATURA: Elaine da Cruz Braga

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 16/02/18 às 08:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Elaine da Cruz matrícula _____, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ER DIGITALIZADO



Prefeitura da Cidade de Nova Iguaçu
Semus / Secretaria Municipal de Saúde

UPA COMENDADOR SOARES

RUA DOS QUARTEIS Nº 221
TEL : 2768-5871
CNES : 7595905 / CNPJ : 29.138.278/00007-05
CEP : 26 275 320

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Elaine da Cruz

portador da carteira profissional

serie _____

RG :

06062-992-0

CPF : _____

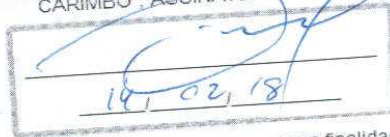
necessita de 01 (#Uma) dias de

afastamento do trabalho a partir desta data por

motivo de doença .

CID : _____

CARIMBO, ASSINATURA E DATA


16/02/18

NOTA : Este atestado é valido para as finalidades previstas no Art .86 do RGPS, aprovado pelo decreto n° 60.501 e será expedido pela justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho .



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ESI

Recebido por:
NOME LEGÍVEL : Franciscana F. Oliveira
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL : Elaine da Cruz
ASSINATURA: _____



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: FABIANA APARECIDA REIS DA SILVA	
CPF/DNV:	Data de Nascimento 19/11/1980
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802250026

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **FABIANA APARECIDA REIS DA SILVA**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **25/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **7(sete)** dia(s), a partir desta data.

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

Igor V. N. Coelho
Médico
CRM: 52.236440

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 25/02/18 às 08:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) FABIANA APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA matrícula 17688, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Brunno Leoni Da Costa

ASSINATURA: Brunno Leoni Da Costa

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Fabiana Aparecida Dos Santos Da Silva

ASSINATURA: Fabiana A.S. de Silva

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Leoni De Costa
MATRÍCULA: 22216
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Carliana
CRM: 52.938478
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA - ROSA

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
- DATA: 25/02/18
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00 (24hrs)
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 13:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 14:00
SAÍDA: 04:00 (24 hrs)
- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 25/02/18 AS 18 horas.
() NÃO
- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
- NÃO
- OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:
Bruno Leoni De Costa

ESPAÇO R

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Wagner Cabral
ASSINATURA: [assinatura]

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Fabiano Loreto Loretto
ASSINATURA: [assinatura]

UPA 24h
IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Fabiano Loreto Loretto
Edilberto

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 05/02/18 e necessita de 03 dias de repouso _____

Cid10 _____

CARIMBO
Rodolfo H. M. Variam
Médico
R. E. P. 1100
110011001100

REALIZADO

Na data 05/02/18 às 17:05 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) FABIANO LORETO EDILBERTO matrícula 140328, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: WAGNER CABRAL DE F. NUNES
MATRÍCULA: 17821
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): RODOLFO P. M. VAREJAM
CRM: 52.0106115-1
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: VPA TRAJA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

DATA: 05/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 07:00h

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 14:00h

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 05/02/18 ÀS 17:05 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:





Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR.(A) _____
Felipe Faio Zecche
IDENTIDADE OU REGISTRO _____
CNS - Alvimar Cavallari
FOI ATENDIDO (A) _____ CLÍNICA OU SERVIÇO _____
DO _____ HOSPITAL - AMBULATÓRIO _____
NO DIA 20.02.18 ÀS _____ HORAS, NECESSITANDO DE 01 UM POR EXTENSO _____
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA _____
CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____
RJ 20/02/2018
LOCAL E DATA _____
Marcos Lourenço de S. Júnior
Médico
RME: 1108815RJ
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO _____
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

DO Felipe Faio Zecche matricula 12849 o atestado que segue digitalizado abaixo:
Na data 07/03/18 às 08:25 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

ASSINATURA: _____

dtin zecche

Imprensa da Cidade - AA 2327



Atesto que

Felipe Loucas Zachei

deverá ficar em repouso durante 2 dias

a partir de 02/02/18

Rio de Janeiro, 02/02/18

Ana Cristina M. Caldeira
Médica
CRM-RJ 52100609-6
Médico

CLÍNICA MÉDICA | DERMATOLOGIA CLÍNICA E ESTÉTICA | PEDIATRIA | CARDIOLOGIA | ENDOCRINOLOGIA
ALERGOLOGISTA | NEUROPSIQUIATRA | GASTROENTEROLOGISTA | ORTOPEDIA | E MUITO MAIS

Rua Monsenhor Félix, 550 (ao lado do Banco do Brasil) - Irajá | Tel: (21) 2135-1577



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: FERNANDO MARINATO ROCHA	
CPF/DNV:	Data de Nascimento 11/08/1983
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802200308

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **FERNANDO MARINATO ROCHA**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **20/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **7(sete)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 20/02/18 às 03 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Fernando Henrique Rocha matrícula 13483, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por: _____
NOME LEGÍVEL: Bruno Leoni da Costa
ASSINATURA: [Signature]

Entregue por: _____
NOME LEGÍVEL: Fernando Henrique Rocha
ASSINATURA: [Signature]

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Brunno Leão Da Costa
MATRÍCULA: 22216

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Camila Moréno
CRM: 52.102.083-8
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UPA- Iloja

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

SIM () NÃO

DATA: 20/02/18

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 20:00

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 21:00

SAÍDA: 04:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 20/02/18 ÀS 18 : _____ horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:





RX - FISIOTERAPIA - URGÊNCIAS - FRATURAS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr(a) ABDIMA
COELHO
foi atendido(a) no serviço de ORTOPEDIA
da MEDITRAUMA. No dia 15/02/18 entre 10 (dez)
e _____ horas, necessitando de _____
dias de repouso, por motivo de doença.
CID M 65.8

Assinatura do Paciente ou Responsável

[Signature] 15/02/18
Local e Data

Dr. Edmar F. Rodrigues
Ortopedia & Traumatologia
CRM 52.485123

Assinatura do Médico

(Carimbo contendo nome completo e Registro CRM-CRO)

Nota - Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo decreto nº 89.312 de 23-01-84, e resolução CFM 1190-84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

LIZADO

Na data 21/02/18 às 10:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Edmar F. Rodrigues Coelho matrícula 140165, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

NOME LEGÍVEL: MARILDA DA SILVA PAREVIC
ASSINATURA: [Handwritten Signature]

Atesto que

Sra Viana Nunes
Costa
deverá ficar em repouso durante 04 dias
a partir de 15 de Fevereiro

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Dra. Josy Kneipp
Médica
CREMERJ 52.95870-0

Médico

CLÍNICA MÉDICA | DERMATOLOGIA CLÍNICA E ESTÉTICA | PEDIATRIA | CARDIOLOGIA | ENDOCRINOLOGIA
ALERGOLOGISTA | NEUROPSIQUIATRA | GASTROENTEROLOGISTA | ORTOPEDIA | E MUITO MAIS

Rua Monsenhor Félix, 550 (ao lado do Banco do Brasil) – Irajá | Tel: (21) 2135-1577

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data ___/___/___ às ___:___ horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

segue digitalizado abaixo:





Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: IVAN FIGUEIREDO DÁ SILVA	
CPF/DNV	Data de Nascimento 12/10/1965
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802130215

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **IVAN FIGUEIREDO DA SILVA**, CPF: [REDACTED] e RG: [REDACTED] que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **13/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **1(um)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: MARCOS S. DOS SANTOS

MATRÍCULA: 40219

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): CAMILA MOREIRA

CRM: 52.102.083--8

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: _____

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO

DATA: 13/02/2018

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): _____

ENTRADA: _____

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: _____

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 13/02/2018 às 20:29 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:





Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome JEFFERSON SOUZA DE CARVALHO	
CPF/DNV 09941885796	Data de Nascimento 28/05/1984
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802010302

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **JEFFERSON SOUZA DE CARVALHO**, CPF: 09941885796 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **01/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **4(quatro)** dia(s), a partir desta data.

Igor V.N. Coelho
Médico
CRM: 52.938440

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 01/02/18 às 23:56 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) RIFERSON SOUZA DE OLIVEIRA matrícula 140032, o atestado que segue digitalizado abaixo:



ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:

NOME LEGÍVEL: Bruno Henrique da Silva

ASSINATURA: Bruno Henrique da Silva

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Riferson Souza de Oliveira

ASSINATURA: Riferson Souza de Oliveira



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Leite Do Costa
MATRÍCULA: 22216

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): 1 Gen. VIANA
CRM: 52.9384-0

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA IRASA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

DATA: 01/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00

SÁIDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 20:00

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 21:00

SÁIDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 01/02/18 ÀS horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Bruno Leite Do Costa

Nouvelle Vie ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 25 / 02 / 18 às 12 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Sotgi Mascarenhas Pinheiro matricula 140195 o atestado que segue digitalizado abaixo:

Atesto para devidos fins que
o paciente Jorge Nascimento Junior
deve ausentar-se de suas atividades
por 24 horas.

Belford Roxo, 22 de fevereiro 2018


Dra. Renata M. Pinheiro
Domiciano Tavares
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 28280

Avenida Heliópolis, N°322, Heliópolis - Belford Roxo/RJ
Telefone: (21) 3663 - 2188 | (21) 96991 - 9562

ASSINATURA: [Handwritten Signature]

ASSINATURA: [Handwritten Signature]

CIENTISTA JUVENIL



SECRETARIA DE SAÚDE GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS A PEDIDO QUE O (A) SR (A) Luiz Roberto Rosenbery
Luiz Roberto Rosenbery IDENT. OU REGISTRO
FOI ATENDIDO (A) PS CLÍNICA OU SERVIÇO
DO NECC HOSPITAL - AMBULATORIO
NO DIA 28/02/18 ÀS 22 HORA, NECESSITANDO DE 1
h POR EXTENSO
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA
CID: _____
Luiz Roberto Rosenbery ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
RD 28/02/18 LOCAL E DATA

Luiz Roberto Rosenbery
CRM 52.564
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(CARIMBO CONTINÚO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM / CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART 27 DE CLPS APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM 90/84 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ALIZADO

Na data 02/03/18 às 9 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Jorge Nascimento Junior matrícula 140199, o atestado que segue digitalizado abaixo:

SCIENTIA JUNIOR
Jorge Nascimento Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 04/02/18 às 08:35 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) João Maximiano Junior matrícula 140199, o atestado que segue digitalizado abaixo:

DIGITALIZADO

UPA 24h
HOSPITAL DE SAÚDE E PREVENÇÃO
IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente João Maximiano Junior

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 04/02/18 e necessita de 01 dia(s) de repouso domiciliar (CABINADO)

Cid10 M545

Eduardo V. Magalhães Jr
Médico
CRM: 52-102795-6

ESPAÇO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Alina da Silva
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: João Maximiano Junior
ASSINATURA: _____

TERMO DE VERIFICAÇÃO

ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)



NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Aline da Silva
MATRÍCULA: 11902

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): EdUARDE V. MAGALHÃES
CRM: 52.502795-6
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upa Graja

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
 DATA: 04/02/18
 HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00 FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: 1

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____ () NÃO

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 19:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 04/02/18 ÀS 08:35 horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Aline da Silva



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá


ATESTADO

Nome JOSY KNEIPP MACHADO	
CPF/DNV	Data de Nascimento 29/07/1978
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802020221

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **JOSY KNEIPP MACHADO**, CPF: _____ e RG: _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **02/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **1(um)** dia(s), a partir desta data.

RIO DE JANEIRO 2 de Fevereiro de 2018


Assinatura e Carimbo do Profissional
ANNA CRISTINA MARTINS CALDEIRA
CRM 32.103639-0

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 05/02/18 às 10:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) José Kneipp Machado matrícula 140242, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: MARCIO S. DOS SANTOS
ASSINATURA: Francisco Silveira dos Santos

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: José Kneipp
ASSINATURA: José Kneipp

TERMO DE VERIFICAÇÃO

ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Marcio S. dos SantosMATRÍCULA: 40219MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): ANA CRISTINA CALDEIRACRM: 52.100609-6UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UPA ITAISA

VERIFICAÇÃO

 O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? SIM () NÃO DATA: 02/02/2018 HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: _____

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: _____

 SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO? SIM, NA DATA 02/02/2018 ÀS 19:15 horas.

() NÃO

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.


ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Marcio S. dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



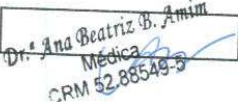
Na data 21/02/18 às 9 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) ADRIANA MARTINS DE CARVALHO matrícula 140222, o atestado que segue digitalizado abaixo:


IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Juliana Martins de Carvalho D. do Rosa esteve nesta Unidade de Saúde no dia 21/02/18 e necessita de 01 dias de repouso (um) CARIMBO

Cid 10 _____


Dr. Ana Beatriz B. Amin
Médica
CRM 52.88549-9

ESPA

ALIZADO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: [Signature]

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: ADRIANA MARTINS
ASSINATURA: [Signature]

TERMO DE VERIFICAÇÃO

ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Wagner Cabral
MATRÍCULA: 17821
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Ana Beatriz
CRM: 528854-5
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UTA IRASA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
 SIM () NÃO () SIM.
 DATA: 21/02/18 FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

ENTRADA: _____
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: (X) NÃO
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: _____
 SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 21/02/18 ÀS 9:50 horas.
() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: [assinatura]



CAMIM CLÍNICA MÉDICA

◆ Saúde pra Sempre Estrada Intendente Magalhães, 480/488 - Campinho - RJ
LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA - PABX: 2450-2405 - Tel.: 3529-6666

Locais Conveniados

Rua Lopo Saraiva, 83 - Jacarepaguá - RJ - Telefones: 3327-5533 / 3392-2019
Estrada Marechal Alencastro, 3759 - Anchieta - RJ - PABX: 2455-9600
Avenida Santa Cruz, 598 - Realengo - Rio de Janeiro - Telefone: 3332-0596 / 3332-9750
Rua Professor Alfredo Gonçalves Filgueiras, 100 loja 226 - Centro - Nilópolis - RJ - Telefone: 2691-2855

Nome do Paciente: _____

Atesto para os devidos fins,
que a Dra. Juliana Mantus Desiderio
necessita de tratamento, repouso e
afastamento de suas atividades la-
borais, por motivo de doença, a partir
desta data, por um período de cinco (5)
dias.

CID H 10.3

Wanderson...
Dra. Marilena M. Rosa e Silva
Médica
CRM 52.35507-2

06/02/18

ASSINAT. UKA:

Receita por:
NOME LEGÍVEL

- Remoções
- Otorrino
- Angiologia
- Cardiologia
- Clínica Geral
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Hidratação
- Neurologia
- Odontologia
- Pediatria
- Ortopedia
- Mamografia
- Raio-X
- Ultrassonografia
- Vacinas

Voltando a consulta, queira trazer esta receita - FUMAR FAZ MAL À SAÚDE
* Atendimento noturno somente com clínico geral

nis

10 Na data 14/02/18 às 10:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Juliana Mantus Desiderio matrícula 140927, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A) Katia

Kavanes Dias IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) ambulatorio de Cirurgia Geral CLÍNICA OU SERVIÇO

DO Hospital Municipal da Pucade HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA 28/02/18 ÀS 10 HORAS, NECESSITANDO DE 01 hora POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA _____

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rio de Janeiro 28/02/18. LOCAL E DATA

Domingos José Jahnel
Cirurgião Geral/Oncológico
CRM 52.057.20-0

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Imprensa de Cidade - AA 2327

DO Katia Kavanes Dias matricula 149036, o atestado que segue digitalizado abaixo:
Na data 26/03/18 às 22:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Kavanes Dias

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 18/02/18 às 12:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Rogério Luiz Soares Alves matrícula 14683 o atestado que segue digitalizado abaixo:

IR DIGITALIZADO

UPA 24h
IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Lázaro (Lui) Soares Alves

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 28/02/18 e necessita de 03 dias de repouso _____

Cid 10 B30.9

CARIMBO
Rodolfo A.M. Veriani
Médico
CRM 5710815-1

Es

Recebido por:
NOME LEGÍVEL:
ASSINATURA:

[Handwritten signature]
Rogério S. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 4031

Entregue por:
NOME LEGÍVEL:
ASSINATURA:

[Handwritten signature]
Rogério Luiz Soares Alves

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

Francimar S. F. de Oliveira
Auditor Administrativo
MAT. 40311

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: _____

MATRÍCULA: 40311

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Rodolfo PA Variani

CRM: 52-050615-1

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: Upa Inopé

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?

SIM () NÃO

DATA: 19/02/2018 → 18/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 19/02/18 ÀS _____ horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:




Francimar S. F. de Oliveira
Auditor Administrativo
MAT. 40311

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 02/03/2018 às 12:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

REALIZADO MARCELO PATRICIO matricula 12710, o atestado que segue digitalizado abaixo:
Felicia Fereguera da Silva mat: 140248


PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATESTADO MEDICO
HOSPITAL M. DE GUAPIMIRIM
JOSE RABELLO DE MELLO

ATESTO, para os efeitos do Artigo 86 do Decreto 60.501, de 14/03/1967 que o segurado Felicia Fereguera da Silva foi examinado nesta unidade necessitando nao necessitando dia(s) de afastamento do trabalho por motivo de moléstia à partir de 24.02.2018 C.I.D. _____

Guapimirim, 24 de Fevereiro de 2018.

Dr. Aquila Eduardo Barreto
Médico
CRM _____
CMT: 025944-3

ESP

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: MARCELO PATRICIO
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Danielly Fereguera da Silva
ASSINATURA: _____

08/02/2018



Esus

Guapimirim



Atestado

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que LILIAN PARAGUAIA DA SILVA portador do CARTÃO SUS 705206448671173 foi atendido(a) no(a) HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ RABELLO DE MELLO no dia 08/02/2018 às 18:05h. Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 5 dia(s), a partir desta data.

José Simão C. Junior
Médico
CRM 52-0108615-0

JOSE SIMÃO CALIXTO JUNIOR
MÉDICO CLÍNICO-GERAL.
CRM 520109615-0

Emitido em 08/02/2018 05:58 por JOSE SIMÃO CALIXTO JUNIOR

Atestado

about:blank



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 14/02/18 às 15:30 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)


Liliana Gonçalves de Sá matrícula 14024, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por: _____
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

Entregue por: _____
NOME LEGÍVEL: Yuri Cordeiro Martins
ASSINATURA: _____



 Governo do Estado do Rio de Janeiro
 Secretaria Estadual de Saúde - SES
 Unidade de Pronto Atendimento - UPA Itaipá

ATESTADO

Nome	
LUCIANA CUSTODIO DE CARVALHO	
CPF/PAV	Data de Nascimento
	05/08/1977
Endereço na Saúde	
UPA ITAIPÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico: 021802130017

Atendo, para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a) **LUCIANA CUSTODIO DE CARVALHO**, pelo serviço **CLINICA MEDICA**, no dia **13/02/2018**, assistindo a(s) atividade(s) assistenciais, de acordo com as atividades laborativas, por período de **1 hora**, para a prática profissional.


Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

RIO DE JANEIRO, de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: WALNEZ CABRAL DE F. NUNES
MATRÍCULA: 17824
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): CAMILA MOREIRA
CRM: 52.102 083-8
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: VPA TRAJÁ

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
- DATA: 03/02/18
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19h
- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: 07h

- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 13/02/18 ÀS 06:50 horas.
() NÃO

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:





PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Nome Luciano Paulo Da Silva	
CPF 04550936797	Data de Nascimento 20/11/1976
Unidade de Saúde 6761704 - SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	

Descrição
ATESTO PARA FINS DE Atestado Médico
QUE O(A) USUÁRIO(A) Luciano Paulo Da Silva
(preencher apenas um item)

deve ser afastado do trabalho pelo período de 01 (Um) dias a partir de 21.02.2018 por motivo de doença.

é portador de _____

está apto a realizar atividades físicas e desportivas.

está apto a exercer a função de _____

Teima R. de Figueiredo
Médica
CRM-52.97876-0

RIO DE JANEIRO, 21 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional
Dr(a) Teima Rocha de Souza Figueiredo
Médico da estratégia de saúde da família
CREMERJ 978760

- 1) De acordo com os artigos 73 e 76 do Código Brasileiro de ética Médica não há obrigatoriedade na informação do CID.
- 2) Este atestado não é válido caso seja preenchido para mais de uma finalidade.

Processado por computador. VITANSICARE E-Health Solution - HIS - Página 1 de 1 - Impresso em 21/02/2018 às 15:49

ASSINATURA:



ASSINATURA:

Luciano Paulo da Silva
Teima R. de Figueiredo

Na data 23/02/18 às 10:49 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Luciano Paulo da Silva matrícula 00140200, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



 HEGV HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SECRETARIA DE SAÚDE	Hospital Estadual Getúlio Vargas Formulário - Atestado Médico	
--	---	--

Atesto para fins laborais, que o(a) Sr.(a) Jusinele
(ESPECIFICAR)
Mattos da Silva

Portador (a) do documento _____
(nº do RG e/ou CPF)

Foi atendido (a) _____
(CLÍNICA OU SERVIÇO)

No dia 04/01/18, às 12:00 horas, necessitando de 10d.
interrada até 07/01/18.

(Dez d.) dias de repouso, por motivo de doença.

(CID: _____)

16/01/18 | HEGV
LOCAL E DATA

Dr. Geórgia Nunes Moreira
Cirurgia Geral
CRM 12.104709-4

ASSINATURA E CARIMBO

ADO

Na data 13/01/18 às 13:20 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Jusinele Mattos da Silva matrícula 173893, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Mt da Silva



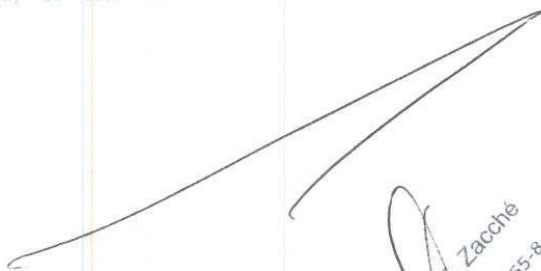
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome MAGNA SANDRA GOMES DE DEUS	
CPF/DNV	Data de Nascimento 09/06/1954
Unidade de Saúde UPA IRAJÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802120110

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **MAGNA SANDRA GOMES DE DEUS**, CPF: **RG** que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **12/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **5 (cinco)** dias, a partir desta data.



Dr. Felipe F. Zacchi
Médico
CRM RJ 2.101855-8

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 10/02/18 às 12:22 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Magna Sandra G. de Deus matrícula 140035, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por: [assinatura]
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

PROFESSORA DE EDUCAÇÃO INFANTIL
MAGNA SANDRA G. DE DEUS
MATRÍCULA Nº. 140035

Entregue por: Magna (o próprio)
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

Francimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: _____

MATRÍCULA: 40311

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Felipe F. Zaccari

CRM: 52.101.855-8

UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upa Inapá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO? HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

SIM () NÃO

DATA: 12/02/18 () SIM.

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

ENTRADA: 08:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 19:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 12/02/18 ÀS 18 horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____

Francimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 20/02/18 às 17:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) MAGYWEN DA SILVA PARREIRO matrícula 192110 o atestado que segue digitalizado abaixo:



Atesto que

MAGYWEN DA SILVA PARREIRO

deverá ficar em repouso durante 01 dias
a partir de 20/02/2018

Rio de Janeiro, 20 DE FEVEREIRO de 2018

Igor Viana Nunes Coelho
Médico
CRM: 52-93944-0

Médico

CLÍNICA MÉDICA | DERMATOLOGIA CLÍNICA E ESTÉTICA | PEDIATRIA | CARDIOLOGIA | ENDOCRINOLOGIA
ALERGOLOGISTA | NEUROPSIQUIATRA | GASTROENTEROLOGISTA | ORTOPEDIA | E MUITO MAIS

Rua Monsenhor Félix, 550 (ao lado do Banco do Brasil) – Irajá | Tel: (21) 2135-1577

NUMÉRO LEGÍVEL: 1718180 UNIDADE: FEIXEIRO
ASSINATURA: [assinatura]

NOME LEGÍVEL: YOUNES RODRIGUES DE VASCO
ASSINATURA: [assinatura]



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: MAGYWER DA SILVA PARENTE	
CPF/DNV: 12626383724	Data de Nascimento 06/12/1989
Unidade de Saude UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802260003

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **MAGYWER DA SILVA PARENTE**, CPF:12626383724 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **26/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **3(três)** dia(s), a partir desta data.

Igor V. N. Coelho
Médico
CRM 12.938/440

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 26/02/18 às horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Magylen da Silva Parente matrícula 1776, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por: _____
NOME LEGÍVEL: _____
ASSINATURA: _____

Franine S. de Oliveira
Assessoria Administrativa
RUA 4031,1

Entregue por: _____
NOME LEGÍVEL: MAGYLEN PARENTE
ASSINATURA: _____

TERMO DE VERIFICAÇÃO

ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

Franimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: _____

MATRÍCULA: 0140311

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Igor Viana N. Celles

CRM: 52938640

UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: Upc Inafá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

DATA: 25/02/2018

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA ___/___/___ ÀS ___:___ horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____

Franimar S. F. de Oliveira
Auxiliar Administrativo
MAT. 40311



Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR (A) Magyren da Silva Parente

IDENTI. OU REGISTRO Silva Parente

FOI ATENDIDO (A) Clínica Médica CLÍNICA OU SERVIÇO

DO HHRF HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA 4/2/18 ÀS 14:00 HORAS, NECESSITANDO DE 01 (Um Dia) POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

4/2/18

LOCAL E DATA

Annia Cristina M. Caldeira

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO (CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

CRM-52.000/06

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Imprensa da Cidade - AA 2327

ADO Magyren da Silva Parente matrícula 19710, o atestado que segue digitalizado abaixo:
Na data 08/02/18 às 14:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

ASSINATURA DO COLABORADOR Magyren da Silva Parente

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL Annia Cristina M. Caldeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 06/02/2018 às 12:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) MARCELO CARVALHO matrícula 12710, o atestado que segue digitalizado abaixo:

Mara Luana dos Santos Pacheco mat: 170064

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO

IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Mara Luana dos Santos Pacheco esteve nesta Unidade de Saúde no dia 06/02/18 e necessita de 07 dias de repouso em casa

Cid 10 _____
Dr^a Camilly Moreira
Médica
CRM-52.102.083-R

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por: MARCELO CARVALHO
NOME LEGÍVEL: MARCELO CARVALHO
ASSINATURA: [assinatura]

Entregue por: [assinatura]
NOME LEGÍVEL: MARA LUANA DOS SANTOS PACHECO
ASSINATURA: [assinatura]



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: MAGALVA DA SILVA PARANTE
MATRÍCULA: 12710
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): CARILGA MOREIRA
CRM: 52102003-8
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA 105A

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
 DATA: 06/02/2018
 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO): _____
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

ENTRADA: 19:00
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 1000
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 11:00
SAÍDA: 17:00

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 06/02/2018 ÀS 11:00 horas.
() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 09/02/18 às 17:10 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

MARCO SILVEIRA DOS SANTOS matricula 140219, o atestado que segue digitalizado abaixo:

UPA **24h**
UNIDADE DE SAÚDE DE IRAJÁ

IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Marcelo Silveira dos Santos esteve nesta Unidade de Saúde no dia 09/02/18 e necessita de 04 dias de repouso Paralelo.

Cid 10 _____

CARIMBO
Dr. Antonio Assis
MÉDICO
CRM 32101874-4

ES

DIGITALIZADO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Wesley Abad
ASSINATURA: _____

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: MARCO SILVEIRA DOS SANTOS
ASSINATURA: _____

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: MAGOMER CABRAL DE F. NUNES
MATRÍCULA: 12821
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): ANTÔNIO ASSIS
CRM: 52.101.874-4
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UPA TRAJÁ

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
 DATA: 05/02/18 () SIM. FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 07:00h

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 07:00h

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

() SIM, NA DATA 09/02/18 ÀS 17:40 horas.

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:





Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: MARIA APARECIDA SOUZA DO NASCIMENTO	
CPF/DNV:	Data de Nascimento: 24/06/1986
Unidade de Saúde: UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802020022

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA SOUZA DO NASCIMENTO**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **02/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **1(um)** dia(s), a partir desta data.

RIO DE JANEIRO 2 de Fevereiro de 2018

Dra. Josy Kneipp
Médica
CREMERJ 52-95870-0

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 02/02/18 às 10:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Maric Francisca Souza do Nascimento matrícula 140277, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:
MIGUEL GIVEL
ASSISTENTE

Entregue por:
MIGUEL GIVEL
ASSISTENTE



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Dulce Soares
MATRÍCULA: 140036
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Josy Knupp
CRM: 52.95870-0
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UBA IBAJA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
 DATA: 02/02/18
 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: 07:00
 SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 02/02/18 AS 10:00 horas.
() NÃO

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE
PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO
COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____




ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o paciente:

Marina Pontes de Moura Brandão

Esteve aos meus cuidados no(s) dia(s): 03/02/18

Necessitando de repouso no período de: 03/02/18 à 01 dia c 24h

CID _____

Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no art.27 de CLIPS, aprovada pelo decreto n 89312 de 23/01/1984, e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

Rio de Janeiro 03 de 02 de 20 18



Carimbo e assinatura do médico

Rua Lucília Nº 191 Campo Grande-RJ CEP: 23085-620

JUSTIFICATIVA:

ASSINATURA:

Marina Pontes de Moura Brandão

ADO

Marina Pontes de Moura Brandão matrícula 18562

18562

Na data 02/02/18 às 20:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR. (A) _____

Marina Luete Pedat da Silva _____

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) emergência _____

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO HMFST _____

HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA 17/02/18 AS _____

HORAS, NECESSITANDO DE 01 (- UM -)

POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RS, 17/02/2018

LOCAL E DATA

[Signature]
Beraldo D. M. Guimarães
Cirurgião Dentista
CRM/RO 21440

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ASSINATURA: _____

ASSINATURA: _____

nome legível: Marina Luete Pedat da Silva

H. Matrícula: _____
no 8053 _____
Servidor: _____
17/02/18

DO

Na data 18/02/18 às 15:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Marina Luete Pedat da Silva matrícula 18657 o atestado que segue digitalizado abaixo:

Imprensa da Cidade - AA 2327

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Trajã

ATESTADO

Nome: MATHEUS DA SILVA GOUVEIA TEIXEIRA	
CPF/DNV:	Data de Nascimento: 14/06/1997
Unidade de Saúde: UPA IRAJÁ	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802160283

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **MATHEUS DA SILVA GOUVEIA TEIXEIRA**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **16/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **2(dois)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.102.083-8

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 16/02/2018 às 11:52 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) MATHEUS DA SILVA SOUVEIRA matrícula 23655, o atestado que segue digitalizado abaixo:



ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: MATHEUS SOUVEIRA
ASSINATURA: [Handwritten Signature]

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: MATHEUS SOUVEIRA
ASSINATURA: [Handwritten Signature]

Beatriz Tupinambá

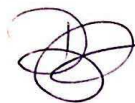
CRM:52-82962-5

Ginecologia e Reprodução Humana Assistida

Mayra dos Santos Monteiro

Atento para dividir pois que a paciente
a uma utada deve ser afastada de suas atividades
de laboratório por um período de 02 (dois) dias
a contar da data de hoje.

20/02/2018



Beatriz Tupinambá
CRM 52.82962-5



gravidezconquista@gmail.com

Barra da Tijuca: Av. das Américas, 3500 Edifício Le Monde, Bloco 6 Sala 510
Cep: 22640-102 -Tel:3030-1506

Copacabana: Rua Siqueira Campos, 43 Sala 731 Cep: 22031-071
Tel: 2549-7176 ou 2236-5000



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: PRISCILA SANTANNA COSTA	
CPF/DNV:	Data de Nascimento 25/11/1983
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802240004

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **PRISCILA SANTANNA COSTA**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **24/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **3(três)** dia(s), a partir desta data.

Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52.702.083-8

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 24/02/18 às 00:54 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Priscila Santana Costa matrícula 140079, o atestado que segue digitalizado abaixo:



ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Bruno Loureiro Costa
ASSINATURA: [assinatura]

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Priscila Santana Costa
ASSINATURA: [assinatura]

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Leite
MATRÍCULA: 22216
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Caio Moreira
CRM: 52102.083-8
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UPA-17054

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
- DATA: 23/02/2018
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00 SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 21:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 22:00
SAÍDA: 07:00
- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM. () NÃO

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 29/02/18 ÀS 00:40 horas.
() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:
Bruno Leite 17054

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO




Na data 14/02/2018 às 15:20 horas foi atendida a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Recebeu por:
NOME LEGÍVEL: MARCELO MARIN
ASSINATURA: 

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Moupa dos Santos Romkens
ASSINATURA: 


Prefeitura Municipal de Bananal
Estância Histórica e Ecológica do Estado de São Paulo - Vale Histórico
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Saúde "Monsenhor Cid França Santos"
Av. Borja Jesus, 134 - Bananal - SP - Cep 12650-000 - Tel (12) 3116-1957 - CHAMADA DE EMERGÊNCIA - 193

ATESTADO

Rafael Dastos Carreira

foi atendido às 15:20 horas do dia 13/02/2018

e necessita ser dispensado do trabalho por 02 dias.

Cláudio Luiz Leite
Médico
CRM: 170098

abaixo:



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

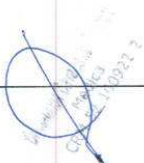
ATESTADO

Nome: RIBAMAR DOS SANTOS MARQUES	
CPF/DNV: 09538120736	Data de Nascimento 07/08/1982
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802250246

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **RIBAMAR DOS SANTOS MARQUES**, CPF:09538120736 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **25/02/2018** portador da patologia **CONJUNTIVITE AGUDA NAO ESPECIFICADA** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **5(cinco)** dia(s), a partir desta data.

Eu, RIBAMAR DOS SANTOS MARQUES autorizo registrar o diagnóstico neste atestado médico.



RIO DE JANEIRO 25 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Cátia Cristina
MATRÍCULA: 00140255
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Amanda Pinheiro
CRM: 52100922-2
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: Upadraxá

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO

DATA: 25/02/2018

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 19:00

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____

SAÍDA: 21:46

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 25/02/18 ÀS 21:47 horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

() NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 25/02/18 às 14 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Ribamar dos Santos Marques matrícula 00017724, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO


Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Cátia Cristina
ASSINATURA: [assinatura]

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Ribamar dos Santos Marques
ASSINATURA: [assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



GITALIZADO
Na data 17/02/18 às 19:51 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Valdemar dos Santos Marques matrícula 00017724, o atestado que segue digitalizado abaixo:


IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Ribamar dos Santos Marques esteve nesta Unidade de Saúde no dia 17/02/18 e necessita de 03 dias de repouso em casa

CARIMBO
Dra. Camila Moreira
Médica
CRM: 52102.083-8

Cid 10 _____

E

Recebido por: _____
NOME LEGÍVEL: Carla Cristina M. da Silva
ASSINATURA: _____

Entregue por: _____
NOME LEGÍVEL: Ribamar dos S. Marques
ASSINATURA: _____

TERMINO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: MAGALHAES TAVARES
MATRÍCULA: 12 710
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): CARILLA MOREIRA
CRM: 52 102 083-8
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UPA 1095A

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
() SIM () NÃO
 DATA: 16/02/18
 HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: _____ FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: _____ () NÃO
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: _____
SAÍDA: _____

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
() SIM, NA DATA 16/02/18 ÀS 11:30 horas.
() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 28/02/18 às 18:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Roberto Firmino Dos Anjos matrícula 18747 o atestado que segue digitalizado abaixo:

DIGITALIZADO

UPA **24h**
UNIDADE DE SAÚDE E SAÚDE 24h

IRAJÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Roberta Firmino Dos Anjos

esteve nesta Unidade de Saúde no dia 25/02/18 e necessita de 01 dias de repouso domiciliar.

Cid 10 _____

CARIMBO
Larissa Conceição
Médica
CRM 52111324-0

ESP

Recebido por:

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA:

Roberto Firmino Dos Anjos

Entregue por:

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA:

ROBERTA FIRMINO DOS ANJOS


TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Henri Da Costa
MATRÍCULA: 22216
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): Dr. SSA CONCEIÇÃO
CRM: 52111329-0
UNIDADE(S) ONDE TRABALHA: UPA-1050 (CPA)

VERIFICAÇÃO

- O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
- DATA: 29/02/18
- HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 04:00
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 13:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 14:00
SAÍDA: 19:00
- HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.
FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____

- SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 29/02/18 ÀS _____ horas.
() NÃO
- OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Bruno Henri Da Costa



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: ROSANGELA DA CONCEICAO BRAGA	
CPF/DNV:	Data de Nascimento 19/10/1978
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802250027

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **ROSANGELA DA CONCEICAO BRAGA**, CPF: e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **25/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **7(sete)** dia(s), a partir desta data.

Assinatura e Carimbo do Profissional

Igor V. N. Coelho
Médico
CRM 52.938440

RIO DE JANEIRO de de

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Na data 25/02/18 às 09:14 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Rosângela De Souza Dias matrícula 140057, o atestado que segue digitalizado abaixo:

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Bruno Henrique De Souza
ASSINATURA: Bruno Henrique De Souza

Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Rosângela De Souza Dias
ASSINATURA: Rosângela De Souza Dias

TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Bruno Reis De Castro

MATRÍCULA: 22216

MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): IGOR VIANA

CRM: 52938248

UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: UR-IRASA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?

SIM () NÃO

DATA: 25/02/18

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):

ENTRADA: 07:00 (24hrs)

SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 13:00

RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 14:00

SAÍDA: 07:00 (24hrs)

SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?

SIM, NA DATA 25/02/18 ÀS horas.

() NÃO

HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?

() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS:

NÃO

OBS: ATESTADO FÍSICO DEVERÁ SER ENVIADO VIA MALOTE PARA A SEDE PARA SER ARQUIVADO NO DOSSIÊ DO COLABORADOR.

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:

Bruno Reis De Castro



.....

Na data 26/02/18 às 14:40 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

Roberto Dias de Nascimento matrícula 12556, o atestado que segue digitalizado abaixo:

silve

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO



Recebido por:
NOME LEGÍVEL: Roberto Dias de Nascimento
ASSINATURA: [Signature]



Entregue por:
NOME LEGÍVEL: Roberto Dias de Nascimento
ASSINATURA: [Signature]

ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Rec

NOME LEGÍVEL: LEITE RICARDO VIEIRA
ASSINATURA: [Handwritten Signature]

NOME LEGÍVEL: GENEIO FURTADO VASCONCELOS
ASSINATURA: [Handwritten Signature]

 HEGV HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS SECRETARIA DE SAÚDE	Hospital Estadual Getúlio Vargas Atestado Médico	
0017476		
Atesto para fins _____, que o(a) Sr.(a) <u>Sergio</u> (ESPECIFICAR) <u>Leite e Oliveira Nunes</u>		
Portador (a) do documento _____ (n° do RG e/ou CPF)		
Foi atendido (a) <u>HEGV</u> (CLINICA OU SERVIÇO)		
No dia <u>12, 02, 18</u> , às <u>20</u> horas, necessitando de <u>2</u> <u>Dois</u> dias de repouso, por motivo de doença.		
(CID: _____)		
<u>25 12/02/18</u> LOCAL E DATA		
<u>[Handwritten Signature]</u> ASSINATURA E CARIMBO		
HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS AV. Lobo Junior, nº 2293 – Penha Circular, Rio de Janeiro – RJ CEP:21070-061 TEL.: 2334-7854		

FOR-HEGV-030 Versão: 02 Vigência: 01/03/2021.

Na data 14 / 02 / 2018 às 20:30 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo)

abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saude - SES
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Irajá

ATESTADO

Nome: SHEILA CRISTINA SILVA DE FREITAS	
CPF/DNV: 12152189744	Data de Nascimento 10/12/1989
Unidade de Saúde UPA IRAJA	

Nº Boletim Atendimento Médico : 021802250063

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a): **SHEILA CRISTINA SILVA DE FREITAS**, CPF:12152189744 e RG: que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo serviço **CLINICA MÉDICA**, no dia **25/02/2018** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por período de **2(dois)** dia(s), a partir desta data.

Igor V. N. Coelho
Médico
CRM: 52.938440

RIO DE JANEIRO de de

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Na data 25/02/18 às 11:00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) SHEILA CRISTINA SILVA DE FORTES matricula 2217, o atestado que segue digitalizado abaixo:



ESPAÇO RESERVADO PARA O ATESTADO A SER DIGITALIZADO

Recebido por:

NOME LEGÍVEL: João Eduardo de Azeite

ASSINATURA: [Assinatura]

Entregue por:

NOME LEGÍVEL: Sheila Cristina Silva de Fortes

ASSINATURA: [Assinatura]



TERMO DE VERIFICAÇÃO
ATESTADO MÉDICO FORNECIDO PELA REDE VIVA RIO
(USO INTERNO DO VIVA RIO)

NOME DO ADMINISTRATIVO DA UNIDADE: Luiz EDUARDO Reis nota
MATRÍCULA: _____
MÉDICO ATESTADOR (NOME COMPLETO): JOAO VIANA
CRM: 52 978448
UNIDADE (S) ONDE TRABALHA: U12 JCAJA

VERIFICAÇÃO

O MÉDICO ATESTADOR ESTAVA EM HORÁRIO DE TRABALHO?
 SIM () NÃO
 DATA: 25/02/18
 HÁ REINCIDÊNCIA NA ENTREGA DO ATESTADO (DENTRO DO MESMO MÊS OU SEGUIDO DE OUTRO)?
() SIM.

FAVOR INFORMAR O NÚMERO DE ATESTADOS: _____
 NÃO

HORÁRIO DE TRABALHO (VERIFICAR MARCAÇÃO DO PONTO):
ENTRADA: 07:00 (24 (+L5))
SAÍDA PARA ALMOÇO/JANTAR: 13:00
RETORNO DO ALMOÇO/JANTAR: 14:00
SAÍDA: 07:00 (24 (+L5))
 SE HÁ BOLETIM DE ATENDIMENTO, COM DATA E HORÁRIO?
 SIM, NA DATA 28/02/18 ÀS _____ horas.
() NÃO

ASSINATURA DO ADMINISTRATIVO:
Luiz Eduardo Reis nota

Americas Medical City
Avenida Jorge Curi, 550
Cep: 22775-001 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro / RJ
Tel.: (21) 3263-2000
americasmedicalcity.com.br



Dr. Marcus Vinicius José dos Santos
Diretor Técnico - CRM: 52-71339-2

Atestado médico

Talita Soriano C. Howland

Atesto para fins de trabalho que
paciente acima citada esteve sob meus
cuidados e necessita de 02 (dois) dias de
repouso domiciliar.

CID: A52-9

15/02/18



Dra. Marcela Salsinha
CRM 52.83064-4

Soriano

ADO

Na data 16/02/18 às 20 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Talita Soriano C. Howland matrícula 110938, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

 HEGV HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS SECRETARIA DE SAÚDE	Hospital Estadual Getúlio Vargas Atestado Médico 0023897	
--	---	--

Atesto para fins trabalhista (ESPECIFICAR), que o(a) Sr.(a) Unuz Helena Baptista de Lima


Portador (a) do documento _____ (nº do RG e/ou CPF)

Foi atendido (a) Ortopedia - HEGV (CLINICA OU SERVIÇO)

No dia 25/02/18, às 18:00 horas, necessitando de 15 (quinze) dias de repouso, por motivo de doença.

(CID: _____)

HEGV-RT - 25/02/18
LOCAL E DATA


ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS
AV. Lobo Junior, nº 2293 – Penha Circular, Rio de Janeiro – RJ
CEP:21070-061 TEL.: 2334-7854

FOR-HEGV-030 Versão: 02 Vigência: 01/03/2021.

me 3-de live.
quinte 3-de live.

Na data 24/02/18 às 00 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Unuz Helena Baptista matrícula 170398, o atestado que segue digitalizado abaixo:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO



Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ASSINATURA:

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA: Marcia Moura Leite

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR.(A) VIVIANA

MARCIA LEITE IDENTI. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) EMERGENCIA - ORTOPEdia CLINICA OU SERVIÇO

DO HMRF HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 26/02/2018 HORAS, NECESSITANDO DE 02 mes POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

26/02/18

LOCAL E DATA

MARCIO COCHRANE DA SILVA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 52.81326-8

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Na data 28/02/18 às 15:44 horas foi entregue a mim, que abaixo assino, pelo colaborador (nome completo) Marcia Moura Leite matricula 18671 e segue digitalizado abaixo:

Imprensa de Cidade - AA 2327

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

10 Certidões

07/03/2018: <https://www.sifge.caixa.gov.br/Empresa/Crf/Crf/FgeCFSIImprimirPapel.asp?VARPessoaMatriz=216893&VARPessoa=216893&VARUF=RJ...>

IMPRIMIR

VOLTAR



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 00343941/0001-28
Razão Social: VIVA RIO
Endereço: LAD DA GLORIA 99 PARTE / GLORIA / RIO DE JANEIRO / RJ / 22211-120

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: 02/03/2018 a 31/03/2018

Certificação Número: 2018030201414521344503

Informação obtida em 07/03/2018, às 16:09:34.

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



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS EM DÍVIDA ATIVA

Certifico, tendo em vista as informações fornecidas pelo Sistema da Dívida Ativa, referente ao pedido **119988/2017**, que no período de **1977 até 22/12/2017 NÃO CONSTA DÉBITO INSCRITO** em Dívida Ativa para o contribuinte abaixo:

RAZÃO SOCIAL: **Viva Rio**

CNPJ: **00.343.941/0001-28** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **85.64335.5**

A certidão negativa de Dívida Ativa e a certidão negativa de ICMS ou a certidão para não contribuinte do ICMS somente terão validade quando apresentadas em conjunto.

A aceitação desta certidão está condicionada a verificação de sua autenticidade na INTERNET, no endereço <http://www.dividaativa.rj.gov.br>.

CÓDIGO CERTIDÃO: **TAD5.5210.V181.0004**


Esta certidão tem validade até **24/06/2018**, considerando 180 (cento e oitenta) dias após a data da pesquisa cadastral realizada em **26/12/2017** às **15:40:10.5**, conforme artigo 11 da Resolução N. 2690 de 05/10/2009.

Em caso de dúvida, recorra a PROCURADORIA:

Procurador - da Dívida Ativa

Rua do Carmo, 27 Térreo, Centro

Emitida em 06/02/2018 às 14:13:41.4

 <p>PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA COORDENADORIA DO ISS E TAXAS</p>	Nº Autenticação: 4793945662
	Órgão: F/SUBTF/CIS-3
	Controle: 23128/2017

NOME / RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO

VIVA RIO
LAD DA GLORIA 99
GLORIA RIO DE JANEIRO 22211-120 RJ

CNPJ/CPF 00.343.941/0001-28	INSCRIÇÃO MUNICIPAL ANTIGA: ***** NOVA: 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 apenas em relação ao estabelecimento acima referido, 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, 12 de JULHO de 2017.

HORA:10:33

Márcio Amêndias
Fiscal de Rendas
TOM 10/248.877-3

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/CPM/IMPRESSÃO ELETRÔNICA

Governo do Estado Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Fazenda

Impressão: 30/08/2017 - 15:38:11

CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL Nº 10-2017/0021258-0
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS - CND**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

CPF / CNPJ 00.343.941/0001-28

CAD-ICMS ATIVO

NOME / RAZÃO SOCIAL VIVA RIO

CERTIFICAMOS, para os 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 RECEITA 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.

EMITIDA EM: 30/08/2017 AS 15:38:21

VÁLIDA ATÉ: 26/02/2018

(assinatura da autoridade fiscal emitente)

Nome: MARCELO FERREIRA DE SOUZA

Matrícula: 0294508-7

OBSERVAÇÕES

Esta certidão deve estar acompanhada da Certidão Negativa da Dívida Ativa, emitida pelo órgão próprio da Procuradoria Geral do Estado, nos termos da Resolução Conjunta PGE/SER nº 33/2004.

A autenticidade desta certidão pode ser confirmada pela Internet (www.sefaz.rj.gov.br).

A verificação de débitos é efetuada pelo CNPJ do requerente, abrangendo sua regularidade fiscal e de estabelecimentos que porventura possuir com mesma raiz de CNPJ. A razão social, quando indicada, é informação apenas ilustrativa.

O campo CAD-ICMS atesta a situação do CNPJ do requerente no Cadastro Estadual de Contribuintes do ICMS: ATIVO - estabelecimento inscrito e ativo; DESATIVADO - estabelecimento inscrito e desativado; NÃO INSCRITO - estabelecimento sem qualquer inscrição. No caso de estabelecimento inscrito no CAD-ICMS, sua identificação deverá ser obtida pelo Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral (www.sefaz.rj.gov.br).

A condição de não-inscrito ou desativado não desobriga o requerente de possuir inscrição ativa no CAD-ICMS caso exerça atividade relacionada no artigo 31 da Resolução SEF nº 2.861/97 (texto disponível em www.sefaz.rj.gov.br).

FINALIDADE (A SER INFORMADA EM CASO DE DETERMINAÇÃO JUDICIAL)

Modelo aprovado pela Resolução SER nº 310/2006.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: VIVA RIO

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

Certidão nº: 137881628/2017

Expedição: 02/10/2017, às 09:42:32

Validade: 30/03/2018 - 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.



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 a 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; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União 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://www.receita.fazenda.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.fazenda.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.
Emitida às 16:50:58 do dia 22/06/2017 <hora e data de Brasília>.
Válida até 19/12/2017.
Código de controle da certidão: **9A91.8615.CD4A.FD6F**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria da Dívida Ativa

Código de Controle

S9CXS9M9CM

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, com endereço no(a) LADEIRA DA GLORIA, nº 99 - PARTE - RJ Cep: 22211120, 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, 06/12/2017

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 24/03/2018. 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



Clovis de Albuquerque Moreira Neto
Procurador-Chefe
Procuradoria da Dívida Ativa
Mat. 11/176.131-1



11 Balancete

R7609410
João Pereira

Cia: VIVA RIO

VIVA RIO
Balancete - Versão RIS1000

13/03/18 16:29:36
Pág.- 1
Per.: 2 de 2018
Nível de Det. 6
Tipo Razão AA
Cód. de Moeda *

Nº da Conta	Descrição da Conta	Saldo Inicial	Total de Deb	Total de Créd	Saldo Final
1	ATIVO	4.714.626,72	37.500,34	137.401,91-	4.614.725,15
11	ATIVO CIRCULANTE	4.714.626,72	37.500,34	137.401,91-	4.614.725,15
1101	DISPONÍVEL	46.565,23	37.500,34	37.412,27-	46.653,30
110102	BANCOS CONTA MOVIMENTO	1,00	37.500,00	37.412,20-	88,80
110103	APLICAÇÕES DE LIQUIDEZ IMEDIA	46.564,23	,34	,07-	46.564,50
1102	CRÉDITOS OPERACIONAIS	4.511.425,48			4.511.425,48
110201	CONTAS A RECEBER - NACIONAIS	4.511.425,48			4.511.425,48
1103	OUTROS CRÉDITOS	56.646,37			56.646,37
110307	IMPOSTOS A RECUPERAR	56.646,37			56.646,37
1105	Estoque p/ Material de Consumo	99.989,64		99.989,64-	
110501	Estoque p/ consumo	99.989,64		99.989,64-	
2	PASSIVO	1.004.005,06-	99.278,40	3.762.622,69-	4.668.149,35-
21	CIRCULANTE	6.020.899,66-	7.298,80	75.885,40-	6.089.486,26-
2102	OBRIGAÇÕES OPERACIONAIS	889.534,43-			889.534,43-
210201	CONTAS A PAGAR	889.534,43-			889.534,43-
2103	OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS	24.420,64			24.420,64
210301	OBRIGACOES TRABALHISTAS	24.420,64			24.420,64
2104	SERVIÇOS E ENCARGOS DE SERVIÇO	2.276.688,14-	7.298,80	75.885,40-	2.345.275,04-
210401	SERVIÇOS E ENCARGOS DE SERVIÇO	2.276.688,14-	7.298,80	75.885,40-	2.345.275,04-
2109	PROVISÕES	2.879.097,43-			2.879.097,43-
210901	PROVISÕES	2.879.097,43-			2.879.097,43-
23	TRANSFERENCIA	1.606.641,74	91.979,60	3.649.237,29-	1.950.615,95-
2301	TRANSFERENCIA	1.606.641,74	91.979,60	3.649.237,29-	1.950.615,95-
230101	TRANSFERENCIA	1.606.641,74	91.979,60	3.649.237,29-	1.950.615,95-
24	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	5.019.079,89			5.019.079,89
2401	PATRIMONIO SOCIAL	5.019.079,89			5.019.079,89
240101	PATRIMONIO SOCIAL	5.019.079,89			5.019.079,89
25	CONTAS DE COMPENSAÇÃO	1.609.627,03-		37.500,00-	1.647.127,03-
2501	CONTAS DE COMPENSAÇÃO	1.609.627,03-		37.500,00-	1.647.127,03-
250101	CONTAS DE COMPENSAÇÃO	1.609.627,03-		37.500,00-	1.647.127,03-
4	CUSTOS	33.801,47	32.294,27	12.641,54-	53.424,20

João Pereira de Vasconcelos Jr.
CRC- RJ 087364/O-7
CPF: 901.573.627-87



Relatório Mensal de Acompanhamento do Contrato de Gestão nº 007/2012 referente ao mês de FEVEREIRO/2018

R76B09410

VIVA RIO
Balancete - Versão R\$1000

13/03/18 16:29:36
Pág. 2
Per.: 2 de 2018
Nível de Det. 6
Tipo Razão AA
Cód. de Moeda *

Cia: VIVA RIO

Nº da Conta	Descrição da Conta	Saldo Inicial	Total de Deb	Total de Cred	Saldo Final
41	CUSTO DOS OPERACIONAIS	33.727,14	32.189,60	12.641,20-	53.275,54
4101	CUSTO C/ PROGRAMAS ATIVIDADES	33.727,14	32.189,60	12.641,20-	53.275,54
410101	CUSTO DAS AÇÕES DO PROJETO	264,60	264,60		529,20
410103	INSUMOS C/ MÃO DE OBRA INDIRET	33.247,58	31.925,00	12.641,20-	52.531,38
410106	INSUMOS BARRA DE ESTOQUE	214,96			214,96
43	DESPESAS OPERACIONAIS	74,33	74,67	,34-	148,66
4320	RESULTADO FINANCEIRO LÍQUIDO	74,33	74,67	,34-	148,66
432001	DESPESAS FINANCEIRAS	74,67	74,67		149,34
432002	RECEITAS FINANCEIRAS	,34-		,34-	,66-
Tot.					

João Pereira de Vasconcelos Jr.
CRC-RJ 08726410-7
CPF: 901.573.627-87