HUGO

Hospital de Urgências de Goiás

Dr. Valdemiro Cruz

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 01/2023.

INSTITUTO CEM

Goiânia -2023

ANEXO V

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

ANEXO V – Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto

Sumário

1 Protocolos assistenciais de atenção médica 4925

1.1 FLUXOS E ROTINAS DE ATENDIMENTO NO HUGO .. 4925

1.1.1 Rotina de atendimento da demanda espontânea na unidade..... 4925

1.1.2 Rotina de atendimento do paciente conduzido via serviço de regulação, serviços de urgência e emergência. 4929

2 PROTOCOLOS MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 4934

2.1 Politrauma 4934

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica na Emergência 4940

2.3 Emergências Hipertensivas 4945

2.4 Urgências Hiperglicêmicas 4949

2.5 Dengue com sinais de Grave..... 4952

2.6 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico 4955

2.7 Transporte Intra Hospitalar De Pacientes Graves ... 4959

2.8 Trauma maxilofacial 4972

2.9 ABSCESSO ANORRETAL 4979

2.10 APENDICECTOMIA..... 4982

2.11 ASMA 4985

2.12 CÓLICA URETERAL 4989

2.13 CONTENÇÃO FÍSICA DOS PACIENTES EM QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA 4993

2.14 DIVERTICULITE AGUDA 5000

2.15 DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA 5003

2.16 FECALOMA 5012

2.17 PROTOCOLO AVC ISQUÊMICO..... 5016

2.18 FLUXOGRAMA CEFALEIA 5060

2.19 PROTOCOLO CRISE CONVULSIVA – PRONTO SOCORRO 5061

3 PROTOCOLOS MÉDICOS CIRURGICOS 5063
3.1 PROTOCOLO CIRÚRGICO PARA LITÍASE BILIAR 5063
3.1 HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL/BILATERAL 5071
3.2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 5074
3.3 TAQUIARRITMIAS 5081
3.4 EDEMA AGUDO DE PULMÃO 5085
3.5 MANUSEIO DE VIA AÉREA DIFÍCIL 5090
3.6 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL 5095
3.7 INTOXICAÇÕES EXÓGENAS 5099
3.8 SEPSE 5101
3.9 PANCREATITE AGUDA GRAVE 5106
3.10 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA 5111
3.11 SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS 5115
3.12 PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE 5126
3.13 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO 5130
3.14 ATUAÇÃO EM HEMOTERAPIA 5133
3.15 ROTINAS PARA INTERNAÇÃO: 5139
3.16 CUIDADOS PALIATIVOS 5141
4 PROTOCOLOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO DE UTI 5149
4.1.1 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI QUEM E QUANDO ADMITIR ... 5149
4.1.2 MODELO DE PRIORIDADES 5150
4.1.3 MODELO DE PARÂMETROS OBJETIVOS 5151
4.1.4 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI COVID 5152
4.1.5 CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI 5155
4.1.6 CONTRAINDICAÇÕES PARA ALTA DA UTI 5156

1 Protocolos assistenciais de atenção médica

Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto

1.1 FLUXOS E ROTINAS DE ATENDIMENTO NO HUGO

1.1.1 Rotina de atendimento da demanda espontânea na unidade.

OBJETIVO

Padronizar e organizar o fluxo de atendimento na urgência e emergência na unidade.

TERMOS E ABREVIAÇÕES

HOSPITAL;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não aplicável.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

Humanos: (Administrativo; Enfermeiro (a); Técnico (a) de enfermagem; médico, condutor de maca);

Equipamento / Materiais / Insumos: (Maca de transporte, Cadeira de rodas; Esfignomanômetro, Estetoscópio, Termômetro, Monitor Multiparamétrico; Luvas de Procedimentos, otoscópio, lanterna clínica,).

5. PROCEDIMENTO

Ação/Descrição	Agente Executor
Recepcionar, acolher e orientar a paciente, acompanhantes e/ou familiares de acordo com a necessidade de atendimento.	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Encaminhar a paciente imediatamente a sala de Reanimação;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Orientar acompanhantes e/ou familiares a fazer ficha de atendimento de urgência e emergência na recepção;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Realizar a classificação de risco conforme protocolo do ministério da saúde na sala de Reanimação e identificação da paciente (pulseira);	**Enfermeiro (a)**
Orientar a paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA aguardar atendimento médico na sala de Reanimação e paciente classificada com as cores AMARELO, VERDE e AZUL aguardar atendimento médico no hall da recepção;	**Enfermeiro (a)**
Convocar imediatamente a equipe médica de obstetrícia à sala de urgência e emergência para atendimento à paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA;	**Enfermeiro (a), Técnico de enfermagem**
Realizar atendimento médico conforme prioridade da classificação de risco e definir conduta de acordo com o diagnóstico específico: Paciente sem sinais de gravidade clínico, sem indicação de internação, observação e/ou transferência, após atendimento estabelecer alta médica do serviço de urgência e emergência com receita/atestado médico, solicitações de exames complementares e/ou orientações de retorno se necessário a unidade de urgência e emergência de referência e à unidade básica de saúde; (registrar alta médica em ficha de atendimento). Paciente sem sinais de gravidade clinico, ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliada nas seguintes situações: após medicação parenteral, após realização de exames complementares ou reavaliação posterior para definição de conduta obstétrica. A paciente aguardará por reavaliação no hall da urgência/emergência sob os cuidados da equipe multidisciplinar (médico e enfermagem) devidamente identificada (crachá). Após a REAVALIAÇÃO médica será definido conduta definitiva (alta médica, transferência e/ou internação hospitalar). Em caso de alta médica e transferência o crachá será retirado pelo segurança no momento da liberação da paciente e em caso de internação hospitalar substituir o crachá pela pulseira de identificação. (Devidamente registrado na ficha de atendimento). Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento, realizar preenchimento da AIH, ficha de prescrição médica, ficha de admissão, folha de evolução multiprofissional e solicitar exames seguindo os protocolos de acordo com o diagnóstico específico, entregar prontuário devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade, preencher AIH e/ou encaminhamento de urgência e	**Médico**

emergência solicitando vaga para transferência via regulação do município de Goiânia, entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: exceto casos de extrema urgência e emergência, sem tempo hábil para aguardar transferência.	
1- Paciente sem sinais de gravidade, sem indicação de internação, observação e/ou transferência:	
Caso haja solicitação de exames laboratoriais e/ou imagem sem urgência/emergência orientar paciente a retirar vale exame na recepção;	**Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar agendamento de exames solicitando no sistema e imprimir guia específica para o exame.	**Recepcionista**
Orientar paciente e acompanhante sobre o processo de realização de exames ambulatoriais (sem urgência);	**Recepcionista**
2- Paciente sem sinais de gravidade e/ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliada:	
Em caso de solicitação de exames laboratoriais convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para coleta de exames,	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue da paciente no hall da sala de medicação e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**
Imprimir resultados de exames, anexar na ficha de atendimento de urgência/emergência e comunicar enfermeiro (a) / Médico da urgência emergência;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
3- Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento	
Comunicar a equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para imprimir os resultados de exames;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Imprimir os resultados de exames 1 e 2 e anexar ao prontuário da paciente;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
Avaliar resultados de exames e solicitar exames conforme protocolo do ministério da saúde e indicação clínica;	**Médico / Médico Residente / Enfermeiro (a)**
Convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico e solicitação de exames para coletar amostra de sangue do paciente;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue da paciente e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**

*Realizar exames laboratoriais conforme protocolo do ministério da saúde e indicação médica, anexar os resultados ao prontuário da paciente que está sendo internada.	Biomédico / Enfermeiro (a)
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem
Realizar internação hospitalar no sistema de CRE – Complexo Regulador Estadual, imprimir espelho da AIH do sistema e coletar assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido de internação para anexar ao prontuário, definir leito de internação da paciente, tirar cópia dos documentos pessoais e comprovante de residência da paciente e orientar acompanhante sobre os procedimentos e rotinas da unidade;	NIR
Informar o serviço sobre a internação (leito, tipo de procedimento, etc.)	NIR
Preparar, orientar a paciente e acompanhante e convocar o condutor de maca para conduzir a mesma até unidade de internação acompanhado pela enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem.	Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem
Conduzir o paciente preferencialmente em cadeira de rodas ou maca até leito definitivo juntamente com o acompanhante;	Condutor de maca
4-Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade	
Definir local de permanência e monitorização da paciente no hall da urgência/emergência e/ou sala de reanimação até a transferência;	Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem
Solicitar vaga para transferência hospitalar no CRE - Complexo Regulador Estadual para unidade de referência;	NIR
Acompanhar continuadamente a liberação da vaga no CRE - Complexo Regulador Estadual e após liberação imprimir espelho da AIH e transcrever código de liberação para a AIH e/ou ficha de encaminhamento de urgência e emergência;	NIR
Entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência com código de autorização e espelho aos cuidados do enfermeiro (a) da urgência e emergência	NIR
Acionar imediatamente serviço móvel de transporte de pacientes (ambulância) de acordo com quadro clínico e gravidade de cada paciente obedecendo protocolo de transporte da instituição, podendo ser ambulância comum do município, SAMU ou empresa terceirizada.	Enfermeiro (a)
Descrever na ficha de urgência e emergência e/ou prontuário horário de acionamento da empresa de transporte, nome do atendente, número da ocorrência, horário da transferência, nome dos	Enfermeiro (a)

responsáveis pelo transporte, condições clínicas no momento da transferência e preenchimento do formulário de liberação de ambulância. Assinar e carimbar.	

6- CONTROLE DE REGISTROS

Não aplicável.

7- CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não aplicável.

8- ANEXOS

Não aplicável.

1.1.2 Rotina de atendimento do paciente conduzido via serviço de regulação, serviços de urgência e emergência.

OBJETIVO

Padronizar e organizar o fluxo de atendimento na urgência e emergência da unidade.

TERMOS E ABREVIAÇÕES

HOSPITAL;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não aplicável.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

Humanos: (Administrativo; Enfermeiro (a); Técnico (a) de enfermagem; médico; médico residente, internos de medicina, condutor de maca);

Equipamento / Materiais / Insumos: (Maca de transporte, Cadeira de rodas; Esfignomanômetro, Estetoscópio, Termômetro, Monitor Multiparamétrico; Luvas de Procedimentos, otoscópio, lanterna clínica, foco clínico).

5. PROCEDIMENTO

Ação/Descrição	Agente Executor
Recepcionar, acolher e orientar a paciente, acompanhantes e/ou familiares de acordo com a necessidade de atendimento e regulação.	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Encaminhar a paciente imediatamente a sala de Reanimação caso apresente critérios de instabilidade clínica previamente relatados;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Orientar acompanhantes e/ou familiares a fazer ficha de atendimento de urgência e emergência na recepção;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Realizar a classificação de risco conforme protocolo do ministério da saúde na sala de Reanimação e identificação da paciente (pulseira);	**Enfermeiro (a)**
Orientar a paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA aguardar atendimento médico na sala de Reanimação e paciente classificada com as cores AMARELO, VERDE e AZUL aguardar atendimento médico no hall da recepção;	**Enfermeiro (a)**
Convocar imediatamente a equipe médica à sala de urgência e emergência para atendimento à paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA;	**Enfermeiro (a), Técnico de enfermagem**
Realizar atendimento médico conforme prioridade da classificação de risco e definir conduta de acordo com o diagnóstico específico: Paciente sem sinais de gravidade clínico, sem indicação de internação, observação e/ou transferência, após atendimento estabelecer alta médica do serviço de urgência e emergência com receita/atestado médico, solicitações de exames complementares e/ou orientações de retorno se necessário a unidade de urgência e emergência de referência e à unidade básica de saúde; (registrar alta médica em ficha de atendimento). Paciente sem sinais de gravidade clinico e/ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliada nas seguintes situações: após medicação parenteral, após realização de exames complementares ou reavaliação posterior para definição de conduta. O paciente aguardará por reavaliação no hall da urgência/emergência sob os cuidados da equipe multidisciplinar (médico e enfermagem) devidamente identificado (crachá). Após a REAVALIAÇÃO médica será definido conduta definitiva (alta médica, transferência e/ou internação hospitalar). Em caso de alta médica e transferência o crachá será retirado pelo segurança no momento da liberação do paciente e em caso de internação hospitalar substituir o crachá pela pulseira de identificação. (Devidamente registrado na ficha de atendimento).	**Médico**

Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento, realizar preenchimento da AIH, ficha de prescrição médica, ficha de admissão, folha de evolução multiprofissional e solicitar exames seguindo os protocolos de acordo com o diagnóstico específico, entregar prontuário devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade, preencher AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência solicitando vaga para transferência via regulação estadual, entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: exceto casos de extrema urgência e emergência, sem tempo hábil para aguardar transferência.	
1- Paciente sem sinais de gravidade sem indicação de internação, observação e/ou transferência:	
Caso haja solicitação de exames laboratoriais e/ou imagem sem urgência/emergência orientar paciente a retirar vale exame na recepção;	**Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar agendamento de exames solicitando no sistema e imprimir guia de exame específico.	**Recepcionista**
Orientar paciente e acompanhante sobre o processo de realização de exames ambulatoriais (sem urgência);	**Recepcionista**
2- Paciente sem sinais de gravidade e/ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliado:	
Em caso de solicitação de exames laboratoriais convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para coleta de exames,	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue do paciente no hall da sala de medicação e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**
Imprimir resultados de exames, anexar na ficha de atendimento de urgência/emergência e comunicar enfermeiro (a) / Médico da urgência emergência;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
3- Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento	
Comunicar a equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para imprimir os resultados de exames;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Imprimir os resultados de exames e anexar ao prontuário do paciente;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
Avaliar resultados de exames e solicitar exames laboratoriais conforme protocolo do ministério da saúde e indicação clínica;	**Médico / Médico / Enfermeiro (a)**

Convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico e solicitação de exames para coletar amostra de sangue do paciente;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue do paciente e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**
***Realizar exames laboratoriais conforme protocolo do ministério da saúde e indicação médica, anexar os resultados ao prontuário do paciente que está sendo internada.**	**Biomédico / Enfermeiro (a)**
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar internação hospitalar por meio do CRE - Complexo Regulador Estadual, imprimir espelho da AIH do sistema e coletar assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido de internação para anexar ao prontuário, definir leito de internação do paciente, tirar cópia dos documentos pessoais e comprovante de residência da paciente e orientar acompanhante sobre os procedimentos e rotinas da unidade;	**NIR**
Informar o serviço de internação (leito, tipo de procedimento, etc.)	**NIR**
Preparar, orientar a paciente e acompanhante e convocar o condutor de maca para conduzir a mesma até unidade de internação acompanhado pelo enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem.	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Conduzir a paciente preferencialmente em cadeira de rodas ou maca até leito definitivo juntamente com o acompanhante;	**Condutor de maca**
4-Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade	
Definir local de permanência e monitorização da paciente no hall da urgência/emergência e/ou sala de reanimação até a transferência;	**Médico / Enfermeir (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Solicitar vaga para transferência hospitalar no CRE - Complexo Regulador Estadual para unidade de referência;	**NIR**
Acompanhar continuadamente a liberação da vaga no CRE - Complexo Regulador Estadual e após liberação imprimir espelho da AIH e transcrever código de liberação para a AIH e/ou ficha de encaminhamento de urgência e emergência;	**NIR**
Entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência com código de autorização e espelho aos cuidados do enfermeiro (a) da urgência e emergência	**NIR**
Acionar imediatamente serviço móvel de transporte de pacientes (ambulância) de acordo com quadro clínico e gravidade de cada	**Enfermeiro (a)**

paciente obedecendo protocolo de transporte da instituição, podendo ser ambulância comum do município, SAMU ou empresa terceirizada.	
Descrever na ficha de urgência e emergência e/ou prontuário horário de acionamento da empresa de transporte, nome do atendente, número da ocorrência, horário da transferência, nome dos responsáveis pelo transporte, condições clínicas no momento da transferência e preenchimento do formulário de liberação de ambulância. Assinar e carimbar.	**Enfermeiro (a)**

6- CONTROLE DE REGISTROS

Não aplicável.

7- CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não aplicável.

8- ANEXOS

Não aplicável.

2 PROTOCOLOS MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 Politrauma

OBJETIVO:

Promover a diminuição da morbimortalidade e minimizar as sequelas resultantes de trauma em pacientes atendidos na unidade, estabelecendo diretrizes para uma abordagem multidisciplinar de assistência ao paciente com múltiplas lesões desde o momento da chegada do paciente ao hospital até a sua alta. Essa abordagem inclui a implementação de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde, com o objetivo de ampliar e aprimorar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado.

CONCEITO:

TRAUMA MAIOR

Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:
1.Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.
2. Anatomia da lesão:
Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;
Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus;
Suspeita clínica de instabilidade da pelve;
Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero);

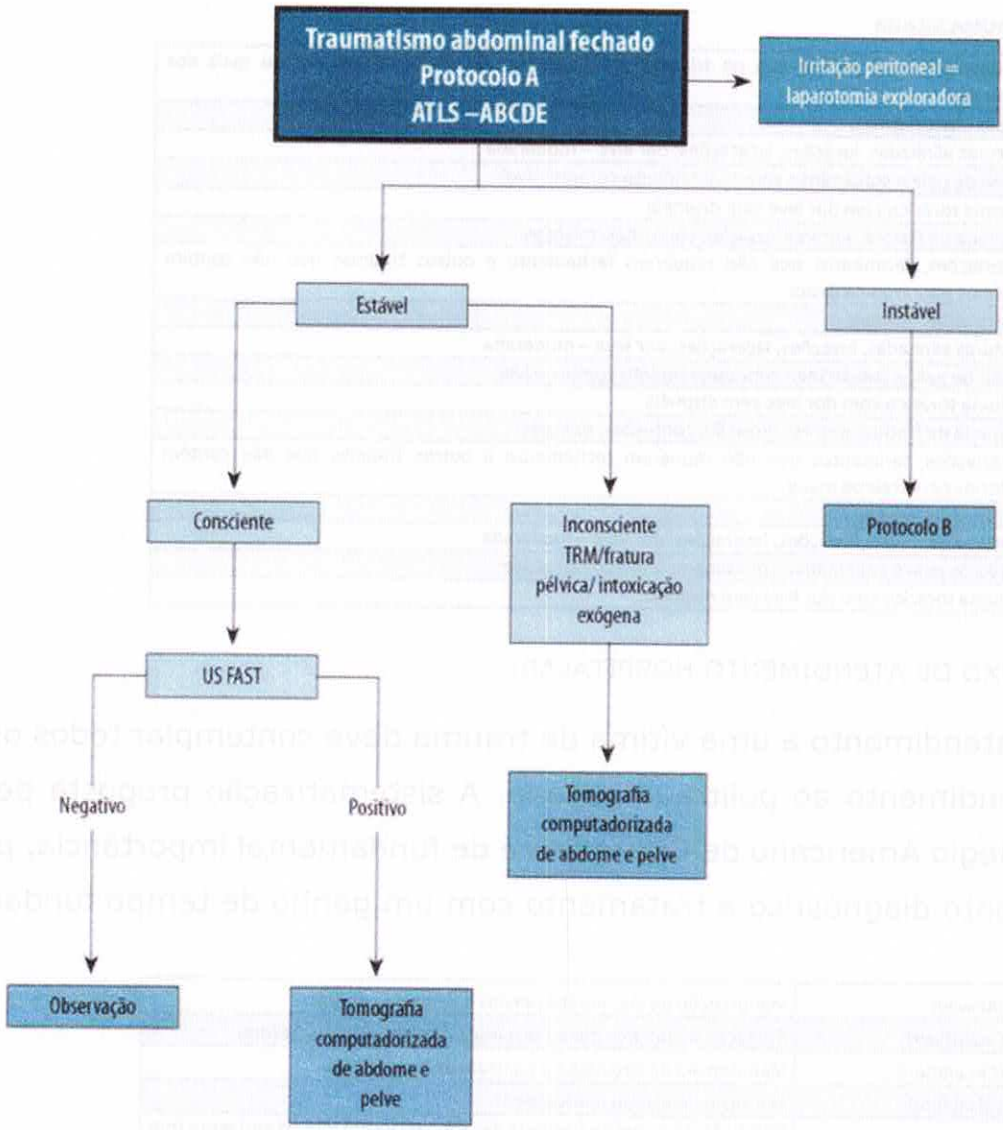
TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios:
Dados vitais normais
Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
Trauma torácico com dor leve sem dispnéia
Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias
Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.
Dados vitais normais
Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
Trauma torácico com dor leve sem dispnéia
Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias
Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.
Dados vitais normais
Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
Trauma torácico com dor leve sem dispnéia

FLUXO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR:

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado. A sistematização proposta pelo ATLS do Colégio Americano de Cirurgiões é de fundamental importância, pois garante pronto diagnóstico e tratamento com um ganho de tempo fundamental.

A (Airway)	Manutenção de vias aéreas pérvias e controle cervical
B (Breathing)	Avaliação e manutenção da respiração e mecânica ventilatória
C (Circulation)	Manutenção da circulação e controle da hemorragia
D (Disability)	Avaliação do estado neurológico
E (Exposure)	Exposição do paciente (retirada das roupas) e controle do ambiente (por exemplo, evitar hipotermia)

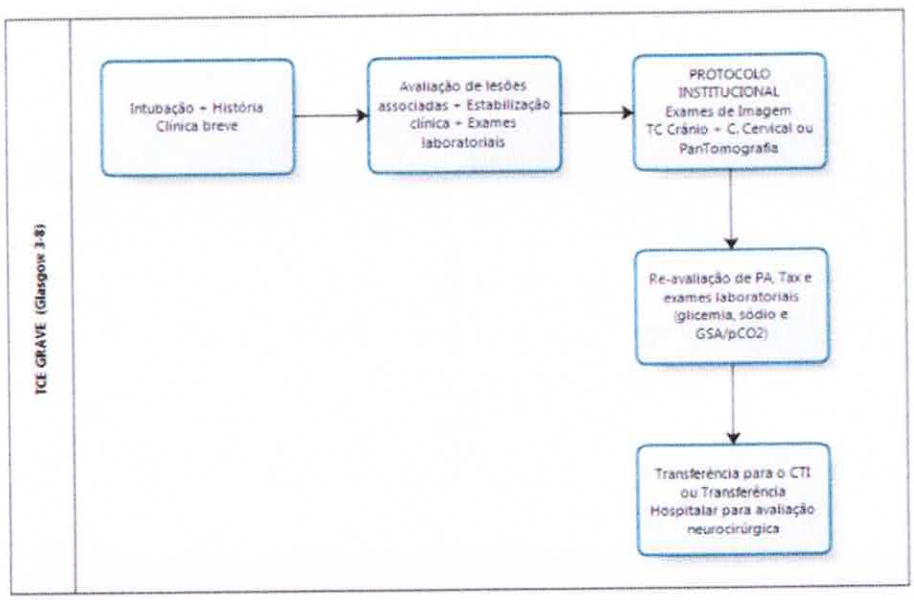


FLUXO 1 – TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO

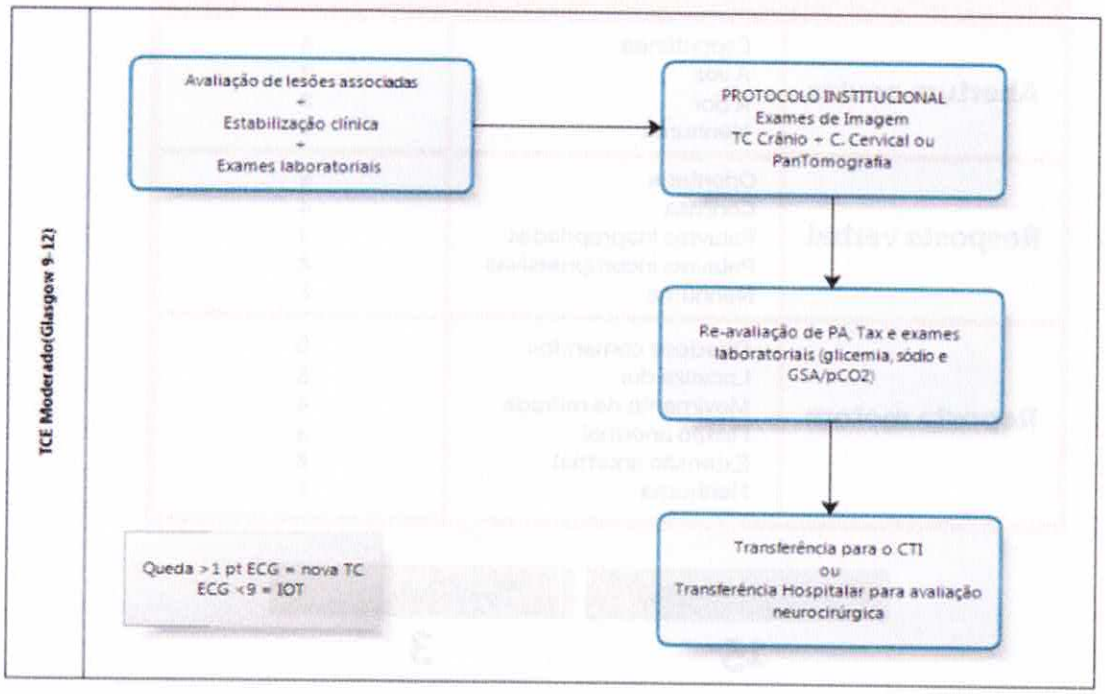
Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreesivas	2
	Nenhuma	1
Reposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo	Total mínimo
15	3

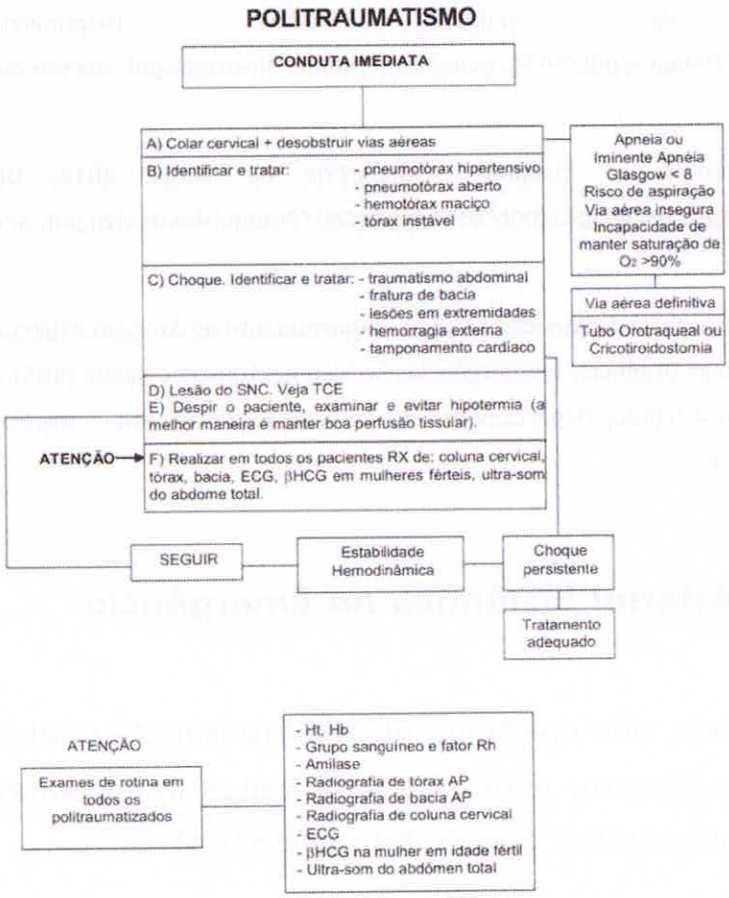
ESCALA DE COMA DE GLASGOW



FLUXO 2 – TCE GRAVE



FLUXO 3 – TCE MODERADO



FLUXOGRAMA 4 - CONDUTAS NO POLITRAUMA

REFERÊNCIAS:

Chiara, O.; Cimbanassi, S.. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

.Junes, RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 38-46, 1997. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v31n4s0/3136.pdf. Acesso: junho de 2023

VIEIRA, C.A.S.; MAFRA, A.A.. et al / Secretaria Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Trauma. – Belo Horizonte 2011 . Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

- Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf. Acesso em 13 de junho, 2023 .

Manual Instrutivo da Atenção ao Trauma - Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Instrutivo.pdf. Acesso em junho, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério d Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. :

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica na Emergência

OBJETIVO:

Padronizar a assistência nos episódios de Hipertensão Arterial (focado na Emergência – Pronto Socorro, porém com conceitos importantes podendo ser aplicado em demais setores quando for necessário)

RESPONSABILIDADE:

Pronto Socorro

Unidade de Terapia Intensiva

DEFINIÇÕES:

CRISE HIPERTENSIVA: Entidade clínica com aumento súbito da pressão arterial - PA (≥180 x 120 mmHg), acompanhada por sintomas, que podem ser leves (cefaleia, tontura, zumbido) ou graves (dispnéia, dor precordial, coma e até morte) com ou sem lesão aguda de órgãos-alvos.

DIAGNÓSTICO

URGÊNCIA X EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Urgência Hipertensiva: Sintomas são leves, sem lesão aguda de órgãos-alvos. A pressão arterial pode ser controlada em até 24h.

Emergência Hipertensiva: Quadro clinico pode apresentar risco de vida e refletir lesão aguda de órgãos- alvos.

Situações mais comuns na UPA: encefalopatia hipertensiva, acidente vascular cerebral, síndromes coronárias, edema agudo de pulmão, dissecção aorta, eclampsia;

Nestas condições se faz necessário o rápido abaixamento da pressão arterial, não necessariamente para valores normais.

** Muitos pacientes também apresentam uma PA mais elevada quando estão usando irregularmente suas medicações, tratando-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada.

CONCEITO DE AUTO-REGULAÇÃO

- É o conceito que protege os órgãos (coração, rins, cérebro) da isquemia quando a pressão arterial cai abruptamente.

- Nas primeiras horas é prudente reduzir os níveis diastólicos para **100 mmHg a 110 mmHg ou 25% da pressão arterial média**, e progressivamente, dependendo das condições clinicas, levar os níveis tensionais em direção a **140/90mmHg**.

TERMINOLOGIAS:

PA: Pressão Arterial

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Nitroprussiato de Sódio;

Nitroglicerina;

Metoprolol;

Captopril;

Nifedipina;

Hidralazina.

ABRANGÊNCIA:

Todos os setores assistenciais do HOSPITAL.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Usar definições para classificar como Emergência Hipertensiva;

EXAMES COMPLEMENTARES (Todos os pacientes com emergências hipertensivas devem realizar os seguintes exames):

Hemograma;

Ureia;

Creatinina;

Eletrólitos (sódio, potássio, magnésio);

Radiografia de tórax;

Eletrocardiograma;

Glicemia capilar;

Urina tipo I (pesquisa de proteinúria ou hematúria microscópica)

TRATAMENTO

ENDOVENOSOS

- O nitroprussiato de sódio é a droga de escolha devido a facilidade de manejo e efeito rápido.

Dose inicial recomendada de 0,25mcg/kg/min com ajuste a cada 2 minutos até atingir os valores pressóricos alvo. Efeito anti- hipertensivo desaparece poucos minutos após a interrupção da medicação. Em alguns casos pode ser preferido uso de nitroglicerina EV principalmente nas síndromes coronárias agudas (dose 5-100mcg).

Contraindicações: infarto de ventrículo direito e pacientes que usaram sildenafil nas últimas 24h. Os betabloqueadores (mais comum metoprolol 5mg – feito em bolus por até 3 vezes até obter frequência cardíaca alvo) podem ser usados quando o objetivo maior for a redução da frequência cardíaca como, por exemplo, na dissecção aguda de aorta.

VIA ORAL

Os diuréticos não estão indicados nas crises hipertensivas de modo geral, salvo exceção em casos de edema agudo pulmonar. Principais medicações utilizadas são captopril (dose 25-100mg), nifedipina (dose 5-10mg) e hidralazina (dose 25-200mg), todas com início de ação 10-15 min e duração de cerca de 4 a 6 horas.

REFERÊNCIAS:

The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993;153:154-208.

Mann SJ, Atlas SA. Hypertensive emergencies. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and

Management. 2nd ed. New York: Raven Press, 1995;pp.3009-22.

Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Engl J Med 1990;25:1177-83.

Kaplan NM. Hypertensive crises. In: Kaplan NM, ed. Clinical Hypertension. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994;pp.281-97.

Gifford Jr RW. Management of hypertensive crises. JAMA 1991;266:829-35.

Herzog E, Frankenberger O, Aziz E, Bangalore S, Balaram S, Nasrallah EJ, et al. A novel pathway for the management of hypertension for hospitalized patients. Crit Pathw Cardiol. 2007; 6(4):150-60.

Lopes RD, Feitosa Filho GS. Crise hipertensiva. Rev Soc Bras Clin Med. 2005; 3:113-6.

Haas AR, Marik PE. Current diagnosis and management of hypertensive emergency. Semin Dial. 2006; 19(6):502-12.

Stewart DL, Feinstein SE, Colgan R. Hypertensive urgencies and emergencies. Prim Care. 2006; 33(3):613-23. v. Review.

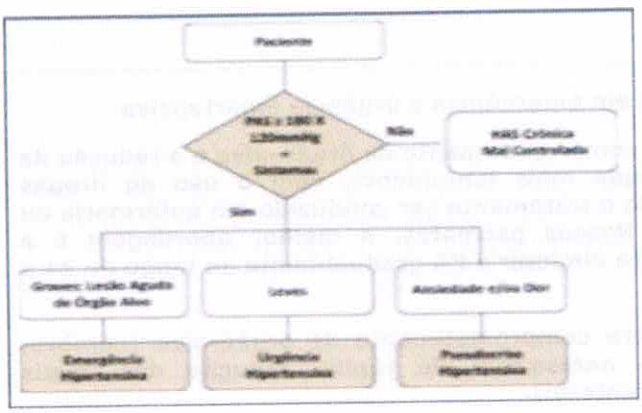
1. Furtado RG, Coelho EB, Nobre F. Urgencias e emergencias hipertensivas. Medicina (Ribeirao Preto). 2003; 36(2/4):338-44.
2. Elliott WJ. Clinical features in the management of selected hypertensive emergencies. Prog Cardiovasc Dis. 2006; 48(5):316-25. Review.
3. Sociedade Brasileira de Hipertensao; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensao Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004; 82(Supl 4):7-22.

Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. Hypertension. 1996 Jan;27(1):144-7

9. HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
08/02/2023	**00**	**Elaboração do documento inicial.**

ANEXOS:



FLUXOGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

2.3 Emergências Hipertensivas

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe médica e multiprofissional da UTI.

ECG de 12 derivações.

Equipamento para ventilação mecânica não invasiva (VMNI).

Monitor MULTIPARAMÉTRICO com módulo de mensuração de pressão arterial não invasivo ou esfigmomanômetro manual

ou Kit para acesso arterial e mensuração de pressão arterial invasiva.

Medicamentos padronizados na instituição para tratamento de Emergências Hipertensivas descritos nesta rotina.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Reconhecer diagnóstico de Emergência Hipertensiva.

Prescrever fármacos que promovem benefício e redução de mortalidade com atenção especial aos níveis

Tensóricos de pressão arterial de segurança na UTI.

3. PROCEDIMENTOS

A crise hipertensiva é classificada em emergência e urgência hipertensiva.

Na urgência hipertensiva, Não há comprometimento de órgão-alvo e a redução da PA pode, portanto, ser processada mais lentamente, com o uso de drogas hipotensoras por via oral, podendo o tratamento ser conduzido em enfermaria ou mesmo em nível ambulatorial. Nesses pacientes, a melhor abordagem é a utilização de medicações orais para diminuir a PA gradualmente ao longo de 24 a 48 horas.

Na emergência hipertensiva ocorre comprometimento de órgão-alvo (cérebro, rins, coração). Estes pacientes necessitam de rápida redução dos níveis pressóricos (anti-hipertensivo parenteral).

Classificação das emergências hipertensivas

Encefalopatia hipertensiva. O melhor critério diagnóstico é a pronta resposta ao tratamento anti-hipertensivo. Se isso não ocorrer, deve-se questionar o diagnóstico. O tratamento objetiva a redução da PA para níveis de 160/100 mmHg.

Hipertensão acelerada- maligna. Pacientes com hipertensão arterial grave (PD em geral > 130 mmHg), associada a retinopatia (edema de papila) e à insuficiência renal. O tratamento visa reduzir a PA para níveis que não ocasionem redução do fluxo sanguíneo para os órgãos-alvos, normalmente para níveis em torno de 160/110 a 100 mmHg.

Aneurisma dissecante da aorta

POP específico.

Crise Adrenérgica

A crise adrenérgica induzida pelo feocromocitoma é tratada utilizando-se, preferencialmente, os bloqueadores alfa ou alfa e beta-adrenérgicos como a fentolamina e o labetalol, respectivamente. Como estas drogas não estão disponíveis no Brasil, na prática, usa-se com muito bons resultados o nitroprussiato de sódio, eventualmente associado a betabloqueadores como o esmolol, metoprolol ou propranolol.

As drogas de escolha para o tratamento das crises adrenérgicas induzidas por cocaína, *crack,* anfetaminas, derivados tricíclicos etc, também são os bloqueadores alfa ou alfa e beta adrenérgicos como a fentolamina e o labetalol. Entretanto, não sendo disponíveis, o nitroprussiato de sódio constitui uma opção segura e eficaz.

Os betabloqueadores, contudo, devem ser evitados para prevenir o antagonismo isolado de beta receptores vasculares o que resultaria em atividade alfa-adrenérgica sem oposição com potencial aumento da PA. A associação benzodiazepínicos e nitratos endovenosos podem ser usadas nestes casos.

Pré-Eclâmpsia Grave / Eclâmpsia

A hidralazina é a droga de eleição para o tratamento da hipertensão: 0,5 a 10 mg/hora, EV, após dose de ataque de 5 mg.

O sulfato de magnésio é utilizado para a prevenção das convulsões:

MgSO4 - 50%: 1 ampola = 10 mL = 5 g.

MgSO4 - 10%: 1 ampola = 10mL=lg.

Dose de ataque: 5 g EV em 20 minutos 1 ampola de MgSO^ 50% em 20 minutos (diluído em 100mLdeSG5%).

Dose de manutenção (manter por 24 horas): 1 ampola de MgSO^ 50% em 500 mL de SG5% a 28 gotas/minuto.

Monitoração durante a fase de manutenção:

Controle da diurese: > 30 mL/hora

Presença de reflexos tendinosos profundos (mais usado: patelar): a abolição do reflexo patelar é um bom parâmetro clínico para impedir o efeito tóxico do magnésio, orientando a suspensão da infusão (indica nível sérico de magnésio entre 9 -12 mg%; parada respiratória: 15 -17 mg%; parada cardíaca: 30-35 mg%).

Freqüência respiratória: mínimo 16 irpm; a depressão respiratória pode ser revertida pelo emprego de gluconato de cálcio a 10%, 10 mL em 3 minutos.

Acidente vascular cerebral

POP específico.

Insuficiência coronariana aguda

POP específico.

Edema agudo de pulmão

POP específico.

AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS PARENTERAIS

Nitroprussiato

Potente vasodilatador arterial e venoso com início de ação em segundos e duração de ação de 1 a 2 minutos e meia vida plasmática de 3 a 4 minutos

Dosagem:

50 mg (1 ampola) em 250 ou 500 mL de SG 5% ou SF 0,9% (200 mg/ml e 100mg/ml, respectivamente); envolver em papel alumínio (fotossensível).

Dose: iniciar com 0,1 a 0,2 mg/kg/minuto (na prática, 5 a 10 mL/hora), com aumentos de 0,2 mg/kg/minuto a cada 3 a 5 minutos até alcançar resposta clínica ou até ocorrer hipotensão (dose máxima: 10 mg/kg/minuto).

Trocar a solução cada 3 a 6 horas.

Introduzir, concomitantemente, anti-hipertensivos orais.

Precauções:

Hipotensão.

Não está indicado no IAM devido ao risco de fenômeno de roubo do fluxo coronariano (fluxo sanguíneo preferencial para áreas não isquêmicas).

O nitroprussiato contém 44% de cianeto. O cianeto é metabolizado no fígado em tiocianato. O tiocianato é 100 vezes menos tóxico que cianeto. O tiocianato gerado é excretado principalmente através dos rins. A remoção do cianeto, portanto, exige funções hepáticas e renais adequadas.

Esmolol (ampolas com 10 mL com 2.500 mg [250 mg/ mL] ou 100 mg [10 mg/mL])

Bloqueador beta-adrenérgico cardiosseletivo de ação ultrarrápida (início de ação: 60 segundos; duração de ação: 10 a 20 minutos)

Administração:

Dose inicial de 0,5 a 1 mg/kg em 1 minuto, seguido por uma infusão contínua com início em 50 |ig/kg/min e aumentada até 300 ng/kg/min, conforme necessário.

Solução a 10 mg/ml: Duas ampolas de 2.500 mg em 500 ml ou uma ampola de 2.500 mg em 250 ml de uma solução intravenosa compatível (glicose a 5%, soro fisiológico a 0,9% ou solução de Ringer-Lactato).

Contra-indicações: pacientes portadores de bradicardia sinusal, bloqueio cardíaco superior ao de primeiro grau, choque cardiogênico ou insuficiência cardíaca manifesta.

4. INDICADORES

- **Controle da pressão arterial em até 48 horas.**
- **Redução de mortalidade associada a emergência hipertensiva na UTI.**
- **Acidente vascular cerebral isquêmico secundário a redução abrupta da PA.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Registro de óbitos do hospital.**
- **Laudo de exames laboratoriais.**

6. SIGLAS

PA - Pressão Arterial

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Belfort MA, Anthony J, Saade GR, Allen Jr JC. A Comparison of Magnesium Sulfate and Nimodipine for the Prevention of Eclampsia. The New England Journal of Medicine, 2003; 348:304-311.**
- **FEBRASGO. Urgências e emergências maternas. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.**
- **Marik PE and Varon J. Hypertensive crises. Chest 2007; 131:1949-1962.**
- **FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato Delascio; POPPI, Nilson Tavares and GUIMARÃES, Hélio Penna. Emergências hipertensivas. *Rev. bras.***

2.4 Urgências Hiperglicêmicas

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Glicosímetro e fitas para glicemia.**
- **Fitas para urinálise.**
- **Insulina regular.**
- **Insulina NPH.**
- **Glicose 50%.**
- **Glicose a 5%.**
- **NaCI 10%.**
- **KCI10%.**
- **NaCI 0,9%.**
- **Solução de bicarbonato 8,4%.**
- **Bombas de infusão.**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Glicemia de 1/1 hora até controle dos distúrbios metabólicos.**

- **Cetonúria (teste da fita).**
- **CAD: testes positivos, geralmente, em níveis máximos.**
- **EHH: cetonúria negativa ou fracamente positiva.**
- **Gasometria arterial: acidose metabólica com ânion gap aumentado na CAD.**
- **Eletrólitos: dosar sódio e potássio a cada 6 horas.**
- Ureia/Creatinina.

3. PROCEDIMENTOS

- **Insulina**
- **Bolus EV inicial: 0,lU/kg de insulina regular (5 a 10 U, no adulto típico). Excluir antes hipopotassemia (< 3,3 mEq/L).**
- **A seguir infusão EV contínua de insulina regular a 0,lU/kg/hora: 5 a 10 Ul/hora. ^**
- **100 Ul em 100 mL de SF 0,9% (1 UI/mL).**
- **Trocar a solução a cada 6 a 8 horas para evitar a inativação da insulina.**
- **Objetivar reduzir a glicemia em 50 a 70 mg/dL a cada hora:**
- **Redução < 50 mg/dL/hora: dobrar velocidade de infusão.**
- **Redução > 70 mg/dL/hora: reduzir a taxa de infusão à metade.**
- **Quando a glicemia chegar a 200 mg/dL na CAD ou 300 mg/dL no EHH:**
- **Trocar a infusão utilizada na reposição volêmica por soro glicofisiológico (0,45%) para prevenir queda exagerada da glicemia e da osmolalidade sérica.**
- **Reduzir a infusão contínua de insulina para 0,05 a 0,1 U/kg/hora.**
- **Manter níveis de glicemia acima citados até que a acidose na CAD e a hiper osmolaridade e redução do nível de consciência no EHH sejam resolvidos.**
- **Neste ponto:**
- **Administrar 10 Ul de insulina regular SC.**
- **Interromper infusão contínua de insulina 1 a 2 horas depois.**
- **Iniciar insulina NPH: reiniciar na dose usada pelo paciente antes do início da crise hiperglicêmica ou 0,5 a 0,8 U/kg/dia dividido em duas doses.**
- **Ajustar a dose de insulina NPH em 10 a 20% a cada 1 a 2 dias, objetivando os níveis glicêmicos alvos.**
- **Iniciar insulina regular SC:**
- **Para corrigir glicemia capilar > 150 mg/dL**
- **Escala crescente de 1 a 4 U para cada elevação de**

50 mg/dL da glicemia.

- Ajustar esta escala em 1 a 2 U/dose cada 1 a 2 dias, se a resposta for inadequada.
- Reposição volêmica
- Realizar reanimação volêmica:
- Soro fisiológico a 0,9%.
- Utilizar as metas e limites de segurança usuais para guiar esta fase de expansão volêmica (PA, DU, congestão pulmonar ou estase jugular, nível de consciência, pulso, PVC, etc).
- Posteriormente:
- Soro fisiológico 0,9%: 4 a 14 ml/l<g/liora (250 a 500 mL/liora) quando o sódio corrigido for baixo.
- NaCI a 0,45%: 4 a 14 mIAg/hora (250 a 500 mL/ liora) quando o sódio corrigido for normal ou elevado.
- NaCI a 0,45% preparado com SG 5%: trocar qualquer uma das formas de reposição volêmica acima por está, quando a glicemia atingir 200 mg/dL (CAD) ou 300 mg/dL (EHH) e manter a 150 a 250 mL/hora.
- Reposição de potássio:
- Potássio < 3,3 mEq/L:
- Não prescrever *bolus* inicial de insulina.
- Repor 20 a 30 mEq de potássio em 1 litro de SF em 1 hora.
- Só iniciar insulina quando o potássio for maior que 3,3 mEq/L
- Potássio entre 3,3 e 5 mEq/L:
- Repor potássio desde o início.
- 20 a 30 mEq/L de qualquer solução infundida (SF, NaCI 0,45%, SGF).
- Potássio > 5 mEq/L:
- Não repor potássio.
- Bicarbonato. Indicado apenas quando pH < 7.
- pH de 6,9 a 7

- Bicarbonato de sódio 8,4% 50 mEq (50 mL) em 200 mL de água destilada EV em 1 hora.
- Medir pH arterial após infusão. Se < 7, prescrever mais bicarbonato objetivando pH > 7. pH<6,9
- Bicarbonato de sódio 8,4% 100 mEq (100 mL) em 400 mL de água destilada EV em 2 horas.
- Medir pH arterial após infusão. Se < 7, prescrever mais bicarbonato objetivando pH > 7.

4. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Laudo de exames laboratoriais.

5. SIGLAS

CAD - Cetoacidose Diabética
EHH - Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico
PA - Pressão Arterial
DU - Débito Urinário
PVC - Pressão Venosa Central
SF-Soro Fisiológico
SG-SoroGlicosado
SGF - Soro Glicofisiológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Kitabchi AE e Umpierrez GE. Hiperglycemic crises in adult patients with diabetes. A consensus statement**

from the American Diabetes Association. Diabetes Care 2006; 29(12): 2739-48.

- **Inzucchi SE. Management of hyperglycemia in the hospital setting. N EngI J Med 2006;355:1903-1911.**
- **Foss-Freitas MC e Foss MC. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. Medicina, Ribeirão Preto, 2003; 36: 389-393.**

2.5 Dengue com sinais de Grave

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Anamnese clínica dirigida.**
- **Dosagem sérica de hematócrito, plaquetas e transaminases.**
- Soluções cristalóides.

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Reconhecer casos de dengue grave de forma precoce (sinais de alarme e choque).**
- **Verificar condições associadas que pioram o prognóstico de pacientes com dengue (ex. comorbidades).**
- **Iniciar reposição volêmica e monitorar equilíbrio hemodinâmico do paciente.**

3. PROCEDIMENTOS

- **A dengue é uma doença causada pelo Flavivirus DENVI, II, III e IV, e transmitida por picadas de mosquitos/Aedes *aegyptís*. É doença febril aguda e de evolução rápida (até 7 dias), que permanece endêmica em várias partes do país. Muitos casos são oligossintomáticos e têm resolução mais simples, porém pode causar choque circulatório e/ou hemorrágico. O diagnóstico de dengue é provável se há febre com evolução menor que 7 dias associada a dois dos seguintes critérios: náuseas/vômitos, exantema, mialgia, dor retro-orbitária, prova do laço positiva, leucopenia e algum sinal de alerta.**
- **Os sinais de alerta que indicam dengue grave são: dor abdominal; vômitos persistentes; retenção hídrica; sangramento de mucosas; fraqueza intensa; hipotermia abrupta; hepatomegalia; aumento do hematócrito associado a plaquetopenia.**
- **A dengue grave pode levar a transudação plasmática intensa, aparecimento de hemorragias e disfunções orgânicas (cardíaca, respiratória, neurológica, renal e hepática).**
- **O diagnóstico clínico deve nortear o tratamento inicial e a necessidade de internação; a sugestão do diagnóstico pode ser obtida com a dosagem de antígenos virais (NS- 1) ou detecção de RNA virai por técnica de amplificação (RT-PCR) nos primeiros 4 dias, e a confirmação é feita com sorologia (IgM - ELISA) a partir do dia.**
- **Os pacientes com dengue provável podem ser classificados em quatro grupos:**
- **Grupo A: dengue provável, sem sinais de alarme ou manifestações hemorrágicas e sem comorbidades significativas.**
- **Grupo B: dengue provável, sem sinais de alarme, mas com manifestações hemorrágicas sem repercussão**

hemodinâmica OU presença de comorbidades mais graves ou gravidez.

- **Grupo C: dengue provável com sinais de alarme, independentemente de manifestações hemorrágicas.**
- **Grupo D: dengue provável, com sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunções orgânicas.**
- **Os pacientes dos grupos B, C e D devem ser consideradas para internação hospitalar. Os pacientes do grupo D apresentam necessidade de UTI imediata.**
- **Complicações graves da dengue: choque distributivo; hemorragias; miocardite; insuficiência hepática; meningoencefalite; síndrome de compartimento abdominal e derrame pleural extenso por hiper-hidratação.**
- **Tratamento inicial: reposição de salina ou Ringer lactato**

20 ml/kg em 30 - 60 minutos; medicações analgésicas e/ou antipiréticas; repetir Hematócrito e plaquetometria após 1 - 2 horas; se hipotensão ou hemoconcentração persistir, repetir salina ou Ringer lactato 10 ml/kg.

- **Não existe tratamento específico para o vírus da dengue; deve-se instituir medicação sintomática e suporte para disfunções orgânicas.**
- **Transfusão de plaquetas; procedimentos invasivos com plaquetas < 50.000/mm^; sangramento leve com plaquetas < 5.00G/mm'; condições onde o sangramento pode ser fatal (anticoagulação sistêmica, instabilidade hemodinâmica) com plaquetas < 20.000/mml**
- **Alta da UTI: sem necessidade de aminas vasoativas; hematócrito estável nas 24 horas; plaquetometria em ascensão (maior que 20.000/mm^); regressão das eventuais disfunções orgânicas.**

4. INDICADORES

- Mortalidade
- Casos de dengue Hemorrágica
- Casos de dengue grave associado a Síndrome de Guillain-Barré

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- Ficha de balanço e controle.
- **Registro de óbitos do hospital.**
- **Laudo de exames laboratoriais e de imagem.**

6

- **Notificação de dengue - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).**

6. SIGLAS

DENV-Vírus da Dengue

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Verdeal JCR, Filho RC, Vanzillotta C, Macedo GL, Bozza FA, Toscano L, et al. Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue Rev Bras Ter Intens 2011;23(2):125-133.**

2.6 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Equipe médica e multiprofissional, organizada, definida, capacitada, coordenada por médico Intensivista, disponível durante 24 horas, e que tenha recebido treinamento adequado.**
- **Capacidade para monitorização contínua cardiovascular e respiratória.**
- **Laboratório de patologia clínica em funcionamento durante 24 horas.**
- **Aparelho de tomografia computadorizada disponível durante 24 horas.**
- **Disponibilidade neurocirúrgica durante 24 horas.**
- **Serviço de hemoterapia ou agência transfusional durante 24 horas, incluindo a disponibilidade de crioprecipitado.**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Determinar horário do início dos sintomas sugestivos de AVC.**
- **Aplicar a *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS). *(Treinamento pode ser obtido e certificado em: www.ninds.nih.gov/doctors/ strol<e_scale_training. htm).***

- **TCC sem contraste idealmente em até 25 minutos da admissão e interpretado em até 20 minutos após realização (tempo total porta-exame = 45 minutos).**
- **Ecocardiograma e US Doppler de carótidas e vertebrais nas primeiras 24 horas.**
- **Avaliar presença de indicações ou contra indicações à trombólise -**
- **Critérios de Inclusão para Trombólise**
- **Pacientes com diagnóstico clínico e tomográfico de AVCI e que, além disso, apresentarem:**
- **Quadro clínico de AVC com início há menos de 4,5 horas desde o início dos sintomas até a infusão do medicamento.**
- **Idade superior a 18 anos.**
- **TCC ou ressonância magnética sem sinais de hemorragia intracraniana.**
- **Critérios de Exclusão para Trombólise**
- **Sinais e sintomas leves (com comprometimento funcional discreto) ou de resolução completa espontânea.**
- **Área de hipodensidade precoce à tomografia computadorizada (sugestiva de área isquêmica aguda), com acometimento maior do que um terço do território da artéria cerebral média.**
- **Qualquer cirurgia intracraniana, trauma craniano ou histórico de AVC nos 3 meses anteriores ao tratamento trombolítico.**
- **Aneurisma, malformações arteriovenosas ou tumores intracranianos conhecidos.**
- **Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias.**
- **Punção lombar nos últimos 7 dias.**
- **Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses.**
- **Histórico de hemorragia intracraniana.**
- **PAS com tratamento anti-hipertensivo > 185 mmHg.**
- **PAD com tratamento anti-hipertensivo > 110 mmHg.**
- **Suspeita de hemorragia subaracnóide.**
- **Hemorragia gastrointestinal ou geniturinária nos últimos 21 dias.**
- **Punção arterial, em sítio não compressível, nos últimos 7 dias.**
- **Glicemia < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl.**
- **Contagem de plaquetas < 100.000/mm^**
- **Defeito na coagulação (INR > 1,7).**
- **Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPA acima do valor de referência local.**
- **Sintomas que apresentaram melhoras espontâneas antes do tratamento.**
- **Sintomas neurológicos pouco importantes e isolados (por exemplo, hemi-hipoestesia pura).**

- **Evidência de sangramento ativo em sítio não passível de compressão mecânica ou presença de fratura ao exame físico.**
- **Convulsões no início do AVC (contra indicação relativa para fazer diagnóstico diferencial com paralisia pós-convulsão).**
- **Determinados fatores interferem no risco/benefício da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS > 22, idade > 80 anos e a combinação de AVC prévio e diabetes mellitus.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Elevação da cabeceira da cama em torno de 30°.**
- **Antitérmicos para manter normotermia.**
- **AAS 160 - 300 mg nas primeiras 48 horas pós-AVCI (manter dose mais alta até 2 semanas, depois reduzir para 100 mg).**
- **Clopidogrel 75 mg/dia se alergia ao AAS.**
- **iniciar estatinas.**
- **Prevenção da TVP com heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular em doses profiláticas.**
- **Compressão pneumática intermitente para pacientes com contraindicações aos anticoagulantes.**
- **Utilizar anticonvulsivante para prevenção de recidivas em pacientes que apresentaram crise convulsiva. Não se recomenda o uso profilático dos anticonvulsivantes na ausência de histórico de crise convulsiva.**
- **Iniciar nitroprussiato se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou uma PAM > 130 mmHg em pacientes que não realizaram Trombólise.**
- **Trombólise; até 4,5 horas após o Início dos sintomas.**
- **Alteplase: diluir frasco-ampola com 50 mg com 50 ml de diluente.**
- **Administrar 0,9 mg/kg (máximo 90 mg), sendo ataque com 10% da dose total em bolus e o restante administrado em 1 hora.**
- **Manter PAS abaixo de 180 mmHg e a PAD abaixo de 105 mmHg com uso de nitroprussiato.**
- **Exame neurológico a cada 15 minutos durante a Infusão.**
- **Caso cefaléia intensa, hipertensão aguda, náusea ou vômitos descontinuar a infusão e TCC de emergência.**

4. INDICADORES

- **Taxa de reperfusão e complicações (sangramento) em casos submetidos à Trombólise.**
- **Tempo de internação.**
- **Complicações da Internação (Infecção, úlceras de decúbito).**
- **Taxa de mortalidade.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Laudo de exames laboratoriais.

6. SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral.

AVCi - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.

TCC- Tomografia Computadorizada do Crânio.

PAS - Pressão Arterial SIstóllca.

PAD - Pressão Arterial DIastóllca.

TVP - Trombose Venosa Profunda.

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **BrottTe Bogousslavsky J. Treatment of acute ischemic stroke. The New England Journal of Medicine, 2000; 343; 710-723.**
- **Wechsier LR. Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute IschemlcStroke.NEnglJMed2011;364;2138-46.**
- **Coull BM, Williams LS, Goldstein LB et al. Anticoagulants and antiplatelet agents In acute ischemic stroke. Stroke. 2002; 33:1934-42.**
- **Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute Ischemic stroke. N EngI J Med 2008;359:1317-1329.**
- **Portaria MS Ne 664, de 12 de abril de 2012.**
- **www.nlnds.nih.gov/doctors/stroke_scale_trainlng.htm.**

2.7 Transporte Intra Hospitalar De Pacientes Graves

1. **OBJETIVO:**

Ao final da leitura deste artigo o leitor será capaz de:

- Planejar, organizar e realizar o transporte intra hospitalar do paciente grave;
- Adequar as características do transporte às necessidades do paciente;
- Avaliar a gravidade do paciente a ser transportado;
- Antecipar, prevenir e tratar as principais complicações e eventos adversos decorrentes do transporte intra hospitalar.

2. **RESPONSABILIDADES:**

- Equipe médica;
- Equipe de enfermagem;
- Equipe fisioterapia;

3. **DEFINIÇÕES GERAIS:**

- O transporte intra hospitalar de pacientes graves com frequência precisa ser realizado com finalidades diagnósticas ou terapêuticas.
- Os pacientes graves que necessitam de transporte intra hospitalar correspondem a uma parcela de pacientes com altos escores de gravidade, para os quais o nível de cuidado adequado não pode ser negligenciado durante todo o transporte e quaisquer anormalidades que venham a surgir durante o transporte necessitam de identificação e correção imediatas, ainda durante o transporte, sob pena de ameaçar a vida do paciente, ou aumentar sua morbidade e tempo de permanência na UTI e hospital.
- Os materiais e equipamentos do transporte devem ser adequados ao quadro clínico e necessidades do paciente. Podemos ter uma padronização básica para todos pacientes, mas a complexidade de cada caso tem que ser contemplada com acréscimos necessários nos equipamentos e medicamentos sempre que uma característica individual for identificada.
- A gravidade dos pacientes deve ser avaliada cuidadosamente antes do transporte e a sua categorização por gravidade e características clínicas permite a previsão de risco potencial de eventos adversos. Os eventos adversos podem estar relacionados aos equipamentos, à equipe que faz o transporte ou às próprias alterações fisiológicas do paciente que está sendo transportado.

4. **TERMINOLOGIAS:**

- SpO_2: Oximetria de pulso;
- PaO_2: Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial;
- $PaCO_2$: Pressão parcial do dióxido de carbono no sangue arterial;

- HCO_3: Nível de bicarbonato;
- TOT: Tubo Oro-Traqueal;
- PPC: Pressão de Perfusão Cerebral;
- PIC: Pressão Intra Craniana;
- PAM: Pressão Arterial Média;

5. ABRANGÊNCIA:

- Unidade de Terapia Intensiva;
- Unidade de Clínica Médica;
- Unidade de Sala Vermelha;

6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- O transporte intra hospitalar visa melhorar a qualidade do atendimento do paciente. O deslocamento é realizado com frequência para utilização de equipamentos não disponíveis nas Unidades de Terapia Intensiva, Pronto Atendimentos para fins diagnósticos (e.g.: Tomografia Computadorizada) ou terapêuticos (e.g: Hemodinâmica). O deslocamento também pode ser realizado no sentido inverso para encaminhar o paciente para cuidados intensivos ou entre diversos setores do Hospital.

- O transporte de pacientes graves pressupõe que o nível de cuidado adequado às necessidades do paciente deverá ser mantido durante todo o tempo e que os responsáveis estão habilitados a identificar e corrigir quaisquer anormalidades que venham a surgir durante o transporte e, portanto tratamento não será interrompido. (**Quadro 1**)

- A número e a gravidade dos pacientes que necessitam de transporte e a complexidade desta tarefa deverá aumentar ainda mais no futuro próximo e a composição e treinamento das equipes de transporte tem sido objeto de intenso debate.

QUADRO 01: Princípios para realização do transporte do paciente grave

---

- Para realizar com segurança o transporte intrahospitalar, devemos observar os seguintes princípios de um transporte seguro:

- Equipe experiente, com especialistas em transporte ou um médico, fisioterapeuta respiratório e enfermeiro intensivistas nos casos crítico

- Experiência e treinamento são mais importantes que velocidade
- Disponibilidade de equipamentos e materiais adequados, com o mesmo padrão dos locais de saída e chegada
- Avaliação completa do paciente
- Monitorização adequada e completa
- Estabilização prévia e cuidadosa do paciente
- Reavaliação repetida durante o transporte
- O tratamento intensivo não deve ser interrompido durante o transporte
- Documentação do transporte para avaliações futuras
- Relatório de Eventos Adversos padronizado obrigatório

Adaptado de Urbano[3]; Fanara[8]; Droogh[6]; Brunsveld-Reinders[7].

- Para pacientes que estejam sendo transportados dentro das instalações do próprio hospital e cujo deslocamento for curto, não será obrigatória a presença de todos os equipamentos e medicamentos, desde que alcançáveis em um tempo inferior a três minutos. Mesmo assim não se deve prescindir de oxímetro de pulso.
- Para consecução de nossos objetivos devemos observar as seguintes etapas na realização do transporte do paciente grave:

Avaliação do Risco *versus* Benefício

- A realização do transporte do paciente grave, como visto, parte do princípio que a relação custo-benefíco do transporte é favorável à realização do mesmo, apesar dos riscos envolvidos no procedimento. Quanto maior a necessidade da realização de procedimentos ou exames e menor a disponibilidade dos mesmos no local onde se encontra o paciente, mais provável será a decisão pela realização do transporte

- A avaliação do risco deve ser feita antes do transporte. A estratificação do risco ajuda a antecipar as competências necessárias que a equipe de transporte deve ter para atender as necessidades do paciente.

- A avaliação do risco inclui: a história clínica do paciente com seus riscos específicos e comorbidades; condição clínica atual do paciente e tendência de deterioração; dados vitais e exames de laboratório; dados relacionados ao próprio transporte como tempo de deslocamento e possíveis dificuldades durante o transporte.

- Um sistema reconhecido de avaliação da gravidade deve ser utilizado, por exemplo o escore MEWS[4] (ver **Quadro 2**):

Quadro 2 – MEWS - Modified Early Warning Score[4]

ESCORE	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca		**<40**	**40-50**	**51-100**	**101-110**	**111-129**	**>130**
Pressão Sistólica	**<70**	**71-80**	**81-100**	**101-170**	**171-199**	**>200**	
Frequência Respiratória		**<7**		**9-14**	**19-22**	**23-29**	**>30**
Temperatura		**<34,9**		**35,0-38,3**		**>38,4**	
Sistema Nervoso Central		**Confusão agitação *"de novo"***		**Alerta**	**Responde comando verbal**	**Reage à dor**	**Não responsivo**

Quadro 3 – Estratificação de Risco: Avaliação do Risco do Transporte[4]

Baixo	Médio	Alto
MEWS <3	**MEWS 3 – 5 ou**	**MEWS >5 ou**
SpO_2 > 92%	**SpO_2 88-92% ou**	**SpO_2 < 88% ou**
Glasgow >13	**Glasgow 13 - 12 ou**	**Glasgow <12 ou**
Deficit Base < 5 mmol/L	**Deficit Base 5-10 mmol/L**	**Deficit Base >10 mmol/L**

Preparação do paciente para o transporte

- A estabilização hemodinâmica e respiratória do paciente deve ser realizada pelo médico assistente antes da realização do transporte. No caso da equipe de transporte chegar ao local do transporte e encontrar o paciente
- com instabilidade hemodinâmica ou respiratória o paciente deve ser estabilizado, inclusive com intubação, ventilação mecânica e monitorização invasiva antes da realização do transporte.
- As medidas de planejamento e organização para o transporte adequado do paciente grave estão elencadas no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Avaliação e preparo adequado antes do transporte

- **Paciente**: Domínio do quadro atual do paciente; exame físico completo e avaliação dos dados vitais e exames laboratoriais; estabelecimento da gravidade do paciente e grau de risco do transporte.
- **Equipe**: Equipe de transferência com treinamento adequado; relatório de transferência; planejamento do retorno da equipe com equipamentos e materiais.
- **Equipamentos**: Equipamentos adequados às necessidades do paciente; maleta de medicamentos e manejo de vias aéreas; baterias suficientemente carregadas e/ou reservas; oxigênio suficiente, com reserva em caso de atraso.
- **Organização**: Relatórios com tratamento em uso e propostas terapêuticas; resultados de exames; documentação de transferência; dimensionamento da equipe; comunicação com os familiares; cumprimento de normas e regulamentos.
- **Destino:** Nome dos responsáveis pelo recebimento do paciente; telefones de contato do destino.
- **Antes da saída**: Unidade de destino informada do tempo de transporte e hora da chegada; contenção adequada do paciente e/ou grades laterais elevadas; equipamentos acomodados, maleta de medicamentos e cilindro de oxigênio fixados com segurança.

Adaptado de Dunn[8]; Urbano[3]; Alamanou[9]; Brunsveld-Rein[7]

- Usualmente, aporte de volume intravenoso é necessário para restaurar e manter pressão arterial satisfatória, perfusão adequada e débito urinário. Pode ser necessário o uso de inotrópicos. Pacientes instáveis podem necessitar de monitorização da pressão venosa central ou da pressão da artéria pulmonar para otimizar as pressões de enchimento cardíacas e o débito cardíaco. [10]
- Paciente hipovolêmicos podem tolerar mal o transporte, e o volume circulante deve ser mantido em valores normais ou supranormais antes da transferência. Um paciente persistentemente hipotenso apesar de ressuscitação adequada não deve ser movimentado até que todas as fontes de sangramento contínuo controláveis com compressão externa (cabeça e membros) tenham sido identificadas e controladas. A exceção são aqueles pacientes com sangramentos intra-cavitários

(tórax e abdome), em que a compressão externa é ineficaz e devem ser transportados, ainda que instáveis, para abordagem cirúrgica. Existem evidências que estes pacientes podem se beneficiar ao serem transportados utilizando a estratégia da hipotensão permissiva (Pressão Arterial Média entre 50 e 60 mmHg), recebendo menos volume para ressuscitação inicial. [11,12]

- Lembre-se que os pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico –TCE, necessitam manter a pressão de perfusão cerebral – PPC acima de 60 mmHg.[13] Fraturas instáveis de ossos longos devem ser imobilizadas para proteção neuro-vascular.[12]
- Os pacientes que vão ser transportados para realização de exames contrastados, especialmente nos casos de demora do transporte, necessitam manter uma hidratação adequada. O uso de diuréticos deve ser evitado nestes pacientes, nas 24 horas que antecedem a realização dos exames e a manutenção da volemia nestes pacientes é a medida mais importante e eficaz na profilaxia da Insuficiência Renal Aguda provocada pelo uso de contrastes.[3]
- Uma sonda de drenagem gástrica deve ser posicionada e todas as vias de infusão e tubos firmemente fixados.
- É importante que estas medidas não deixem de ser tomadas com o intuito de acelerar o transporte. As complicações resultantes da falta destas medidas podem ser impossíveis de serem manuseadas depois que o transporte foi iniciado.
- Todo equipamento deve ser checado, inclusive a carga das baterias e a reserva de oxigênio. As anotações referentes ao caso, radiografias, relatório de transferência, resultados de exames já realizados, bem como os derivados de sangue devem ser preparados com antecedência nos casos de transferência. A unidade para onde o paciente está sendo transferido deve ser avisada da hora estimada de chegada, para que não haja atrasos no recebimento do paciente ou na realização dos exames.
- O transporte dos pacientes neurológicos graves e dos pacientes em estado de choque normalmente geram perigo para o paciente e é especialmente estressante para a equipe encarregada do transporte. No **Quadro 5** ressaltamos pontos de destaque no transporte do paciente em estado de choque. No **Quadro 6** mostramos os cuidados a serem tomados com o paciente neurológico para evitar lesões neurológicas secundárias e levar o transporte a bom termo.

Quadro 5 – Transporte do paciente em estado de choque

- Usar líquidos isotônicos ou hipertônicos para reposição volêmica rápida;
- Não usar líquidos hipotônicos na ressuscitação;
- Corrigir distúrbios ácido-básicos e eletrolíticos;
- Usar acessos venosos calibrosos (profundos ou periféricos);
- Monitorização com Pressão Arterial Invasiva (PAM);

- Uso de bombas de infusão dotadas de baterias para infusão de aminas;
- Ajustar doses de aminas antes do transporte, mantendo PAS > 120 mmHg;
- Adiar ou avaliar suspensão do transporte se o paciente não puder ser estabilizado;
- Levar reserva de soros suficiente para o caso de haver atraso no transporte;
- Manter diluições de aminas já preparadas para troca de frascos durante o transporte, se necessário, sem interrupção da infusão;

Adaptado de Urbano[1,3]; Warren[14]; Carreiro[11]; De Backer[10]

Quadro 6 – Transporte do paciente neurológico

- Evitar lesões secundárias provocadas pelo próprio transporte seja pela diminuição do aporte de oxigênio ou aumento do consumo;
- Diminuem o aporte de oxigênio para o cérebro: hipoxemia e hipotensão arterial:
- Aumentam o consumo de oxigênio pelo cérebro: febre, agitação e convulsões;
- Manter a cabeceira elevada 30° durante todo transporte para facilitar o retorno venoso e diminuir o edema cerebral; se o paciente estiver hipotenso utilizar elevações menores (10° a 15°);
- Manter a cabeça em posição neutra (sem rotação) para evitar distensão das jugulares e diminuição do retorno venoso;
- Imobilização com colar cervical nos politraumatizados;
- Proteção das vias aéreas com uso de TOT (perda do reflexo de tosse e queda de língua), especialmente se Escala de Coma de Glasgow < 9;
- Oxigenação adequada (SpO2 > 95%);
- Manter paciente normoventilado: evitar hipo- ou hipercapnia; monitorizar a $ETCO_2$;
- Evitar hipotensão (e seus reflexos sobre a perfusão cerebral). Manter Pressão de Perfusão Cerebral > 60 mmHg. (PPC = PAM – PIC);
- Tratar agressivamente a febre, a agitação e as convulsões, inclusive durante o deslocamento;
- Corrigir as anemias graves, alterações da glicemia e do sódio (especialmente a hiponatremia);
- Manter a PIC monitorada e controlada durante o transporte;
- Não repor SGI5% (água livre);
- Não usar soluções hipotônicas para reposição volêmica;

Adaptado de Urbano[1,3]; CITIN[13]; Japiassú[15]; Warren[14]; Rojas[26]

- Os preparativos e a indicação do transporte devem ser discutidos com a família. Normalmente a família não deve ir junto com o paciente, mas pode se deslocar até onde o paciente vai e

acompanhar o transporte do paciente sem interferir nas medidas tomadas ou desviar a atenção de quem o realiza.

Equipe multidisciplinar treinada

- O transporte intra-hospitalar de um paciente crítico deve ser realizado por, no mínimo, três pessoas. Nos casos mais complexos, a equipe deve incluir um médico treinado para abordar todas complicações possíveis de ocorrer durante o transporte, inclusive com treinamento em via aérea e procedimentos de emergência; um enfermeiro com formação em terapia intensiva e um fisioterapeuta respiratório, além de um técnico de enfermagem.
- O hospital que possua uma Unidade de Tratamento Intensivo, Pronto Atendimento ou Pronto Socorro e tenha a necessidade de transporte de pacientes graves deve possuir um protocolo de transporte previamente definido, sendo que este deve ser conhecido e cumprido por toda a equipe de transporte. O transporte deve gerar um documento a ser anexado ao prontuário do paciente.[3]
- Durante a realização do transporte deve-se manter contato também com o pessoal onde será realizado o exame ou para onde o paciente está sendo transferido, assim como, com todos que possam agilizar o processo de transporte, de modo a facilitar o acesso a elevadores, manter corredores livres e portas abertas.

Equipamento para o transporte

- A realização do transporte de um paciente grave parte do princípio de que deve ser mantido durante o transporte toda a monitorização necessária ao bem estar e segurança do paciente. De uma maneira geral, deve-se ter uma maca de fácil manejo, com suporte para acoplamento de bombas, monitores e cilindro de oxigênio. A maca, especialmente no transporte do pacien neurológico e com insuficiência respiratória, deve permitir a elevação da cabeceira. Para os pacientes em choque pode ser interessante a elevação das pernas para melhorar temporariamente o retorno venoso.
- Nakamura comparou a ventilação durante o transporte feito por médicos intensivistas com o uso de ventilação manual e a ventilação usando respiradores portáteis e constatou que o uso do respirador portátil proporcionou uma ventilação mais consistente e que os pacientes eram menos propensos a deteriorar a oxigenação.[16] Portanto, para transporte dos pacientes graves, deve-se utilizar respirador de transporte. Estes respiradores devem ser capazes de ventilar pulmões sadios e doentes e as características mínimas necessárias ao ventilador de transporte para uso no paciente grave são: bateria suficiente para todo o transporte; capaz de manter o paciente em ventilação controlada; PEEP estável e regulável; controle independente do Volume Corrente e Frequência Respiratória; Volume Corrente estável mesmo com a complacência pulmonar variável; alarme de

desconexão; FiO2 regulável até 100%. Além disto, outras características desejáveis dos ventiladores de transporte são: resistência, leveza e de facilidade de manejo; baixo consumo de gases; modos ventilatórios ciclados a Volume e Pressão; disparo confortável e habilidade para operar a partir de fontes de oxigênio com pressão de 50 psi.[17,18]

- A fim de facilitarmos o controle da ventilação mecânica, diminuirmos o risco de barotrauma e facilitar o manejo do paciente, sedação profunda pode ser necessária, bem como pode ser necessário a curarização do paciente.
- Para os pacientes com TCE (Traumatismo Cranioencefálico) e PIC (Pressão Intracraniana) lábil, a monitorização contínua da PIC associada à monitorização da capnografia ($ETCO_2$) é de grande utilidade.[9]
- A monitorização contínua da capnografia ($ETCO_2$) é recomendada como monitorização padrão em pacientes graves em ventilação mecânica durante o transporte intrahospitalar em diversos guidelines.[19,20] Além disto a capnografia propicia a mensuração não invasiva do débito cardíaco, espaço morto fisiológico e produção total de CO_2. [21]
- Uso de monitor que informe frequência cardíaca, saturação periférica de O2 (SpO_2) e pressão arterial invasiva são necessários durante o transporte de pacientes graves.[4]
- Durante o transporte, deve-se ter à mão maleta de emergência com os medicamentos especificados no **Quadro 7**. Nos casos de transportes prolongados, as drogas indispensáveis ao paciente (Noradrenalina, sedação), devem estar preparadas para troca dos frascos ao término, sem interrupção da infusão.

Quadro 7 - Medicamentos necessários na maleta de transporte

- Ácido acetilsalicílico, Adenosina, Adrenalina, Agua bi-destilada, Akineton, Aminofilina, Amiodarona, Amplictil, Atropina, Bicarbonato sódio, Captopril, Cisatracúrio, Cloreto de potássio, Diazepam, Dilacoron, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Esmolol, Etomidato, Fenergan, Fenitoína, Fentanil, Furosemida, Glucagon, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Heparina, Hidrocortisona, Isossorbida, Ketamina, Lidocaína, Manitol, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolan, Morfina, Nalbufina, Naloxona, Nitroglicerina, Rocurônio, Paracetamol, Quetamina (dextrocetamina), Ranitidina, Salbutamol, Soro fisiológico, Soro Glicosado Hipertônico, Succinilcolina, Sulfato de magnésio.

Adaptado de: Urbano[3]; Warren[14]

- Na eventual necessidade do uso do desfibrilador automático durante o transporte, deve-se ter especial cuidado com a segurança da equipe.[9]

Transferência

- As transferências não devem ser feitas em alta velocidade e sim de maneira mais tranquila e segura. Deve-se manter a monitorização durante a transferência. Apesar de uma preparação cuidadosa, emergências clínicas imprevistas podem ocorrer; deve-se, então, interromper o transporte na primeira oportunidade e, com segurança, realizar o manuseio do paciente. Não se deve tentar manuseá-lo em movimento, exceto em situações excepcionais.
- Durante a transferência (transporte propriamente dito), o nível do cuidado não pode cair, mesmo aceitando-se que no trânsito é quase impossível realizar qualquer tipo de intervenção no paciente. Monitorização da saturação periférica de oxigênio, gás carbônico expirado, ritmo cardíac temperatura e pressão arterial devem ser contínuas. Já que a medida não-invasiva da pressão arterial é afetada pelo movimento, recomenda-se a monitorização intra-arterial em monitor com módulo de pressão nos pacientes graves.
- Quanto à realização de exames, estes devem ser realizados o mais rápido possível. No local do atendimento deve ser solicitada preferência ao paciente em deslocamento. O médico deve permanecer junto ao paciente, mantendo o suporte necessário. Quando a equipe de transporte não puder permanecer com o paciente durante a realização dos exames, o paciente necessariamente deverá ser acompanhado por profissional treinado, que conheça a situação clínica do paciente e tenha condições de lidar com todas as complicações inerentes ao caso. Nos casos de exames que utilizam radiação ionizante, adequada proteção plúmbica (avental e protetor de pescoço) se faz necessária para o paciente (quando for o caso) e especialmente para a equipe.
- Os processos de transferência do paciente da maca para o local do exame ou leito de destino e vice-versa deve ser realizado por toda a equipe, devendo um membro, geralmente o médico ou o fisioterapeuta, ser o responsável pela manutenção do Tubo Oro Traqueal *in situ*.[3]

Deslocamento

- O deslocamento do paciente dentro de uma mesma unidade de saúde deve ser feito em maca confortável, com rodízio em bom estado de conservação para diminuir o esforço da equipe que dedicará sua atenção e energia exclusivamente à observação do paciente.

Chegada

- Na chegada ao destino, deve haver uma comunicação direta entre os responsáveis pelo transporte e a equipe que vai assumir o caso. Por exemplo: um paciente que vai ser anestesiado para realização de uma Tomografia Computadorizada deve ter seu caso passado diretamente para o anestesista. No caso da transferência do paciente para outra Unidade de Terapia Intensiva o plantonista da unidade deve receber o caso.

- O registro da história do paciente, tratamento, e os eventos importantes que eventualmente tenham ocorrido durante o transporte devem ser acrescentados ao relatório do paciente. A equipe que fez a transferência do paciente fica com a ficha original com dados da transferência e uma cópia deve ser anexada ao prontuário do paciente.[1,3,14]

Eventos Adversos

O paciente grave deve ser monitorado durante todo o transporte pois eventos adversos relacionados ao transporte podem ocorrer. Os eventos adversos relacionados ao transporte normalmente estão relacionados às seguintes variáveis:

- equipe multidisciplinar; equipamentos; alterações fisiológicas inerentes ao paciente.
- A segurança do paciente durante o transporte pode ter melhor garantia com o uso de equipamentos apropriados, equipe com treinamento adequado e o uso de protocolos específicos.
- Os eventos adversos mais frequentes durante o transporte intrahospitalar são as alterações fisiológicas (inerentes ao paciente), seguidas de falhas de equipamentos e da equipe.[2]
- A incidência de eventos adversos é proporcional à duração do transporte, à gravidade do paciente e à experiência da equipe[6], mas há estudos que não encontraram esta correlação com o tempo do transporte intrahospitalar, ou o fato do paciente estar com via aérea artificial e em uso de ventilação artificial.
- A gravidade dos danos associados aos eventos adversos na maioria das vezes é moderado e sem consequências sobre o tempo de permanência na UTI e no Hospital.[22] Entretanto, estudos mais recentes correlacionam a ocorrência de eventos adversos com um aumento do tempo de permanência na UTI e no Hospital.[5]
- Segundo Jia os eventos adversos relacionados aos pacientes podem ser categorizados pela gravidade das alterações que ocorrem nos sinais vitais e gasometria arterial. De acordo com esta gravidade o risco potencial durante o transporte intrahospitalar pode ser considerado Seguro, Urgente ou Crítico. Também podemos categorizar a potencial gravidade por algumas características clínicas enumeradas no **Quadro 8**. [5]

Quadro 8 - Risco potencial de desenvolver Eventos Adversos durante o transporte.

- Categorias de gravidade dos pacientes pela avaliação dos sinais vitais, alterações da gasometria arterial e características clínicas.

	Categoria 0	Categoria 1	Categoria 2

	Seguro	Urgente	Crítico
Dados vitais			
Frequência cardíaca	**50-110**	**41-49 ou 111-129**	**≤ 40 ou ≥ 130**
Frequência Respiratória	**12-25**	**9-11 ou 26-29**	**≤ 8 ou ≥ 30**
Pressão Sistólica (mmHg)	**90-150**	**81-89 ou 151-179**	**≤ 80 ou ≥ 180**
SpO_2 (%)	**≥ 95**	**86-94**	**≤ 85**
Gasometria arterial			
pH	**7,35 – 7,45**	**7,16-7,34 ou 7,46-7,64**	**≤ 7,15 ou ≥ 7,65**
PaO_2 (mmHg)	**≥ 80**	**60-79**	**< 60**
$PaCO_2$ (mmHg)	**35-45**	**21-34 ou 46-50**	**≤ 20 ou ≥ 51**
HCO_3^- (mMol/L)	**22-27**	**11-21 ou 28-39**	**≤ 10 ou ≥ 40**
Lactato (mMol/L)	**< 2**	**2 - 4**	**>4**
Glicemia			
mMol/L	**4,0 – 10,0**	**2,8-3,9ou10,1-18,0**	**<2,8 ou > 18,0**
mg/dL	**71 - 180**	**50-70 ou 181-324**	**< 50 ou > 324**
Características clínicas			
Peso			**≥ 65Kg**
Uso prévio de sedação			**+**
APACHE II			**≥ 20**
Escala de Coma de Glasgow			**≤ 8**
Número de catéteres			**+**
Uso drogas vasoativas durante o transporte			**+**
Transporte de emergência			**+**
Via aérea artificial		**+**	
Ventilação Mecânica		**+**	
Transporte noturno		**+**	
Duração do transporte		**+**	

Múltiplos transportes do mesmo paciente		+	

Adaptado de: Jia[5]; Intensive Care Society[4]

- A garantia de segurança do transporte intra hospitalar pode ser melhorada com a adaptação de listas abrangentes para checagem antes, durante e depois da movimentação do paciente e inclui recomendações para organização da equipe, educação e treinamento no uso de equipamentos e materiais, checagem dos equipamentos e materiais, organização dos procedimentos e processos, comunicação entre os setores e a equipe envolvidos no transporte, preparo e uso da medicação.[7]
- Nenhuma transferência é tão urgente que valha a pena comprometer a segurança do paciente. A garantia de segurança do transporte depende da estabilização prévia do paciente, da antecipação dos riscos e das competências que serão exigidas da equipe durante o transporte. Antecipe, planeje, organize e execute o transporte com segurança.[4] ,

7. REFERÊNCIAS:

Adaptado de Urbano[1,3]; CITIN[13]; Japiassú[15]; Warren[14]; Rojas[26] , Adaptado de Urbano[3]; Fanara[8]; Droogh[6]; Brunsveld-Reinders[7] , Gullahorn G - Intrahospital Transport, em: Civetta J, Taylor R, Kirby R - Critical Care. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997;787-801. 02. Warren J, Fromm RE, Orr RA et al - Guidelines for the inter- and intrahospital transport of the critically ill patients. Crit Care Med, 2004;32:256-262. 03. Runcie CJ, Reeve WR, Wallace PG - Preparation of the critically ill for interhospital transfer. Anaesthesia, 1992;47:327-331.

ANEXOS:

Checklist – Transporte Seguro intra-hospitalar

Nenhuma transferência é tão urgente que valha a pena comprometer a segurança do paciente. A garantia de segurança do transporte depende da estabilização prévia do paciente, da antecipação dos riscos e das competências que serão exigidas da equipe durante o transporte. Antecipe, planeje, organize e execute o transporte com segurança.			**Hora de Saída**	**Hora de chegada**
1. Equipe Completa (Médico + Enfermeiro + Fisio + Técnico)	SIM ( )	NÃO ( )		
2. Paciente com estabilidade Hemodinâmica (Nora <= 0,3mcg/kg/min)	SIM ( )	NÃO ( )		
3. Monitorização Adequada (Monitor + Oximetria)	SIM ( )	NÃO ( )		
4. Ventilação Mecânica Adequada (Sincrônico + RASS < 5)	SIM ( )	NÃO ( )		
5. Bombas de Infusão funcionantes	SIM ( )	NÃO ( )		
6. Pressão arterial segura (PAS >= 100 mmHg ou PAM >= 65 mmHg	SIM ( )	NÃO ( )		
7. Paciente com estabilização prévia (>= 2h)	SIM ( )	NÃO ( )		
8. Paciente com saturação >= 88%	SIM ( )	NÃO ( )		
9. Comunicação com a UTI de destino e leito liberado	SIM ( )	NÃO ( )		
10. Houve intercorrências no percurso do transporte ?	SIM ( )	NÃO ( )		
OBSERVAÇÕES:				
Médico Destino: _____		Médico Transporte: _____		
Enferm. Transporte: _____		Fisio. Transporte: _____		

2.8 Trauma maxilofacial

Trauma Maxilofacial – classificação das lesões faciais
1. Tratamento imediato: lesões faciais que apresentam risco de morte (causando obstrução de via aérea ou hemorragia severa) ou com risco de perda de visão (causando aumento da pressão intraocular) e que demandam intervenções imediatas visando proteger a via respiratória, cessando a hemorragia, ou aliviando a pressão intraocular via cantólise
2. Tratamento necessário dentro de poucas horas: lesões faciais que estejam muito

Via respiratória (com proteção a coluna cervical)

Fraturas de corpo mandibular bilateral favoráveis ao deslocamento podem ocasionar obstrução de via respiratória por queda da musculatura lingual.

O que fazer?

O cirurgião Bucomaxilofacial deve estabilizar a fratura por meio de barras de erich + fio de aço ou por meio de odontossínteses

Esta manobra pode eliminar a necessidade de intubação endotraqueal

NOTA: Em pacientes com pontuação na Escala de Coma de Glasgow inferior a 15, a estabilização do arco mandibular nessas fraturas pode facilitar a respiração espontânea, excluindo a necessidade de intubação endotraqueal, o que permitirá avaliação neurológica adequada.

Trauma Maxilofacial - Circulação	
Face e pescoço são muito vascularizados. Atenção deve ser dada a todas as regiões.	
Couro cabeludo	Rico fornecimento vascular. Lacerações nessa região podem gerar grande sangramento.
	A hemostasia pode ser realizada com Clipes de Raney, grampos ou suturas
Nariz	**Traumas nasais e de terço médio de face podem evoluir rapidamente com sangramento de difícil contenção. Considerações sobre o controle do epistaxe consiste em:** – Proteger vias aéreas (traqueostomia ou intubação endotraqueal se necessidade, como em casos de perda de consciência) – Descartar coagulopatia
O que fazer?	
1. Tamponamento anterior: gaze padrão de meia polegada, umedecida com bacitracina ou vaselinada.	

Sangramento contido?	**sim:**	Deixar tampão por no máximo 48h. Se houver necessidade do tamponamento por mais de 48h, o mesmo deve ser trocado. Cobertura antibiótica pode ser realizada em casos complexos (fraturas expostas associadas com grandes lacerações).
	não:	Retirar o tamponamento anterior. Fazer tamponamento posterior primeiro: Sonda de Foley 14, 16 ou 18 com balão de 10ml; Em seguida fazer tamponamento anterior novamente.
Sangramento contido?	**sim:**	Deixar tampão por no máximo 48h. Se houver necessidade do tamponamento por mais de 48h, o mesmo deve ser trocado. Cobertura antibiótica pode ser realizada em casos mais complexos.
	não:	Procedimentos adicionais: – Radiologia e angiografia intervencionistas para embolização – Ligadura das artérias etmoidais anterior e posterior pela parede média da órbita ou em caso mais graves realizar a ligadura da artéria maxilar por via transantral

Cavidade oral => Se sangramento ativo e paciente consciente:

- Limpeza da cavidade e sutura de partes moles (se a etiologia for de partes moles);
- Limpeza da cavidade e contenção do arco mandibular com barra de erich + fio de aço (se a etiologia for óssea);

Se sangramento ativo e paciente inconsciente: Proteger via aérea antes da hemostasia antes de realizar as manobras descritas acima.

Revisão da Região Maxilofacial

Após a primeira abordagem emergencial descrita acima, uma revisão sistemática da região maxilofacial deve ser realizada conforme apresentado na tabela abaixo:

Sequência sugerida para realizar o exame do sistema de cabeça e pescoço em um paciente com Trauma Maxilofacial	
Região	**Sintomas**
Cabeça	Dor de cabeça, náusea, vômito, perda de consciência após o trauma, fraqueza dos membros, dormência, tontura.
Olhos	Alteração da acuidade visual, visão dupla, dor, olho pulsante.
Ouvidos	Alteração da acuidade auditiva, zumbido nos ouvidos, histórico de corrimento ou sangramento dos ouvidos após o trauma, tontura, dor.
Nariz	Corrimento ou sangramento do nariz após o trauma, dor.
Cavidade oral	Alteração na mordida, dor, limitação na abertura bucal, sangramento, dentes faltantes como resultado do trauma.
Pescoço	Sensibilidade na região da coluna cervical, dor na garganta, alteração na voz, dor ao engolir.
Nervos Cranianos	Adormecimento ou fraqueza de uma área particular da face.
Avaliação	
	- Escoriações e contusões – higienização do ferimento e observação;

1. Tecido mole e couro cabeludo	- Lacerações – Sutura. Dependendo do caso, antibiótico deve ser utilizado (lacerações complexas >5cm);	
	- Avulsões – Retalhos.	
2. Complexo naso-órbito-etmoidal (NOE)	Fraturas nessa região serão acompanhadas de equimose e edema periorbitários e hemorragia subconjuntival;	
	Apresenta-se como depressão na ponte nasal, aumento da distância intercantal (telecantismo). Testes bimanuais e teste elástico devem ser feitos para inspeção de fratura NOE;	
	NOTA: Devido as fraturas NOE também ocorrerem juntamente com fraturas da base do crânio, é importante procurar por quaisquer sinais de vazamento de líquido cefalorraquidiano (LCR).	
	Boa iluminação, espéculo nasal e aspiração são essenciais para uma avaliação correta;	
3. Nariz	Avaliar primeiramente lesões em tecido mole. Lacerações devem ser suturadas. Hematoma septal deve ser drenado o mais breve possível, pois seu tratamento tardio pode levar deformações estéticas importantes; Posteriormente os ossos nasais devem ser avaliados quanto a laterorrinia ou afundamentos, levando a um nariz em sela. Avaliar o nariz por cima do paciente e depois de frente para o mesmo;	
	NOTA: muito cuidado deve ser dado a inspeção nasal, principalmente em traumas nasais associados a traumas NOE ou frontais, visto que o LCR pode ser mascarado quando associado a epistaxe.	
		Pupilas (anisocoria, pupila de Marcus Gunn, pupilas irregulares,

4. Órbita	Lesões orbitárias requerem cuidado especial visto que podem estar associadas a lesões do globo ocular. Desta forma uma sequência rigorosa das estruturas externas e internas a cavidade orbitária deve ser seguida, englobando sempre os seguintes itens:	fixa ou dilatada;
		Pálpebras (ptose, logoftalmo);
		Conjuntiva (hiperemia, quemose, hemorragia);
		Câmara anterior (hifema, abrasões, lacerações);
		Câmara posterior (hemorragia vítrea, deslocamento de retina);
		Distúrbios visuais (diminuição da acuidade visual);
		Diplopia (binocular, monocular);
		Pressão intraocular (diminuída ou aumentada);
		Tecido mole periorbital (telecanto, epífora);
		Posição do globo (hipoglobo, hiperglobo, exoftalmia, enoftalmia).
Área Zigomática	Orelha	Depressão da eminência zigomática (melhor visualizada em vista supero-inferior), crepitação, assimetria facial e equimose são sinais de fraturas do complexo zigomático;
		Avaliar presença de sinal de Battle (equimose retroauricular + otorragia).
	Maxila, Mandíbula e complexo Dento-alveolar	A falta de dentes deve ser avaliada e se positiva, deve ser contabilizada. Radiografias A-P, lateral de tórax e abdominal podem ser feitas para descartar deglutição ou aspiração de dentes ou fragmentos ósseos;
		Próteses dentárias móveis devem ser retiradas durante a

		inspeção;
		Equimose em vestíbulo oral fornecem fortes indícios de fraturas na região. Já equimose em soalho bucal é sinal patognomônico de fratura mandibular.
		Maloclusão, mordida aberta e toque prematuro dentário oferecem forte tendência a fraturas de maxila e/ou de mandíbula.
Traumatismo de Nervos Cranianos	Nervo Olfatório	De difícil análise principalmente em pacientes não colaboradores ou com epistaxe. Caso possibilidade de avaliação deste, suspeitar de fratura de lâmina cribiforme.
	Nervo Óptico	Avaliado por meio da percepção luminosa e acuidade visual;
	Nervo Oculomotor	Lesão neste nervo leva as seguintes alterações: pupila midriática, ptose de pálpebra superior, limitação de movimento dos músculos reto superior, reto inferior, reto medial, oblíquo inferior;
	Nervo troclear	Lesão neste nervo leva a limitação do músculo oblíquo superior;
	Nervo trigêmeo	Parestesias em face (lábio inferior, região infra-orbital e supra-orbital, indicam danos aos ramos deste nervo;
	Nervo abducente	Lesão neste nervo leva a limitação de movimento do músculo reto lateral.

	Nervo facial	Geralmente associadas com lesões lacerantes de face. Deve-se solicitar que o paciente faça movimentação da musculatura da mímica (elevar a fronte, ocluir fortemente as pálpebras, protruir os lábios).
	Nervo vestíbulo-coclear	Distúrbios auditivos podem estar associados a lesão deste nervo.

2.9 ABSCESSO ANORRETAL

1. DEFINIÇÃO

O abscesso é um processo agudo, onde há coleção purulenta acumulada em uma cavidade no tecido como reação a uma infecção ou material estranho. A fístula anal é uma patologia que, muitas vezes coexiste com abscesso anorretal. A relação patológica exata ainda não foi determinada, mas acredita-se que o abscesso anorretal é a forma aguda de uma fístula. O abscesso anorretal é uma condição cirúrgica comum, porém a incidência exata da doença não pode ser estimada uma vez que a maioria dos casos, não necessariamente resultam em hospitalização, como alguns de ruptura espontânea enquanto outros são tratados no consultório médico, sem toda a documentação oficial. O abscesso anorretal geralmente requer intervenção cirúrgica imediata. A compreensão da anatomia anorretal, o conhecimento da fisiopatologia do abscesso anorretal, a identificação de possíveis patologias colorretais que podem contribuir para a presença de um abscesso, bem como, a identificação de possíveis casos complexos que podem exigir drenagem em hospital, são fundamentais a fim de obter uma resposta satisfatória ao tratamento, evitando consequências devastadoras.

2. OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, e organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de abscesso anorretal, com a melhor evidência científica disponível.

3. SIGLAS

Não se aplica.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

6. PROCEDIMENTO

6.1. FLUXOGRAMA

Importante: sempre colher material para cultura

Antibioticoterapia:

Ceftriaxone 2g 1x/dia e Metronidazol 500mg 8/8h - 7 dias

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

8. REFERÊNCIA

- Concise Oxford American Dictionary. New York: Oxford University Press, 2006:3.
- Vasilevsky CA, Gordon PH. Benign Anorectal: Abscess and Fistula. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York:Springer, 2007:192–213.
- Fielding MA, Berry AR. Management of perianal sepsis in a district general hospital. J R Coll Surg Edinb 1992; 37(4):232–234.
- Rickard MJ. Anal abscesses and fistulas. ANZ J Surg 2005; 75(1–2):64–72.
- Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

9. ANEXOS E REGISTROS

Não se aplica.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Mudança padrão documento	

11. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR	FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Diretor técnico	

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE

2.10 APENDICECTOMIA

1. DEFINIÇÃO

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo, e portanto, a apendicectomia é a cirurgia de urgência mais comum no nosso meio. Tanto as técnicas de apendicectomia, quanto o tratamento local e sistêmico pode variar de acordo com o grau de evolução da doença.

O diagnóstico da apendicite aguda pode ser um desafio inclusive para médicos experientes. O atraso no tratamento do agravo resulta em complicações como peritonite localizada ou difusa e consequente formação de abscessos, aumentando muito a morbidade, a mortalidade, a permanência hospitalar e os custos; financeiros e emocionais.

2. OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, a melhor sequência de recursos diagnósticos (laboratoriais e de imagens), bem como os materiais utilizados nesta enfermidade.

Organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de apendicite aguda, com a melhor evidência científica disponível.

3. SIGLAS

AINES: Anti-inflamatório não esteroide

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

FID – Fossa Ilíaca direita

OMA – Otite Média Aguda

US – Ultrassonografia

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico.

5. RESPONSABILIDADE

- Médicos: cirurgião, auxiliar, anestesista, radiologista;
- Equipe de enfermagem.

6. PROCEDIMENTO

6.1. HISTÓRIA E EXAME FÍSICO

Podem ser suficientes para o diagnóstico, sem necessidade de complementação propedêutica, nos casos típicos: dor no quadrante inferior direito, dor periumbilical referida no quadrante inferior direito, defesa localizada no quadrante inferior direito, náuseas, vômitos, anorexia.

Porém, nas localizações atípicas, nas faixas etárias extremas, nas mulheres jovens ou grávidas, nos imunossuprimidos e na apendicite aguda bloqueada, este diagnóstico pode se tornar bastante difícil, sendo necessário a observação, reavaliação clínica e laboratorial.

A propedêutica nos casos de suspeita de apendicite é hierarquizada em sequência de exames. Persistindo a dúvida após os primeiros resultados novos exames serão solicitados a fim de esclarecer o diagnóstico conforme a sequência:

- Exame de urina rotina: afasta diagnóstico de cistite/pielonefrite quando normal;
- Hemograma: leucocitose maior ou igual a 12.000 leucócitos/mm³ sugere apendicite aguda, quando associada a dor migratória em quadrante inferior direito;
- Radiografia: No abdome agudo a radiografia de abdome em decúbito dorsal e em ortostatismo, bem como a radiografia de tórax em PA, afasta outras causas de dor abdominal (suspeita de perfuração visceral ou síndromes obstrutivas intestinais, nefrolitíase, pneumonias de base, com irritação do diafragma);
- Ultrassonografia abdominal: Ajuda no diagnóstico e auxilia a descoberta do grau da apendicite: apêndice com diâmetro ≥ 6 mm, não compressível, presença de apendicolito, ausência de gás no interior, ausência de peristaltismo, alteração da gordura periapendicular e fluxo vascular aumentado no apêndice inflamado;
- Tomografia computadorizada: apêndice com diâmetro > 6 mm, densificação dos planos gordurosos ceco-apendiculares, apendicolito, ar extraluminar, abscesso local;

- Laparoscopia: pode ser diagnóstica e/ou terapêutica. É um exame invasivo que necessita de anestesia geral e portanto, fica reservado para os casos em que não se conseguiu esclarecimento diagnóstico com nenhum outro procedimento. Pode ser útil em pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva - para diferenciação de patologias ginecológicas – em obesos e em dúvidas diagnósticas.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

8. REFERÊNCIA

1 - Lally KP, Cox Jr. CS, Andrassy RJ. Apêndice, p. 1006-1018 In: Townsend Jr CM. Tratado de Cirurgia – Sabinston – 16ª edição Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2003.

2 - Portari Filho PE, Avvad E. Apendicite Aguda, p 1091-1101 In: Petroianu A. Urgências Clínico Cirúrgicas Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.

3 - Schwartz SI. Apendicite Aguda, p. 1185-1196 In: Schwartz SI Princípios de Cirurgia – 6ªedição Ed. Interamericana, McGraw-Hill, México 1996.

4 - Fisher CA,Pinho MS, Ferreira S et al em: Apendicite aguda: existe relação entre o grau evolutivo, idade e o tempo de internação?. Rev.Col.Bras.Cir.vol.32 no.3.Rio Janeiro,mai/jun 2005.

5 - Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

9. ANEXOS E REGISTROS

Não se aplica.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA VERSÃO DESCRIÇÃO AUTOR

001 Elaboração

002 Mudança padrão documento

11. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR	FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Diretor técnico	

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE

2.11 ASMA

1. DEFINIÇÃO

A asma aguda é uma importante causa de procura aos serviços de pronto atendimento e de internações hospitalares, podendo evoluir para o óbito. Mesmo com a conscientização progressiva dos profissionais em relação ao tratamento preventivo, a terapia de resgate é o tratamento mais frequentemente administrado nestes pacientes.

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hipersensibilidade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos, irritantes e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas.

2. OBJETIVO

Estabelecer um protocolo de tratamento da crise aguda de asma em pacientes pediátricos através de avaliação clínica e terapêutica adequadas;

Consolidar a necessidade de uma orientação efetiva na alta da criança;

Evitar retornos desnecessários ao serviço de atendimento de urgência.

3. SIGLAS

ß2 – Medicação Beta 2 – agonista;

ESP – Espaçador para inalação;

FIO2 - Fração inspirada de Oxigênio

O2 - Oxigênio

PaCO2 – Pressão Arterial de Gás Carbônico;

PO2 - Pressão parcial de oxigênio

SAT O2 – Saturação Arterial de Oxigênio;

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação e enfermaria.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

Escore Clínico de Downs e Wood

Escore Clínico para Quantificar Gravidade da Crise de Asma			
Parâmetro	**0**	**1**	**2**
Cianose	Nenhuma	Ar ambiente	FiO^2 = 40%
Murmúrio vesicular	Normais	Variados	Diminuídos ou ausentes
Uso de músculos acessórios	Nenhum	Moderado	Máximo
Sibilância	Mínima	Moderada	Intensa
Função cerebral	Normal	Deprimida ou agitada	Coma

Escore < 5: Crise Leve

Escore ≥ 5 indica falência respiratória eminente: crise moderada

Escore ≥ 7indica falência respiratória: crise grave

Fonte: Wood DW e at Am J Dis Child 1972; 123:227-8.

intensivos

m
iora
idade

Alta Hospitalar
- Manter B_2 via inalatória, prescrever de acordo com a demanda.
- Prednisona, ou Prednisolona, 1 a 2 mg/kg, max. 60 mg, em casa por 5 a 7 dias.
- Avaliação médica no Centro de Saúde 24h após liberação para

Manter no PA
- Manter $ß_2$ via inalatória 5 jatos a cada 60 min até a 4ª hora.
- Associar Ipratrópio 2 jatos de 20 mcg de 1/1 hora, até a 4ª hora. (**A**)
- Manter corticóide oral.

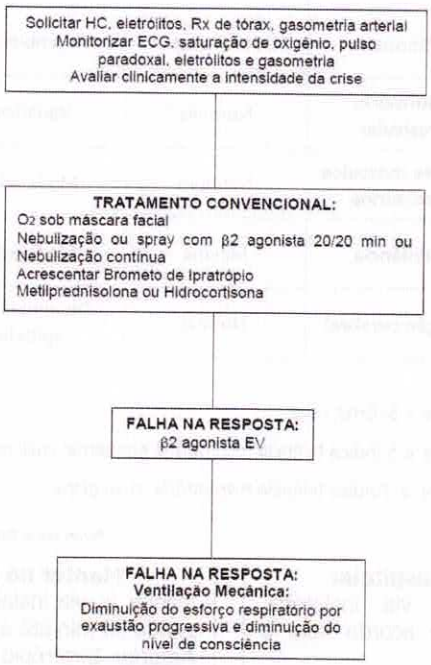
UTI ou leito de emergência
ver conduta específica (**Leito de Urgência e Emergência UTI**)

Resposta clínica

Piora

Melhora
- Manter $ß_2$ via inalatória 5 jatos a cada 4 h.
- Manter Ipratrópio 2 jatos de 20 mcg de 4/4 hora ou de 6/6h.
- Prednisona, ou Prednisolona, 1 a 2 mg/kg, máx 60 mg via oral de 24/24h.

Melhora parcial
- Administrar Sulfato de magnésio em caso de risco de internação.
- Considerar internação se não houver melhora nas primeiras 12h.



6. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

7. REFERÊNCIA

1. Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

2. Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2012 Jornal Brasileiro de Pneumologia. v 38, Suplemento1, p. S1 – S46, Abril 2012.

3. Sole, Dirceu. Asma Aguda na Criança: Aspectos Práticos 2005.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Padronização de modelo	
	002	Mudança padrão documento	

9. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR	FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Diretor técnico	

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE

2.12 CÓLICA URETERAL

INTRODUÇÃO

Litíase renal é uma doença frequente que acomete mais homens que mulheres (atualmente em proporção inferior a 2:1) e pode estar localizada nos rins, ureter, bexiga e uretra. A recorrência da litíase renal é comum e aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão um segundo episódio de litíase, após 5 a 10 anos do primeiro, se não forem submetidos a nenhum tipo de tratamento.

2. OBJETIVO

Consistem em indicar a abordagem imediata da cólica renal, identificar os melhores meios de diagnóstico, assim como apresentar a abordagem diferida num doente com cólica renal por litíase ureteral.

3. SIGLAS

EAS - Elementos anormais e sedimentos

EV - Endovenoso

ITU - Infecção do trato urinário

RX - Radiografia

TC - Tomografia computadorizada

USG - Ultrasonografia

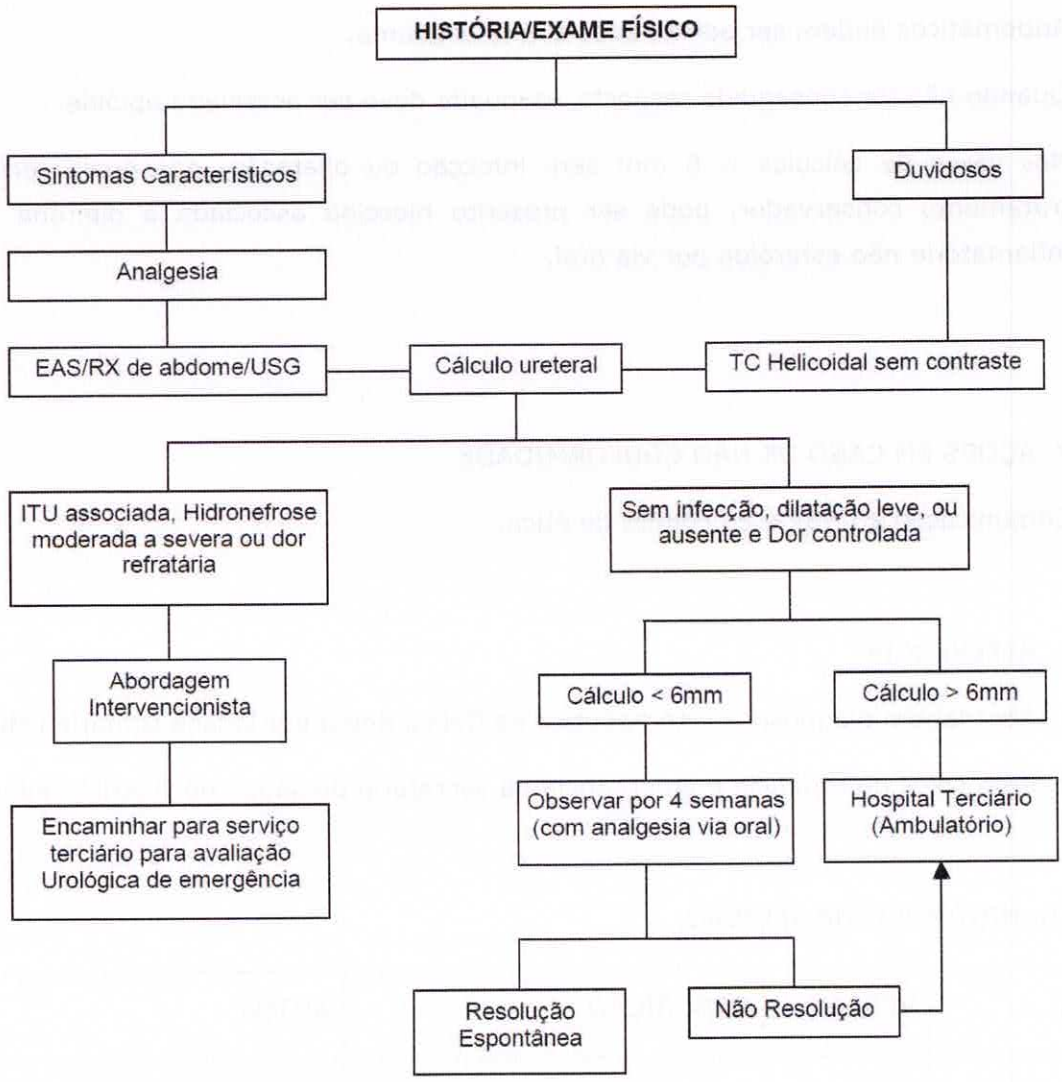
4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

6. FLUXOGRAMA



O tratamento inicial é o controle da dor que pode ser iniciado da seguinte forma:

- Dipirona 03 mL

EV - Hioscina 02 mL

- Tenoxicam 40mg

Antieméticos podem ser adicionados a este esquema.

Quando não for conseguida resposta adequada deve ser associado opióide.

Nos casos de cálculos < 6 mm sem infecção ou dilatação, nos quais será tentado o tratamento conservador, pode ser prescrito hioscina associada à dipirona e um anti-inflamatório não esteróide por via oral.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

8. REFERÊNCIA

1. Abordagem diagnóstica e terapêutica da Cólica Renal por Litíase Urinária FMUC 2014.

2. Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
01/10/2017	001	Padronização de modelo	Dinoel C. Guimarães Filho
14/04/2018	002	Mudança padrão documento	Dinoel C. Guimarães Filho

11. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Dinoel C. Guimarães Filho	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Guilherme S. R. Goyano	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Roberval G. Miranda	Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.13 CONTENÇÃO FÍSICA DOS PACIENTES EM QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA

1 - DEFINIÇÃO

A contenção física se refere ao uso de mecanismos mecânicos ou manuais para restringir a movimentação do paciente quando este oferece riscos para si ou para terceiros. Trata-se de uma conduta excepcional que deve ser cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível e com o mínimo de interferência no tratamento/Projeto Terapêutico.

Para a decisão do uso ou não da contenção física no paciente psiquiátrico é imprescindível que seja realizada uma avaliação rigorosa e global da situação deste, baseada no julgamento clínico bem fundamentado, nas consequências e riscos para o paciente e a equipe assistencial e sob prescrição médica, com o envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente e quando possível, da família. A utilização deste procedimento não deverá ocorrer como punição ou intimidação de pacientes.

2 - OBJETIVO

• Orientar os profissionais de saúde sobre as opções terapêuticas que devem anteceder a indicação de contenção física;

• Indicações, condições e técnica adequada de procedimento da contenção física;

• Proteger os pacientes e a equipe assistencial contra lesões e traumas garantindo a manutenção do tratamento do paciente;

• Prevenir eventos como quedas, ferimentos e contaminação e/ou deslocamento de dispositivos como sondas, catereres, drenos, etc;

• Preservar a integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e da equipe assistencial e o patrimônio da instituição;

• Realizar o procedimento de forma humanizada.

3 - SIGLAS

MMSSII - Membros Superiores e Inferiores;

MMII - Membros Inferiores;

MMSS - Membros Superiores;

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar.

4 - CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto Socorro, observação, enfermaria e centro cirúrgico

5 - RESPONSABILIDADE

Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem, realização e monitorização do procedimento;

6 - MATERIAL

. Algodão

. Faixas

. Lençóis

. Travesseiros

7 - PROCEDIMENTO

Psiquiátricas e Clínicas

• Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a terceiro e que não responderam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas)

• Pacientes em risco de fuga e auto-extermínio;

• Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;

• Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;

• Por solicitação do próprio paciente e/ou família para garantir diagnóstico e tratamento;

• Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou demenciados, drogados ou em síndromes de abstinência;

• Nos casos de agitação pós-operatória;

• Para alguns tipos de exames ou tratamentos;

• Nos casos de pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, etc.

Técnica para a contenção física:

a. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes além do patrimônio da instituição. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Registro de Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na

discussão pelas equipes assistenciais e dos serviços de urgência/emergência da necessidade e tal procedimento para cada paciente numa dada circunstância e suas consequências no tratamento/Projeto Terapêutico Individual do mesmo;

b. Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem comunicar o paciente, os familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física;

c. A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não ultrapassando 2 horas;

d. Nos casos de agitação/agressividade, risco de fuga ou de auto-extermínio determina-se o condutor do processo, de preferência o profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. Este é o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;

e. É um procedimento realizado pela equipe assistencial, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento;

f. Realização da contenção em 4 a 5 pontos do corpo da seguinte forma:

Contenção de tórax:

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama (cuidado para evitar lesões de estiramento do braço e não restringir movimentos respiratórios.

Contenção do abdome:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama. Cuidado para não comprimir vísceras.

Contenção dos joelhos:

• Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;

• Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;

• Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama. Cuidado com garroteamento.

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

• Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;

• Pegar as pontas pelos dois centros;

• Formar com as mesmas um laço com nó;

• Fixar as pontas da faixa no estrado da cama. Cuidado com garroteamento.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

• Colocar o algodão na parte interna das mãos;

• Fechar a mão do paciente;

• Proceder ao enfaixamento com crepom;

• Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem. Manter elevação da cabeceira da cama em todas as situações a fim de evitar aspiração de vômitos e em especial:

• Pacientes em quadro de confusão mental;

• Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias. Avaliar nesses casos a possibilidade de conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

Monitoramento

• Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, avaliação do local da contenção (dor, calor, edema e ferimento) no ato da contenção, a cada 30 minutos e no ato da retirada da contenção, registrando os dados no Registro de Contenção Física.

• A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (hora da contenção, dados vitais, ocorrência de eventos adversos, cuidados prestados e hora da retirada da contenção)

Registros:

• Formulário deve estar disponível em todos os postos de Enfermagem da Unidade;

• Anotação da enfermagem;

• Prescrição médica;

8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

9 - REFERÊNCIA

1. Araujo EM. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(2):94-98.

2. Bernik W, Gouvea FS, Lopes,K.V. Agitação psicomotora: Revisão. Revista Brasileira de Medicina.2010 agosto.;67(8):289-295.

3. Botega NJ. et al . Prevenção do comportamento suicida.Psico.2006.;37(3).

4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>, acesso em: 13/06/2011.

7. GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002. D

8. LEI 10.216 DE 2001. D

10 - ANEXOS E REGISTROS

Não se aplica.

11 - HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	000	Elaboração	
	002	Mudança padrão documento	

12 - APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.14 DIVERTICULITE AGUDA

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a incidência da moléstia diverticular do cólon e de suas complicações tem aumentado. Durante esse período o número de publicações a respeito do tema se expandiu, bem como as opções terapêuticas. Apesar disso, muitas dúvidas persistem e as decisões terapêuticas continuam relativamente imutadas, baseadas muitas vezes em dados antigos e de baixo poder estatístico.

OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, a melhor sequência de recursos diagnósticos (laboratoriais e de imagens). Organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de diverticulite aguda, com a melhor evidência científica disponível.

SIGLAS

USG - Ultrasonografia

TC - Tomografia computadorizada

CAMPO DE APLICAÇÃO

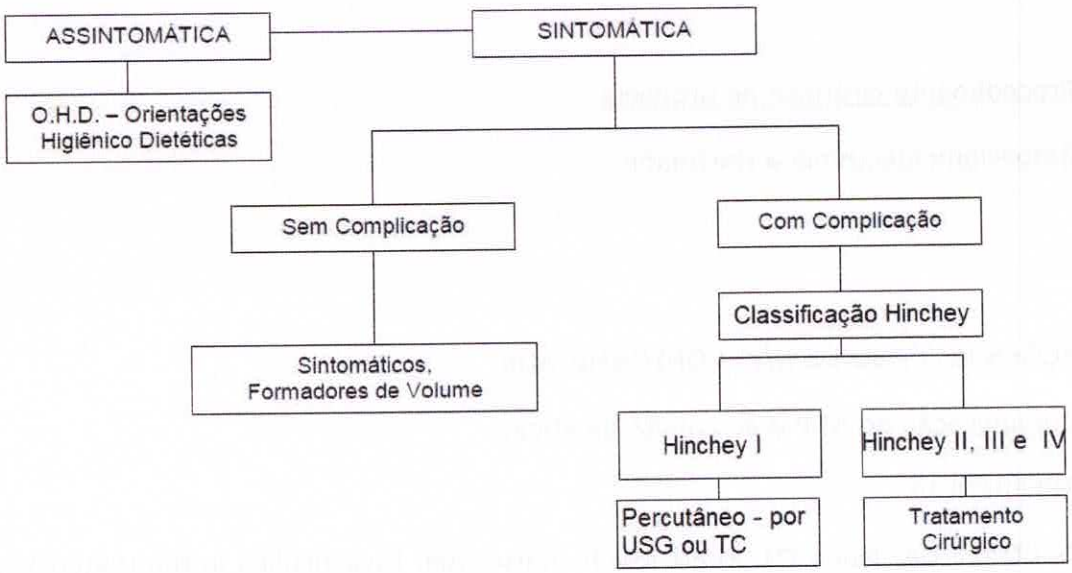
Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

FLUXOGRAMA

DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



Classificação de Hinchey.

I Abscesso pericólico ou flegmão

II Abscesso intra-abdominal ou retroperitoneal

III Peritonite purulenta

IV Peritonite fecal

Diverticulite	Ceftriaxone 2 g 1x/dia + Metronidazol 500 mg 8/8 h ou Gentamicina 240 mg 1x/dia + Metronidazol 500 mg 8/8 h	Mínimo 5 dias, até 72 h sem sinais de infecção

Procedimento cirúrgico de urgência

Retossigmoidectomia a Hartmann

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

REFERÊNCIA

1- Etzioni DA, Mack TM, Beart RW Jr, Kaiser AM. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. Ann Surg. 2009 Feb;249(2):210-7.

2- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. Med J. 1969 Dec 13;4(5684):639- 42.

3- Kang JY, Melville D, Maxwell JD. Epidemiology and management of diverticular disease of the colon. Drugs Aging. 2004;21(4):211-28.

4 - WGO Practice Guidelines Doença Diverticular, 2007.

HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	

	002	Padronização documento	

APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
REVISÃO		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.15 DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA

INTRODUÇÃO

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS.(Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais

onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados.

Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto sã muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: 1- Hemorrágico – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sangüíneas e 2 - Isquêmico – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex.aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem, outras causas como vasculites, dissecção vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnostico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico súbito, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecido. Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas,

fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas;

esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, e organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de doença cerebrovascular na urgência, com a melhor evidência científica disponível.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria.

RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

ELEMENTOS TEÓRICOS

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final.

Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação.

Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, RX de Tórax e ECG.

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sangüíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pi evolução clínica.

Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (> 220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecção aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicações para controle da hipertensão utilizadas previamente ao evento, podem ser mantidas. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato. Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	EMBÓLICO	ATEROSCLEROSE DE GRANDES ARTÉRIAS	OCLUSÃO PEQUENAS ARTÉRIAS	OUTROS (E.G. VASCULOPATIAS E COAGULOPATIAS)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Paciente jovem, história pessoal e familiar de tromboses, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, VHS, provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Tromboses de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-alvos atingidos.	HAS fumo, Alcoolismo, hereditariedade.	.Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idodos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves, Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias,

dissecção arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da

anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possíve.. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrolíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV.

Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia descompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com freqüência, em hemorragias volumosas ou no 3º-5º dia de infartos extensos.

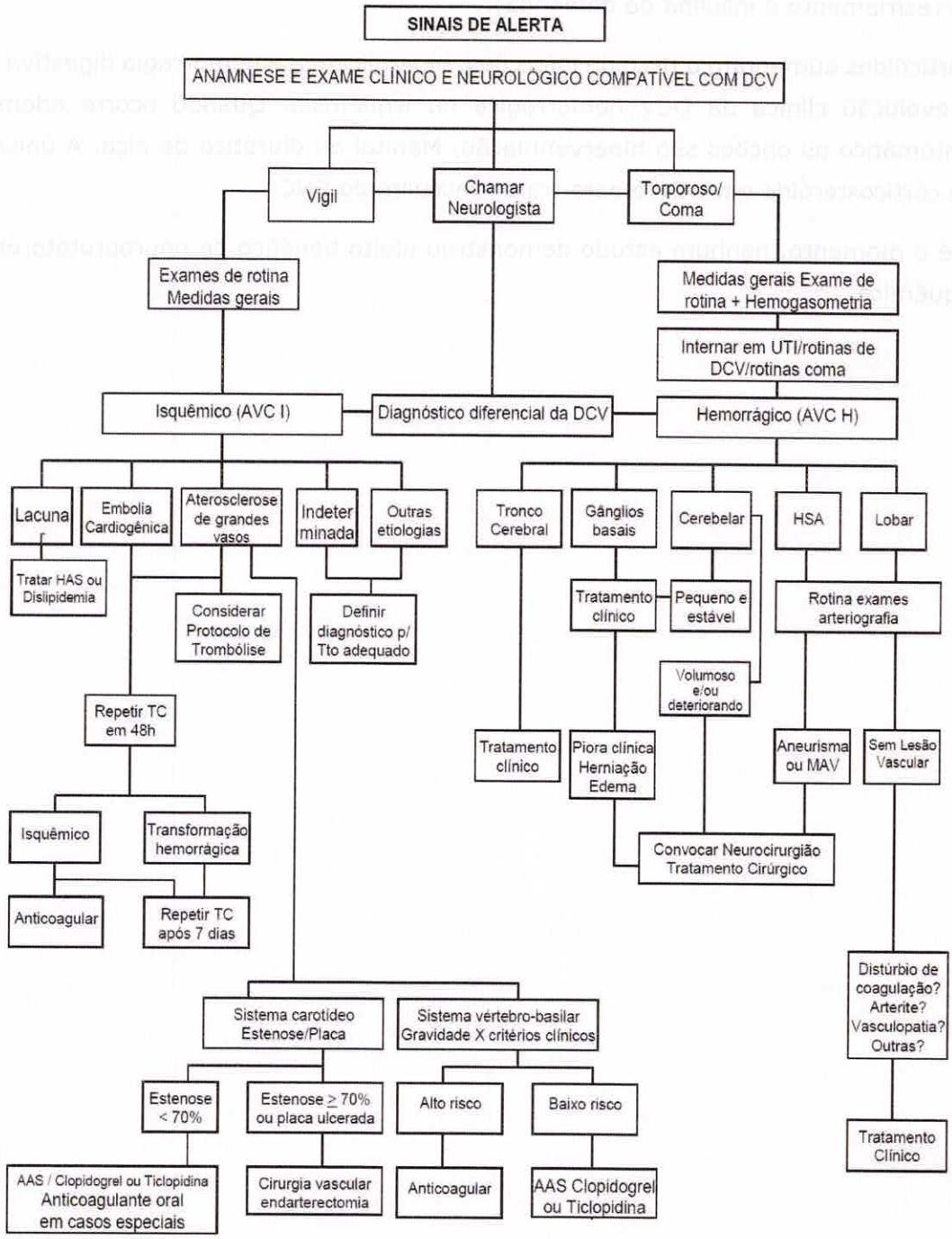
Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda).

Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR (DCV) AGUDA



AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

REFERÊNCIA

1. Concise Oxford American Dictionary. New York: Oxford University Press, 2006:3.

2. Vasilevsky CA, Gordon PH. Benign Anorectal: Abscess and Fistula. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York:Springer, 2007:192–213.

3. Fielding MA, Berry AR. Management of perianal sepsis in a district general hospital. J R Coll Surg Edinb 1992; 37(4):232–234.

4. Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Padronização de modelo	

APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
REVISÃO		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.16FECALOMA

INTRODUÇÃO

O fecaloma resume-se em uma grande massa de fezes endurecidas localizadas no reto e, em certos casos, no colón sigmóide, que causa uma obstrução crônica do trânsito intestinal, podendo ocasionar megacólon ou constipação crônica.

Algumas moléstias, como a doença de Chagas, doença de Hirschsprung e certos danos ao sistema nervoso autônomo na mucosa intestinal podem levar a formação de fecalomas de grandes proporções. Dentre outras causas estão os hábitos intestinais deficientes, falta atividade física, desidratação, dieta inadequada (pobre na ingestão de líquidos, principalmente), uso de fármacos que induzem a constipação ou uma limpeza intestinal insuficiente após realização de enema baritado ou ingestão de bário para realização de exames radiográficos.

A remoção dessa massa pode ser feita por meio de lavagens de limpeza, uso de supositórios, laxantes e em último caso, quando nada surte efeito, pode ser feita a remoção manual. Este último é contra-indicado durante o período gestacional; depois de procedimentos cirúrgicos reconstrutivos retais, geniturinários, abdominais, perineais ou ginecológicos; em indivíduos com infarto do miocárdio, insuficiência coronária, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, bloqueio cardíaco e síndrome de Stokes-Adams que não é tratada com

marcapasso; e nas situações de pacientes com sangramento gastrointestinal ou vaginal, hemorróidas, pólipos retais ou problema envolvendo as células sanguíneas.

OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, e organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com fecaloma.

CAMPO DE APLICAÇÃO

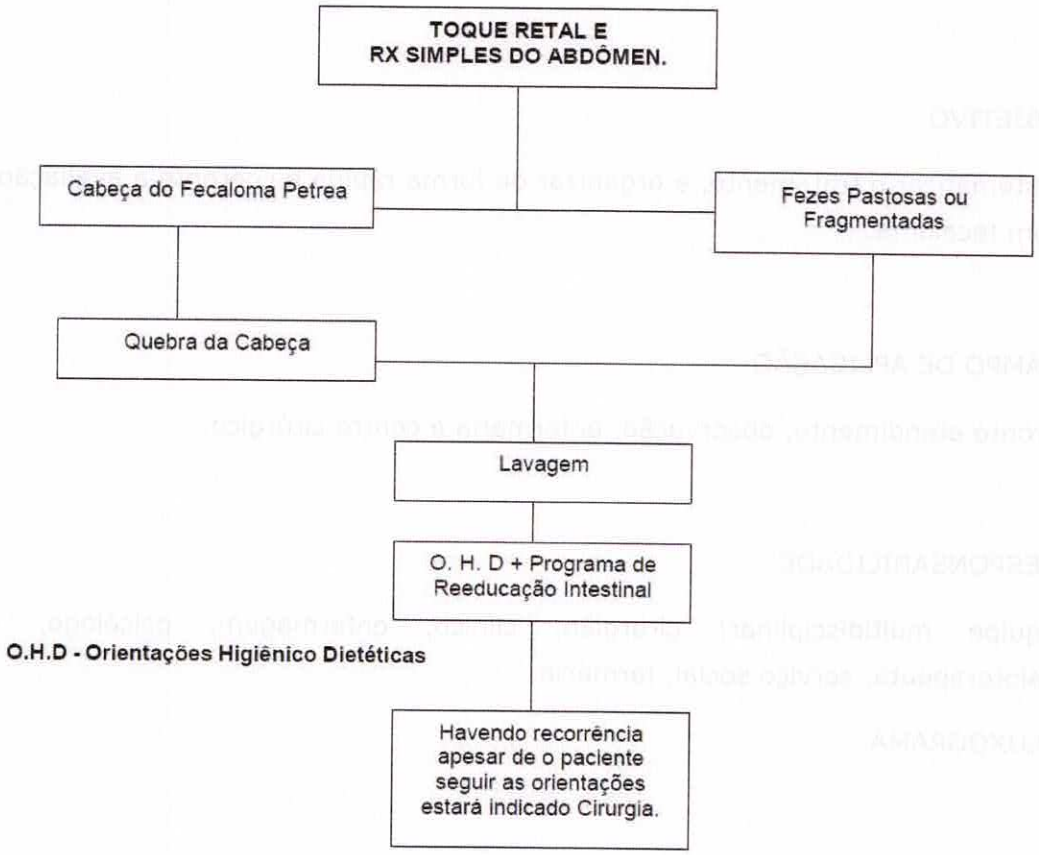
Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

FLUXOGRAMA

FECALOMA



O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

*** A Cirurgia sérá aquela em que o serviço tenha maior experiência.**

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

REFERÊNCIA

1 - PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR SMALL BOWEL OBSTRUCTION EAST Practice Parameter Workgroup for Management of Small Bowel Obstruction, 2007

2 - Sabiston Textbook of Surgery. Townsend et al. 18th edition. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008

3 - Clinica Cirúrgica. Editores: Joaquim Gama-Rodrigues, Marcel Cerqueira Cesar Machado, Samir Rasslan- Barueri-SP. Manole, 2008

4 - Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Padronização de modelo	

APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
REVISÃO		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.17 PROTOCOLO AVC ISQUÊMICO

SUMÁRIO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causa de morte entre adultos no Brasil. A doença pode ocorrer em qualquer idade, no entanto a incidência é maior no idoso, dobrando a cada década a partir dos 65 anos de idade. A doença é de instalação súbita e se caracteriza por sinais e sintomas de disfunção encefálica focal ou global com duração maior de 24 horas com etiologia vascular. Estima-se que 80-85% dos episódios sejam isquêmicos e 15-20% hemorrágicos. Os fatores de risco para a doença são bem conhecidos e o seu controle leva a significativas reduções na incidência da doença.

Nos últimos anos as técnicas diagnósticas evoluíram e surgiram medidas terapêuticas eficazes na fase aguda da doença, que levam a uma mudança de atitude. O AVC deve se considerado como uma emergência médica. O objetivo deste protocolo é difundir os conhecimentos atuais de diagnóstico e tratamento emergencial do AVC Isquêmico entre os médicos neurologista e de outras especialidades do Hospital Hugo, a fim de uniformizar as nossas condutas. As condutas apresentadas foram baseadas em ensaios clínicos com seus respectivos níveis de evidência e os últimos guidelines da American Heart Association e European Stroke Iniciative.

Tabela de conteúdo

Níveis de evidência (TABELA 1)

Sinais de alerta para AVC (TABELA 2)

Fatores de risco para AVC (TABELA 3)

Principais diagnósticos diferenciais (TABELA 4)

Síndromes neurovasculares

Unidade Vascular

Manejo emergencial diagnóstico e terapêutico

Tratamento antitrombótico

Manejo das complicações

Fluxograma de manejo do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

TABELA 1. Níveis de evidência e graus de recomendação para manejo de pacientes com AVC Isquêmico.

Nível de Evidência

Nível I Dados de ensaios clínicos randomizados com baixos percentuais de falsos-positivos (erro tipo alfa) e falso-negativos (erro tipo beta).

Nível II Dados de ensaios clínicos randomizados com altos percentuais de falsos-positivos (erro tipo alfa) e falso-negativos (erro tipo beta).

Nível III Dados de estudos de coorte ou caso controle não randomizados.

Nível IV Dados de estudos de coorte ou caso controle não randomizados usando controles históricos.

Nível V Dados de estudos com séries de caso, casos anedotais, opiniões de médicos experientes.

Força da recomendação Grau A Suportado por nível I Grau B Suportado por nível II Grau C Suportado por nível III, IV, V.

Tabela 2. Sinais clínicos de alerta para AVC

Perda de força súbita de um braço e/ou perna e/ou face especialmente em hemicorpo

Parestesias súbitas em um braço e/ou perna e/ou face especialmente em hemicorpo

Dificuldades de falar e/ou entender a fala

Cefaléia súbita e intensa, rigidez de nuca

Perda súbita da coordenação de um membro ou hemicorpo

Alterações súbitas do equilíbrio

-Alterações visuais súbitas como amaurose, borramento visual uni ou bilateral, perda do campo visual ou visão dupla.

Tabela 3. Fatores de risco para AVC

Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus

Dislipidemia Obesidade Sedentarismo Cardiopatias Tabagismo Alcoolismo

História familiar de AVC AVC/AIT prévios

Trauma recente (dissecções) Uso de drogas

Enxaqueca

Tabela 4. Diagnóstico diferencial na fase aguda do AVC Hipoglicemia

Crise epiléptica/ "Paralisia de Todd"

Síncope

Aura enxaquecosa Intoxicações Tumores Neuroinfecções Trauma craniano Esclerose Múltipla Vertigem periférica

Outros distúrbios metabólicos Histeria

Mecanismos Fisiopatogênicos das DCV

As DCV tem fisiopatogenias distintas tanto nos infartos isquêmicos cerebrais quanto nas hemorragias espontâneas cerebrais.

A DCV isquêmica tem 3 mecanismos fisiopatogênicos: Os infartos trombóticos, embólicos e os hipoperfusionais. O mecanismo trombótico ocorre geralmente em pacientes com fatores de risco para doença aterosclerótica

(hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, tabagismo e dislipidemias) e é neste caso chamado de aterotrombótico.

A doença ateromatosa pode envolver grandes vasos da circulação anterior como as carótidas e da circulação posterior como o tronco vértebro basilar, ou pequenos ramos perfurantes dando origem a pequenos infartos denominados de lacunas isquêmicas. Outros tipos de tromboses arteriais cerebrais se relacionam a vasculopatias não ateroscleróticas

como as dissecções de grandes artérias, as vasculites e as relacionadas as trombofilias e síndromes de hiperviscosidade. As embolias cerebrais ocorrem em pacientes com fontes emboligênicas cardíacas ou com doença ateromatosa de grandes vasos como a aorta e seus ramos ascendentes(embolia artéria-artéria) . Os infartos perfusionais ocorrem no contexto de uma hipotensão arterial sustentada , ocorrem normalmente em pacientes com doença ateromatosa de grandes vasos extra e intracranianos.

As hemorragias cerebrais também apresentam mecanismos fisiopatogênicos distintos e se dividem na hemorragia intraparenquimatosa cerebral e a subaracnóide.

Para se determinar o mecanismo fisiopatogênico do AVC, uma série de dados clínicos são utilizados em conjunção com achados de exame neurológico, levando a formulação de uma hipótese fisiopatogênica e topográfica neurovascular de cada caso. A tabela 1 mostra os dados clínicos fundamentais para formulação da hipótese fisiopatogênica.

Tabela 1 – Dados clínicos utilizados na formulação da hipótese fisiopatogênica

Histórico pessoal e familiar do paciente

Presença e natureza de AVC e AIT prévios

Horário e atividade no início dos sintomas

Padrão de instalação e progressão dos sintomas

Sintomas clínicos associados

Exame clínico e neurológico

Histórico pessoal e familiar do paciente

As patologias prévias apresentadas pelo paciente podem predispor a um ou outro mecanismo fisiopatogênico. Pacientes com histórico de aterosclerose coronariana e vasculopatia periférica tem aumentada chance de doença carotídea extra e/ou intracraniana. Pacientes hipertensos severos tem maior chance de

hemorragia intraparenquimatosa, cardiopatas com infarto do miocárdio anterior prévio, miocardiopatia dilatada, fibrilados tem maior chance de fenômenos cardioembólicos como exemplos.

Presença e natureza do AVC e /ou AIT prévios

A presença de múltiplos AITs no mesmo território arterial são precursores freqüentes de AVC trombótico. Pacientes com episódio de fraqueza transitória de um hemicorpo e outro episódio caracterizado por amaurose fugaz do olho contralateral virtualmente define doença carotídea como mecanismo dos eventos.

A presença, natureza e a duração dos AITs também ajudam a definir o mecanismo. Em pacientes com AVC relacionado a doença aterosclerótica de grandes vasos os AITs são mais freqüentes (50%) em comparação a pacientes com doença de pequenos vasos (23%)(Mohr e cols 1978). Além de menos freqüentes na doença lacunar, os eventos tendem a ser estereotipados envolvendo todo um hemicorpo, diferente dos eventos relacionados a grandes artérias que podem envolver mão em um evento, face e afasia em outro, por exemplo,(Caplan 2000) .

Eventos transitórios isolados e mais duradouros podem ser relacionados a embolismos. Os eventos rápidos e muito freqüentes em um mesmo território vascular podem ser relacionados a estenose crítica de uma artéria. Pacientes que apresentam AVC ou AIT prévios em diferentes circulações como a anterior e posterior e/ou eventos em hemisférios opostos, provavelmente tem fonte embólica.

Horário e atividade no início dos sintomas.

A maioria dos eventos, tanto isquêmicos como hemorrágicos ocorrem logo após o despertar até as 10 horas quando o paciente está iniciando as atividades do dia (Marler e cols 1989 e Sloan e cols 1990). Em comparação a eventos embólicos, os eventos trombóticos ocorrem mais freqüentemente quando a circulação está mais lenta, à noite ou mesmo durante um

cochilo. Nas embolias e hemorragias acontece o contrário, podendo ocorrer durante atividade física vigorosa ou até mesmo durante

o ato sexual. Um horário particularmente comum de embolismos é ao amanhecer ("êmbolo matutino") ou em situações de manobras de Valsalva (tossir, espirrar, esforço urinário) (Caplan 2000).

Padrão de instalação e progressão dos sintomas.

Déficits com alguma recuperação raramente são ocasionados por hemorragias. Nestes casos normalmente o desenvolvimento dos sintomas neurológicos é gradual e associados com sintomas de aumento da pressão intracraniana. Pacientes que apresentam sintomas máximos desde o início do quadro, sem cefaléia, e com alguma recuperação podem estar apresentando quadro cardioembólico. Entretanto, nestes casos é muito difícil a diferenciação com trombose de grande vaso e embolização artéria-artéria. Sintomas neurológicos que melhoram e pioram nas primeiras horas do evento, exibindo alguma flutuação provavelmente são de origem trombótica (Caplan 2000).

Sinais e sintomas associados (Isquemia X Hemorragia).

A presença de cefaléia, vômitos e perda de consciência são importantes para o diagnóstico de hemorragia intracraniana. História de cefaléia súbita, intensa ("explosiva"), acompanhada ou não de fotofobia, rigidez de nuca (que pode aparecer até 6h após vômitos, confusão mental, torpor, perda da consciência transitória ou déficits focais sugerem fortemente o diagnóstico de hemorragia subaracnóidea. O sintoma cefaléia é incomum em eventos isquêmicos, quando ocorre fala a favor de oclusão de grande vaso intra ou extracraniano ou dissecção vascular. Episódio convulsivo no início do quadro pode estar associado a hemorragia ou embolia. Além das hemorragias, sintomas de vômito podem ocorrer em eventos isquêmicos da circulação posterior, geralmente por envolvimento do centro do vômito no assoalho do IV ventrículo. Vômitos são raros em quadros de comprometimento da circulação anterior.

Exame Clínico e Neurológico.

É fundamental a avaliação do sistema cardiovascular, auscultando-se o ritmo cardíaco, a freqüência e verificando-se a presença de sopros, assim como a avaliação dos pulsos

periféricos, carotídeos e vertebrais por palpação e ausculta. A presença de pulsos braquial e radial assimétricos sugere a possibilidade de doença aterosclerótica do arco aórtico ou da artéria subclávia, sendo necessária a medição da pressão arterial nos dois braços.

Ë importante palpar e auscultar ao longo das carótidas, lembrando que um pulso carotídeo normal significa carótida comum patente e não a interna. Os sopros de várias outras causas, que não a estenose carotídea são audíveis em toda a extensão, mas mais intensos na fossa supraclavicular, além de serem mais curtos.

Os sopros de estenose carotídea são mais focais, de alta intensidade, mais audíveis na bifurcação e menos na base. Sempre auscultar a fossa supraclavicular, na tentativa de avaliar as artérias vertebrais e subclávias.

No fundo do olho deve se buscar evidências de êmbolos de cristais de colesterol, alterações crônicas secundárias à hipertensão arterial e hemorragia subhialióide (em casos de suspeita de hemorragia subaracnóide). O exame neurológico deve ser completo, tentando estabelecer topografia vascular e cerebral envolvidas.

Subtipos de AVC

2.1.1Aterotrombose de grandes artérias da circulação anterior

A artéria mais acometida é a carótida interna (ACI) com lesões estenóticas geralmente iniciando-se na porção distal da artéria carótida comum estendendo para o seu óstio e os centímetros iniciais do vaso (Caplan 2000). Este tipo de lesão é encontrado mais em brancos que pretos e asiáticos, mais em homens que mulheres (Gorelick e cols 1984 e Caplan e cols 1986). Estes pacientes freqüentemente apresentam doença oclusiva sintomática coronariana, de vasos ilíacos e femorais (Mohr e cols 1978). As placas ateroscleróticas vão estreitando a luz da ACI, freqüentemente, rompem a camada fibrosa sangram e ulceram ativando a cascata da coagulação que promove a formação de agregados fibrinoplaquetários que aumentam o grau de estenose e embolizam distalmente provocando sintomas definitivos ou transitórios. A oclusão de carótida pode levar a um AVC por dois mecanismos: O primeiro e mais comum é a embolização distal do trombo fresco para a artéria cerebral média e artéria cerebral anterior e seus ramos. O segundo mecanismo é a isquemia do

território distal, limítrofe entre as anastomoses corticais e subcorticais entre as maiores artérias do cérebro.

A doença aterosclerótica da artéria carótida interna intracraniana é mais comum no "sifão carotídeo", porção da artéria em forma de S que se inicia desde a entrada da carótida no forame carotídeo até a porção justa ao seio cavernoso. A epidemiologia é semelhante à doença da origem carotídea exceto pelas altas incidências desta lesão em pretos (Gorelick e cols1984). Estudos em grupos de pacientes com doença ateromatosa do sifão carotídeo demonstram altas incidências de AVC, comorbidade freqüente com estenose carotídea extracraniana e altas taxas de mortalidade por doença arterial coronariana (Marzewski e cols 1982, Craig e cols 1982, Wechsler e cols 1986). Diferente das oclusões carotídeas proximais, a oclusão

da bifurcação da carótida, também chamada "T" carotídeo são quase que exclusivamente embólicos, levando a extensos infartos com comprometimento de ambas as artérias, cerebral anterior e cerebral média.

A doença ateromatosa da artéria cerebral média, e seus ramos são incomuns em pacientes caucasianos (Mohr e cols 1978), sendo freqüentemente encontradas em orientais e africanos (Russo 1981, Caplan e cols 1986). Estes pacientes são na maioria mulheres, hipertensos, diabéticos, e apresentam menor comorbidade com doença arterial coronariana e periférica e menores incidências de hipercolesterolemia comparados com pacientes co doença ateromatosa das carótidas internas (Feldman e cols 1990, Yoo e cols 1998). Pacientes com oclusão aterotrombótica da artéria cerebral média geralmente desenvolvem seus sintomas mais gradualmente comparados à pacientes com oclusão carotídea (Caplan e cols 1985 e Yoo e cols 1998). Pacientes geralmente iniciam os primeiros sintomas ao despertar pela manhã ou após um cochilo durante o dia e tem alta incidência de flutuação e progressão dos sintomas nos primeiros 7 dias (Caplan 2000). A grande maioria dos infartos cerebrais por oclusão da artéria cerebral média são cardioembólicos ou por embolia carotídea.

Doença intrínseca ateromatosa das artérias cerebrais anteriores é incomum, quando ocorre geralmente está associada a doença oclusiva da artéria carótida interna extracraniana e artéria cerebral média com múltiplos infartos prévios (Caplan 2000). Em uma série de

pacientes com oclusão da artéria cerebral anterior, a grande maioria dos pacientes exibiam estenose severa na origem da carótida interna e sifão carotídeo ipsilateral (Gacs e cols 1983). Caracteristicamente oclusões da artéria cerebral anterior são embólicas a partir de placas carotídeas proximais ou cardioembólicos (Bogousslavsky e Regli 1990).

2.2.2 Aterotrombose de grandes artérias da circulação posterior

A doença ateromatosa da circulação posterior envolve as artérias subclávias, vertebrais, tronco basilar e as artérias cerebrais posteriores. Pacientes com doença ateromatosa das artérias subclávias são na maioria das vezes assintomáticos. Doença ateromatosa é mais comum na porção proximal da artéria antes da origem da artéria vertebral e é frequentemente associada com doença arterial coronariana, carotídea extracraniana e ilíacas. Os sintomas neurológicos são secundários ao roubo de fluxo das artérias vertebrais (síndrome do roubo subclávio) em pacientes com severa estenose ou oclusão das artérias subclávias.

A doença ateromatosa das artérias vertebrais se localiza preferencialmente no seu óstio junto as artérias subclávias e tem características epidemiológicas muito semelhantes a doença carotídea extracraniana apresentando- se frequentemente simultaneamente no mesmo indivíduo (Caplan 2000). Os sintomas neurológicos são causados mais frequentemente por embolização de material trombótico e fibrino plaquetário originados na placa (Caplan 1996, Wityk e cols 1998). Sintomas relacionados a hipofluxo distal a uma estenose ou oclusão de vertebral extracraniana são menos comuns por existirem duas artérias vertebrais que alimentam o tronco basilar, e uma excelente rede de circulação colateral por artérias cervicais profundas, tireocervicais e artérias occipitais.

A doença ateromatosa da artéria vertebral intracraniana é menos frequente e se localiza preferencialmente na junção com a artéria basilar e algumas vezes logo após perfurar a dura mater para entrar no crânio (Caplan 1996, Chin e cols 1999). A oclusão geralmente provoca sintomas isquêmicos mais graves com relação a oclusão da porção extracraniana que pode ser assintomática.

A doença aterosclerótica da artéria basilar é menos frequente com relação às artérias vertebrais. As lesões são geralmente nos primeiros poucos centíimetros da artéria, menos frequentemente envolvendo os terços médio e distal (Pessin e cols 1989, caplan 1996).

Estes pacientes caracteristicamente têm alta frequência de lesões em coronárias, carótidas, artérias ilíacas e femorais. Os sintomas neurológicos se relacionam com a oclusão arterial e sintomas locais ou embolização distal para as artérias cerebrais posteriores e seus ramos.

A doença ateromatosa das artérias cerebrais posteriores é menos comum que no território vértebro-basilar, com lesões geralmente locaizadas na origem da artéria, junto ao tronco basilar. A grande maioria das oclusões desta artéria são embólicas cardíacas ou artéria-artéria vértebro-basilar (Caplan 1996).

2.2.3. Doença vascular de pequenas artérias (lacunas)

A doença das pequenas artérias, ramos perfurantes de grandes vasos da circulação anterior e posterior, levam a pequenos infartos subcorticais cerebrais e no tronco encefálico que são denominados infartos lacunares. A definição radiológica de um infarto lacunar diz respeito a pequenas áreas de infarto cerebral subcorticais menores de 15 mm correspondentes ao território de uma artéria perfurante em exames de tomografia de crânio ou Ressonância magnética. Sob aspecto clínico existem síndromes clínicas que são preditivas de infartos lacunares, caracterizadas

por hemiparesia isolada, hemihipoestesia isolada, hemiparesia-hipoestesia, disartria e mão inábil e hemiparesia atáxica (Bogousslavsky e Fisher 1999).

A fisiopatogenia dos infartos lacunares é caracterizada por lipohialinose e degeneraç fibrinóide progressivas que resultam em estreitamentos e oclusões destes já estreitos vasos perfurantes. Outro mecanismo responsável por oclusões destas pequenas artérias é a formação de microateromas na origem do vaso perfurante. Estas lesões são normalmente mais comuns em ramos da artéria basilar, coroidéias anteriores e tálamo-geniculadas (Caplan 2000). As alterações lipohialinóticas e a degeneração fibrinóide são caracteristicamente relacionadas a hipertensão arterial sistêmica e o mecanismo ateromatoso poderia explicar os casos de infartos lacunares em pacientes normotensos (Caplan 2000). Os fatores de risco mais importantes para infartos lacunares são em ordem de freqüência a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo. São definidos na literatura dois subgrupos de pacientes com infarto lacunar: Pacientes com simples infarto lacunar e fatores de risco para doença ateromatosa, que provavelmente exibem

microateromatose e pacientes com múltiplos infartos lacunares que provavelmente tenham doença lipohialinótica difusa por hipertensão arterial. (Bogousslavsky e Fisher 1999).

2.2.4 Embolias cerebrais

Um dos mecanismos fisiopatogênicos mais freqüentes de um AVC é o embólico. Uma variedade de partículas saem do coração, aorta e artérias cervicais e intracranianas proximais para ocluir vasos distais. Embolias são de instalação mais súbita e geralmente causam sinais neurológicos intensos desde o seu início. Pacientes com múltiplos territórios vasculares envolvidos e acometimento cortical normalmente demonstram uma fonte emboligênica. Aproximadamente 80% dos êmbolos de origem cardíaca se alojam na circulação anterior, divididos igualmente entre os 2 hemisférios e 20% para a circulação posterior (Caplan 1983 e Bogousslavsky 1988). Pacientes geralmente infartam o córtex cerebral em forma de uma cunha, pois êmbolos que atravessam a circulação carotídea em direção intracraniana geralmente se alojam nas artérias distais seguindo o sentido do fluxo, artérias estas que irrigam as zonas corticais. Êmbolos maiores podem ocluir a carótida interna e a bifurcação carotídea intracraniana chamada de "T" carotídeo, mas geralmente ocluem a artéria cerebral média e seus ramos corticais. Embolismo para uma artéria perfurante é muito raro visto do ângulo de 90 graus que formam com a artéria cerebral média. Quanto a natureza e composição dos êmbolos na

circulação cerebral, são normalmente de 3 tipos: cálcicos, originários de válvulas cardíacas, fibrino-plaquetários ou trombo branco vindo de grandes artérias cervicais, cerebrais e aorta e fibrino-eritrocitário ou trombo vermelho originário das cavidades cardíacas e eventualmente de grandes artérias cervicais e cerebrais proximais. Na circulação posterior êmbolos geralmente se alojam nas artérias cerebelares póstero inferiores, cerebelares superiores e artérias cerebrais posteriores. Êmbolos maiores podem ocluir as artérias vertebrais extra e intracranianas e mais raramente o topo da artéria basilar. Uma característica patológica do embolismo cerebral são as altas taxas de transformação hemorrágica. O mecanismo mais provável para este fato é a progressão distal do trombo dentro da artéria, reperfundindo tecido cerebral e vasos sanguíneos isquêmicos que acabam rompendo-se (Fisher e Adams 1987). As fontes embólicas cardíacas mais comuns estão explicitadas na tabela 2.

Tabela 2 Causas de cardioembolismo

Alto Risco:	Médio Risco:
Válvula metálica	Prolapso de válvula mitral Estenose mitral com fibrilação atrial
Calcificação do anel mitral Fibrilação atrial (exceto FA isolada)	Estenose mitral
Trombo atrial esquerdo	Turbulência atrial esquerda
Síndrome do nodo sinusal	Aneurisma de septo atrial IAM recente (• 4 semanas)
Forame oval patente	
Trombo em ventrículo esquerdo	Válvula biológica
Cardiomiopatia dilatada	Fibrilação atrial isolada Segmento ventricular esquerdo acinético
Flutter atrial	
Mixoma atrial	Endocardite não infecciosa
Endocardite infecciosa	Hipocinesia ventricular

Infartos hipoperfusionais

O cérebro é particularmente vulnerável a quedas da perfusão cerebral, geralmente causadas por insuficiência cardíaca, arritmias ou durante episódios de choques hipovolêmico ou séptico. Pacientes severamente hipotensos podem infartar zonas limítrofes de circulação entre os grandes vasos corticais (figura 4), de forma simétrica ou assimétrica (em pacientes com estenose prévia de grandes artérias) (Caplan 2000). Pacientes com doença aterosclerótica severa de grandes e/ou

pequenas artérias podem fazer AIT ou AVC quando cronicamente hipertensos e reduzem a pressão arterial de forma brusca ou demasiada, normalmente manifestando sintomas ao

levantar da cama ou cadeira, ou durante esforço físico. Tais sintomas ditos hemodinâmicos podem manifestar-se mesmo em indivíduos normotensos com oclusões de grandes artérias cervicais, significando uma insuficiência circulatória daquela artéria em suprir o seu território de irrigação, geralmente por pobre fluxo colateral.

Hemorragias Intracranianas não traumáticas

Sob aspecto fisiopatogênico as hemorragias cerebrais são divididas em primárias ou hipertensivas e as secundárias intraparenquimatosas e subaracnóide relacionadas ao rompimento de um aneurisma ou malformação artériovenosa e outras etiologias listadas na tabela 3.

Tabela 3 Etiologias do AVC hemorrágico

Hipertensão Arterial

Malformações Vasculares: Aneurismas, Malformações Arterio-Venosas, Angiomas, Trombose Venosa,

Vasculopatias: Angiopatia Amilóide Cerebral, Moya-Moya 4.Vasculites (sistêmica e isolada do SNC)

Drogas/Medicações: cocaína, antiinflamatórios, anfetaminas, efedrina, anticoagulantes, trombolíticos

Neoplasias (primárias e metastáticas) 7.Transtornos Hematológicos

Hemorragias cerebrais são responsáveis por 15-20% dos quadros de AVC e tem alta mortalidade, com somente 38% dos indivíduos sobrevivendo em 1 ano (Dennis e cols 1993). As hemorragias primárias são causadas por rompimento de pequenos vasos relacionados à hipertensão arterial sistêmica ou angiopatia amilóide e são responsáveis por 78 à 88% dos casos (Foulkes e cols 1988). As topografias mais comuns às hemorragias hipertensivas são os núcleeos da base, particularmente putâmen e tálamo, a ponte e o cerebelo. As relacionadas à angiopatia amilóide costumam ser lobares e frequentemente múltiplas. As

hemorragias intracranianas são mais comuns em homens do que em mulheres, principalmente acima de 55 anos (Giroud e cols 1991) e em indivíduos da raça preta e amarela (Broderick e cols 1992; Suzuki e cols 1987). Hipertensão é o principal

fator de risco, principalmente em indivíduos com mau controle clínico dos níveis tensionais (Brott e cols 1986). Alcoolismo é outro fator de risco importante por alterar a coagulação e pelo efeito direto sobre a parede arterial (Klatsky e cols 1989; Gorelick 1987). Outros fatores de risco não claramente estabelecidos dizem respeito a baixos niveis de colesterol tot (<160), principalmente em pacientes hipertensos e com alterações genéticas em genes que codificam a subunidade • do fator XIII que é relacionada a produção de fibrina (Iso e cols 1989; Alberts e cols 1997; Catto e cols 1998). A Angiopatia Amilóide que é uma doença que se caracteriza pela deposição de proteína amilóide na parede dos vasos cerebrais e meníngeos é outro fator de risco principalmente em idosos. Esta doença tem um componente genético e a presença de de alelos E2 ou E4 no gene da Apolipoproteína E triplicam o risco para uma recidiva de hemorragia lobar em pacientes com sangramento relacionado a angiopatia amilóide (O'Donnell e cols, 2000).

A etiologia mais comum de hemorragias secundárias é o aneurisma intracraniano, originando hemorragias subaracnóides e menos frequentemente intraparenquimatosas, podendo terme componente misto. Segundo dados de necrópsia e séries de angiografia aproximadamente 5-6% das pessoas tem aneurismas (Rinkel e cols, 1998; The International Study of Unruptured intracranial aneurysms, 1998). A incidência anual de ruptura é menor, aproximadamente 10- 12/100 000. A ruptura de anurismas é mais em mulheres, embora mais frequente nos homens em indivíduos abaixo de de 40 anos de idade (The International Study of Unruptured intracranial aneurysms, 1998; Ingall e cols 1989). A média de idade dos rompimentos é aproximadamente aos 50 anos de idade (Caplan 2000). Apesar da baixa frequência de ruptura, é doença de alta morbimortalidade, somente 30% dos pacientes em média sobrevivem sem sequelas (Caplan, 2000). Sob aspecto fisiopatogênico a explicação mais aceita é um defeito localizado, por perda de elementos musculares na camada média de uma ou mais artérias intracranianas. Estes defeitos focais são localizados geralmente nas bifurcações arteriais e alguns pacientes demonstram deficiência do colágeno tipo III (Van den Berg, 1997). Aproximadamente 90% dos aneurismas envolvem a circulação anterior (Caplan 1996). As localizações mais comuns são

a junção das artérias comunicante anterior com a cerebral anterior, a bifurcação da cerebral média, a junção da artéria carótida interna com a oftálmica, artéira comunicante posterior, artéria coroidéias anterior e artérias cerebrais médias. Na circulação posterior as artérias mais acometidas são o

topo da basilar e as vertebrais intracranianas na junção com a artéria cerebelosa póstero inferior.

As Malformações Artério-Venosas (MAVs) são etiologias 10 vezes menos comuns que os aneurismas (Caplan 2000), costumam ocorrer dentro do parênquima, mas podem ser subaracnóides com ou sem componente intraparenquimatoso. As MAVs rompem mais frequentemente na segunda e terceira década com pico na idade dos 30 anos (Caplan 2000). As MAVs resultam de um defeito embrionário nas redes vasculares cerebrais. Caracteristicamente são compostas por artérias, veias arterializadas e veias. O aumento de pressão no sistema venoso arterializado é a origem do sangramento. Outras malformações vasculares comuns sào os angiomas venosos e os angiomas cavernosos.

Síndromes neurovasculares

Os sintomas neurológicos refletem o tamanho do infarto ou da hemorragia cerebral e a sua topografia. A hemiplegia é o sintoma clássico relacionado a todo tipo de AVC podendo ocorrer tanto em eventos hemisféricos quanto no tronco cerebral. No entanto uma gama enorme de sintomas apontando para a topografia da lesão e em diversas combinações podem ocorrer. As diversas síndromes neurovasculares permitem ao médico localizar a lesão, na maioria das vezes tão precisamente a ponto de saber a artéria acometida. De acordo com a artéria comprometida teremos sinais e sintomas neurológicos distintos que caracterizam as síndromes neurovasculares.

Síndromes da Circulação Anterior, por artéria acometida:

Artéria carótida: As oclusões podem ser assintomáticas, sintomáticas por oclusão da carótida comum ou interna e embolização distal com oclusão da artéria cerebral anterior ou média, oclusões intracranianas como a do "T" carotídeo com infartos na topografia da a . cerebral anterior e média e infartos hipoperfusionais em zonas limítrofes entre circulação anterior e posterior, território cortical e profundo. As síndromes clínicas dependerão da artéria acometida. Descreveremos a seguir as síndromes relacionadas a oclusão das principais artérias da circulação anterior.

Artéria Cerebral Média

Essa artéria, através de seus ramos corticais, vasculariza a porção lateral do hemisfério cerebral. Seu território engloba o córtex e a substância branca das

porções laterais e inferiores do lobo frontal, incluindo áreas 4 e 6, centros contraversivos da mirada lateral e a área motora da fala (Broca) no hemisfério dominante; o córtex e substância branca do lobo parietal, incluindo o córtex sensitivo e os giros angular e supramarginal; e as partes superiores do lobo temporal e da ínsula, incluindo a área sensitiva da fala de Wernicke. Seus ramos perfurantes vascularizam o putâmen, parte da cabeça e do corpo do núcleo caudado, a porção externa do globo pálido, a perna posterior da cápsula interna, e a coroa radiada.

A sintomatologia clássica da oclusão total do tronco da artéria cerebral média consiste de hemiplegia contralateral (face, membro superior e membro inferior), hemianestesia, e hemianopsia homônima (devido ao infarto do corpo geniculado lateral), com desvio da cabeça e dos olhos para o lado da lesão. Além disso, ocorre afasia global em lesões hemisféricas à esquerda e anosognosia e amorfosíntese à direita.

A oclusão da divisão superior causa um déficit sensitivo-motor contralateral importante na face e membro superior e, em menor intensidade, no membro inferior. Ocorre também desvio ipsilateral da cabeça e dos olhos, mimetizando oclusão de tronco, exceto que o pé é poupado e a perna está menos envolvida do que a face e o braço ("paralisia braquifacial"). O déficit sensitivo pode ser profundo, lembrando aquele do infarto talâmico, mas freqüentemente ele é menos intenso do que o déficit motor, tomando a forma de

estereoanestesia, agrafestesia, alteração do sentido de posição, localização tátil, e discriminação entre dois pontos, assim como alterações variáveis da sensação de tato, dor e temperatura. Um raro padrão pseudoradicular de perda sensitiva na mão e antebraço (metade radial ou ulnar) de um infarto parietal foi originalmente descrito por Déjerine. Em lesões no lado esquerdo, pode haver inicialmente uma afasia global, que muda gradualmente para uma afasia predominantemente motora (Broca), com melhora na compreensão de palavras faladas e escritas e emergência de um discurso hesitante, gramaticamente simplificado, dimelódico e que exige esforço do paciente.

A oclusão limitada a um dos ramos da divisão superior produz um infarto mais circunscrito, que fraciona a síndrome. Com a oclusão do ramo frontal ascendente, o déficit motor é limitado à face e braço, com pouco acometimento da perna, e esta, se estiver acometida, melhora rapidamente. Nas lesões do lado esquerdo, um mutismo inicial e um leve déficit de compreensão leva, no decorrer de dias ou semanas, a uma fala agramática e não fluente, com compreensão normal. Oclusão dos ramos rolândicos resulta em paresia sensitivo-motora com disartria severa, mas pouca

evidência de afasia. Uma oclusão de ramo cortical-subcortical pode dar origem a uma monoplegia braquial. Oclusão do ramo parietal ascendente e de outros ramos posteriores pode não causar nenhum déficit senstivo-motor, mas somente uma afasia de condução e apraxia ideomotora bilateral.

A oclusão da divisão inferior da artéria cerebral média usualmente causa, se à esquerda, afasia de Wernicke. Em infartos menos extensos por oclusão de ramos (parietal superior, angular, ou temporal posterior), o déficit na compreensão da linguagem falada e escrita pode ser especialmente grave. Nas lesões hemisféricas tanto à direita, como à esquerda, usualmente ocorre uma quadrantopsia ou hemianopsia homônima, e, quando à direita, uma negligência visual esquerda e outros sinais de amorfosíntese. Raramente, pode ocorrer um estado confusional agitado.

Em infartos profundos, de ramos penetrantes da artéria cerebral média, várias síndromes podem ocorrer. No infarto estriadocapsular, ocorre hemiparesia de intensidade variada e pode ocorrer afasia (geralmente uma forma limitada de Broca) ou heminegligência. Em lesões capsulares posteriores, pode ocorrer hemianopsia homônima. Infartos bilaterais

envolvendo principalmente as regiões insular- perisilvianas (opercular anterior) se manifestam por diplegia face-glosso-faríngea- mastigatória (anartria sem afasia).

Artéria Cerebral Anterior

Essa artéria, através de seus ramos corticais, vasculariza os três quartos anteriores da superfície anterior do hemisfério cerebral, incluindo a superfície medial-orbital do lobo frontal, o pólo frontal, uma faixa da superfície lateral do hemisfério cerebral ao longo da borda superior, e os quatro quintos anteriores do corpo caloso. Os ramos profundos que surgem perto do círculo de Willis (proximal ou dista à artéria comunicante anterior), vascularizam a perna anterior da cápsua interna, a parte inferior da cabeça do núcleo caudado, e a parte anterior do globo pálido.

A oclusão do tronco da artéria cerebral anterior, proximal à sua conexão com a artéria comunicante anterior é normalmente bem tolerada, uma vez que há fluxo colateral proveniente da artéria contralateral. Quando ambas cerebrais anteriores surgem do mesmo tronco, a oclusão causa infarto das regiões anteriores e mediais de ambos os hemisférios cerebrais, causando paraplegia, incontinência, sintomas abúlicos e afásicos motores, e mudanças de personalidade do lobo frontal.

Oclusão da artéria distalmente à comunicante anterior resulta em déficit sensitivo-motor pé e perna contralateral e, num grau menor, do ombro e braço, poupando mão e face. O distúrbio motor é maior no pé e na perna do que na coxa. A perda sensitiva é relacionada principalmente a modalidades discriminativas e é leve ou ausente em alguns casos. A cabeça e os olhos podem desviar para o lado oposto da lesão. Incontinência urinária, rigidez paratônica e grasp reflex podem ser evidentes. Quando no lado esquerdo, pode ocorrer apraxia simpática do braço e da perna esquerda, ou movimentos mal direcionados involuntários do braço esquerdo. Além disso, afasia motora transcortical pode ocorrer em oclusões do ramo de Heubner da artéria cerebral anterior esquerda. Oclusões de ramos da cerebral anterior produzem apenas fragmentos da síndrome completa, usualmente uma fraqueza espástica ou perda sensitiva cortical na perna e no pé do lado oposto. Hemiparesia transitória, disartria e abulia ou agitação podem ocorrer em lesões de núcleo caudado.

Artéria Coroidea Anterior

Essa artéria vasculariza o segmento interno do globo pálido, a perna posterior da cápsula interna e várias estruturas contíguas, incluindo, em alguns pacientes, o trato óptico. Ela também vasculariza o plexo coróide do ventrículo lateral. Sua oclusão se apresenta com hemiplegia contralateral, hemihiperestesia e hemianopsia homônima. A função cognitiva é preservada. Em lesões à direita, pode haver negligência espacial esquerda e apraxia construcional. Às vezes, ocorrem leves distúrbios de linguagem em lesões do lado esquerdo.

Síndromes da circulação Posterior por artéria acometida a . Artéria Cerebral Posterior

Os ramos interpedunculares vascularizam o núcleo rubro, a substância negra bilateralmente, porções mediais dos pedúnculos cerebrais, núcleos e nervos oculomotor e troclear, substância reticular do tronco superior, decussação da brachia conjuctivae (pedúnculos cerebrais superiores), fascículos longitudinais mediais, e lemniscos mediais. Os ramos talamoperfurantes (artérias talâmicas paramedianas) vascularizam as porções inferior, média e anterior do tálamo. Os ramos talamogeniculados vascularizam o corpo geniculado e as porções central e posterior do tálamo. Ramos mediais vascularizam a porção lateral do pedúnculo cerebral, o tegmento lateral e lâmina quadrigêmia, e a glândula pineal. Ramos coroideos

posteriores vascularizam o tálamo posterosuperior, o plexo coróide, porções posteriores do hipocampo, e psalterium (decussação dos fórnices). Os ramos corticais ou terminais da artéria cerebral posterior vascularizam a porção inferomedial do lobo temporal e medial do lobo occipital, incluindo a língula, cuneus, pré-cuneus, e áreas visuais.

A síndrome talâmica de Déjerine e Roussy ocorre em infartos do núcleo póstero-lateral, por oclusão dos ramos talamogeniculados. Ocorre uma perda sensitiva tanto superficial como profunda, geralmente importante, do lado oposto do corpo, acompanhada por hemiparesia transitória. Pode ocorrer hemianopsia homônima. Em alguns casos, pode ocorrer uma perda sensitiva dissociada, sendo dor e sensibilidade térmica mais afetadas do que tato, vibração e propriocepção, ou pode apenas uma parte do corpo ficar anestesiada. As síndromes

subtalâmica e mesencefálica central ocorrem por oclusão dos ramos interpedunculares, causando paralisia oculomtora com hemiplegia contralateral (síndrome de Weber), paralisias do olhar vertical, estupor e coma, e distúrbios do movimento, mais freqüentemente um tremor atáxico que pode ser contralateral (do lado da hemiparesia). A síndrome talâmica anteromedial-inferior ocorre por oclusão dos ramos talamoperfurantes. O sintoma mais comum é um distúrbio do movimento extra-piramidal (hemibalismo ou hemicoreoatetose). Perda sensitiva profunda, hemiataxia ou tremor também podem ocorrer. O hemibalismo está relacionado à oclusão de um pequeno ramo para o núcleo subtalâmico (de Luys) ou suas conexões com o pálido. Oclusões dos ramos talâmicos par. mediais para o núcleo mediodorsal causa síndrome amnésica (de Korsakoff).

A oclusão dos ramos para os lobos occipital e temporal, causam hemianopsia ou perda incompleta de campos visuais. Pode haver alucinações visuais nas áreas cegas do campo visual ou metamorfpsia e palinopsia. Infartos corticais posteriores do hemisfério dominante causam alexia (com ou sem agrafia), anomia (afasia amnésica), uma variedade de agnosias visuais, e raramente alguma perda de memória. As oclusões de ramos corticais bilaterais podem causar cegueira completa do tipo cortical, hemianopsia homônima bilateral, às vezes acompanhada de alucinações visuais dismórficas. Os reflexos pupilares estão preservados, e os discos ópticos estão normais. Algumas vezes, o paciente pode não estar consciente de que está cego e negar isso mesmo quando confrontado (síndrome de Anton).

B. Artéria Basilar

Os ramos da artéria basilar vascularizam uma porção da ponte de ambos os lados da linha média (ramos paramedianos), os dois terços laterais da ponte e os pedúnculos cerebelares médio e superior (ramos circunferenciais curtos), os hemisférios cerebelares (artéria cerebelar superior e ântero-inferior), e mesencéfalo superior e regiões subtalâmicas mediais (ramos para medianos interpedunculares que partem da bifurcação da artéria basilar).

A síndrome da oclusão da artéria basilar envolve tratos longos bilaterais, sensitivos e motores, freqüentemente causando coma. Pode ocorrer mutismo e quadriplegia. Oclusão dos ramos ao nível da bifurcação da artéria basilar podem causar sonolência, déficits de memória, mutismo acinético, halucinações visuais, ptose, alterações do movimento ocular

(espasmo de convergência, paralisia da mirada vertical, nistagmo de retração, paralisia pseudoabducente, retração das pálpebras superiores, desvio do olhar), estado confusional agitado, e alterações de visão. A oclusão da artéria cerebelar superior causa ataxia cerebelar ipsilateral, náuseas e vômitos, falar arrastada, e perda de sensibilidade dolorosa e térmica no lado oposto do corpo. Mais raramente, pode ocorrer hipoacusia, tremor estático da extremidade superior ipsilateral, síndrome de Horner ipsilateral, e mioclonias de pálato. A oclusão da artéria cerebelar ântero-inferior causa vertigem, náuseas e vômitos, nistagmo, tinitus e algumas vezes surdez unilateral, fraqueza facial, ataxia cerebelar ipsilateral, síndrome de Horner e paralisia do olhar conjugado lateral, e perda contralateral de sensibilidade dolorosa e térmica do braço, tronco e da perna. O sinal mais importante de todas as manifestações de tronco cerebral são as síndromes cruzadas, com déficits de pares cranianos em um lado e espinhais do outro.

C. Artéria Vertebral

Essa artéria vascularíza os três quartos inferiores da pirâmide, o lemnisco medial, a região retro-olivar (bulbar lateral), o corpo restiforme, e a parte inferior posterior do hemisfério cerebelar. Quando há oclusão da artéria subclávia proximal à origem da artéria vertebral, a movimentação do membro superior desse lado pode redirecionar fluxo sangüíneo da artéria vertebral para o braço, resultando no "roubo subclávio", que se caracteriza por fraqueza transitória desse membro. Se a oclusão da artéria vertebral é situada de forma a bloquear os ramos para a o bulbo lateral, ocorre a Síndrome de Wallenberg, que consiste de perda de sensibilidade dolorosa e térmica do hemicorpo contralateral, às vezes afetando a face, miose, ptose

diminuição da transpiração (Síndrome de Horner), disfagia, paralisia ipsilateral do palato e cordas vocais, diminuição do reflexo do vômito, nistagmo, oscilopsia, vertigem, náuseas e vômitos. Uma lesão mais limitada, por oclusão de uma artéria espinhal originada na da artéria vertebral, dá origem a uma hemiplegia contralateral (raramente uma quadriplegia) que poupa a face (fragmento da síndrome medular medial).

Síndromes Lacunares

Se o infarto está localizado no território de uma artéria lenticuloestriada, que abrange a cápsula interna ou coroa radiada adjacente, ocorre uma hemiparesia pura. Da mesma forma, uma lacuna do tálamo lateral ou subtância branca parietal se apresenta como um déficit hemisensitivo puro. Ocasionalmente, um infarto lacunar da ponte, mesencéfalo, cápsula interna, ou substância branca parietal causa uma hemiparesia com ataxia no mesmo lado parético. Em lesões da base da ponte pode ocorrer disartria com mão inábil.

Referências

UNIDADES VASCULARES – UNIDADES DE AVC

Recomenda-se que pacientes em fase aguda (primeiras 48 horas) sejam manejados em unidades específicas equipadas com monitorização contínua da pressão arterial, saturação de oxigênio e eletrocardiograma e assistidos por equipe multidisciplinar treinada e especializada na doença cérebro-vascular. Esta equipe deve ser liderada por um neurologista experiente em AVC ou outro especialista experiente em AVC, seguindo protocolos clínicos específicos. Estas unidades devem estar localizadas em hospitais com tomografia de crânio disponível 24 horas por dia, equipe neurocirúrgica e banco de sangue.

Esta medida reduz mortalidade, grau de incapacidade neurológica e tempo de internação (Nível I).

MANEJO EMERGENCIAL DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

O paciente deve ser examinado pelo Neurologista da equipe (treinados no exame neurológico e na escala do NIHSS), exame físico registrado e valor do NIHSS mensurado. Deve-se precocemente estabelecer a hipótese do subtipo do AVC e encaminhados exames complementares que a consolidem. A evolução neurológica deve ser feita com auxílio das escalas de NIHSS e escala de coma de Glasgow.

Tratamento Geral (parâmetros fisiológicos)

Hipertensão arterial:

Não tratar hipertensão arterial reacional (nível III). Considerar tratamento na presença de encefalopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada, dissecção aórtica, insuficiência renal aguda, AVC hemorrágico e Hemorragia Subaracnóide (HSA).

No AVC Isquêmico não usar drogas antihipertensivas a menos que a PAM (PAS + 2X PAD divididos por 3) seja • 130-150mmHg ou PAS • 220mmHg o PAD

>120mmHg. Optar por beta-bloqueadores e inibidores das enzimas conversoras, os fármacos sugeridos são: metoprolol 10mg EV. Em casos refratários optar por nitroprussiato EV. Não utilizar nifedipina!

No AVC hemorrágico utilizar se PAS> 180mmHg o PAD >110mmHg.

Na HSA utilizar se PAS> 160mmHg o PAD >100mmHg se paciente com suspeita ou diagnóstico de aneurisma roto.

Hipotensão:

Em pacientes com PAS<90mmHG iniciar de imediato com SF 0.9% 250ml em bolus e reavaliar, se necessário iniciar vasopressor, sugere-se noradrenalina ou dopamina se contraindicada a primeira.

Em pacientes hipertensos considerar as medidas anteriores quando PAS for

< 140mmHg. (nível V). Hipertermia:

Redução imediata a partir de 37.5oC, utilizar acetaminofem 1g VO e medidas gerais identificar a etiologia (nível III)

Hipóxia:

Oxigenioterapia por cateter ou óculos nasal somente se evidências clínicas, gasométricas e/ou oximétricas de hipóxia (saturação de O2 < 90%). Considerar entubação endotraqueal

para casos refratários, diminuição do sensório (glasgow <8) e/ou necessidade de proteção de via aérea por disfagia severa (nível II).

Hiperglicemia:

Considerar uso de insulina, conforme HGT, para valores iguais ou acima de 180 mg/dl) (nível III).

EXAMES EMERGENCIAS:

Assim que acessados e manejados os parâmetros fisiológicos expostos acima, coletar amostras de sangue para:

Hemograma, TAP (quando for caso de paciente em uso prévio de anticoagulantes orais ou sinais de insuficiência hepática), hemoglucotest (HGT), eletrólitos (sódio e potássio), além da realização do eletrocardiograma (ECG).

Encaminhar urgente:

Tomografia de Crânio (CT) com imagem vascular, Angio-tomografia do polígono de Willis (CTA) com contraste não iônico e isoosmolar.

Recomenda-se a CT de crânio como método diagnóstico inicial pela sua acurácia em diferenciar hemorragia de isquemia na fase aguda, pela rapidez em que é realizada e por sua mais ampla disponibilidade em nosso país. A CT de crânio pode revelar hipodensidades relacionadas a lesões isquêmicas dentro das primeiras 2 horas do início dos sintomas, mas freqüentemente é normal nas primeiras 24 horas do AVC. A CTA pode mostrar oclusões agudas sendo fundamental na programação da terapêutica fibrinolítica.

.

Recomenda-se que se realize eco doppler carotídeo e vertebral e ecocardiograma transtoracico dentro das primeiras 24 horas de evolução.

A fim de complementar os achados dos exames não invasivos expostos acima alguns casos necessitarão angiorressonância dos vasos extra e/ou intracranianos e quando necessário angiografia cerebral digital dos 4 vasos.

Raros casos necessitarão de eletroencefalograma e exame do líquido cefalorraquidiano que são solicitados em casos de diagnóstico diferencial difícil, AVC e convulsões e no diagnóstico de vasculites do sistema nervoso central.

TRATAMENTO ANTITROMBÓTICO

Em pacientes com até 4,5 horas de evolução, preenchendo critérios de inclusão e na ausência de critérios de exclusão deve-se administrar rt-PA na dose 0.9mg/Kg, 10% da dose em bolus e o restante em 1 hora, dose máxima 90mg (nível I). Não dar aspirina, heparina ou warfarina por 24 horas.

Tabela 5. Elegibilidade e contraindicações ao uso de rt-PA EV

Idade acima de 18 anos

Diagnóstico clinico de AVC Isquêmico causando um déficit neurológico mensurável pela escala do NIHSS.

o Tempo de início de sintomas bem estabelecido, menor de 3 horas antes do início da infusão.

Contra-indicações e cuidados

Início dos sintomas > 4,5 horas

Evidência de hemorragia intracraniana na Tomografia Computadorizada pré-tratamento ou na história.

o Presença de hipodensidade precoce com extensão >1/3 do território da artéria cerebral média contralateral aos sintomas.

Sinais e sintomas leves (com comprometimento funcional discreto) ou de resolução completa espontânea.

Apresentação clínica sugestiva de hemorragia subaracnóidea, mesmo com Tomografia normal .

Paciente com conhecida diátese hemorrágica incluindo, mas não limitada a:

Contagem plaquetária < 100,000/mm3

Uso de heparina 48 horas prévias ao AVC e com KTTP elevado (maior que o limite superior do laboratório)

Uso atual de anticoagulantes orais com TP>15 segundos.

Procedimento cirúrgico maior ou traumatismo severo nos últimos 14 dias

Qualquer cirurgia intracraniana, AVC sério ou trauma craniano severo nos últimos 3 meses.

Hemorragia interna ativa (ex.: gastrintestinal, trato urinário) nos últimos 21 dias

Punção arterial recente em local não compressível

Punção lombar recente

Pressão arterial sistólica > 185mmHg ou diastólica >110mmHg em medidas repetidas no momento do início do tratamento e paciente necessitando medidas agressivas para reduzir a pressão arterial a estes níveis neste momento.

Glicemia < 50 ou > 400 mg/dL.

o Infarto Agudo do Miocárdio ou Pericardite pós Infarto do miocárdio

o Convulsões no início do AVC (contraindicação relativa -para diagnóstico diferencial com paralisia pós-convulsão).

Paciente com conhecida malformação arteriovenosa, aneurisma ou tumor intracraniano.

Tabela 6 Controle da pressão arterial antes, durante e após o uso do rt-PA

Pré-tratamento

Monitorar a pressão arterial a cada 15 minutos. Os níveis devem ficar abaixo de 185/110 mm Hg, mas mais próximos possíveis destes níveis.

Se níveis superiores a 185/110, pode se iniciar tratamento: Nitroprussiato EV ou metoprolol EV. Se estas medidas não reduzirem a PA, o paciente não deveria ser tratado com rt-PA.

Durante e após o tratamento

Monitorar a pressão nas primeiras 24 horas do início do tratamento:

a cada 15 minutos por 2 horas depois de iniciada a infusão e então

a cada 30 minutos por 6 horas, então

a cada hora por 24 horas.

Se a pressão arterial estiver acima de 180/105 iniciar a infusão EV de nitroprussiato de sódio (0.5 a 10 m g/kg/min) e manter os níveis os mais próximos possíveis destas cifras. Atentar para a possibilidade de hipotensão!

o Monitorar a pressão a cada 15 minutos durante o tratamento com antihipertensivos. Observar hipotensão.

Se houver qualquer suspeita de hemorragia intracraniana, deve-se suspender

o rt-PA e encaminhar CT com urgência.

Tabela 7. Manejo da hemorragia intracraniana

Na presença de deterioração neurológica aguda, cefaléia, náuseas, vômitos ou hipertensão aguda, suspeitar de hemorragia intracraniana por rt-PA .

Na suspeita de hemorragia:

Descontinuar rt-PA a menos que se identifique outra causa aparente de piora neurológica.

CT imediatamente.

Coletar TAP, TTPa, plaquetas, fibrinogênio, e tipagem sangüínea.

o Preparar para administrar 6 a 8 unidades de crioprecipitado contendo fator VIII.

Preparar para administrar 6 à 8 unidades de plaquetas.

Se houver hemorragia intracraniana:

Obter resultado do fibrinogênio.

Considerar a administração de crioprecipitado ou plaquetas se necessário.

Avaliação neurocirúrgica e hematológica.

Considerar decisão de tratamentos médicos e cirúrgicos específicos.

Considerar uma segunda tomografia para identificar progressão da hemorragia intracraniana.

Neurocirurgião de sobreaviso.

Em casos não elegíveis para trombólise endovenosa, iniciar com aspirina (300-325mg/dia) (nível I) associada a clexane 40 mg SC 24/24 hs ou heparina 5000 UI 12/12 hs SC em pacientes restritos ao leito (nível I). Se identificada fonte embólica cardíaca, dissecção arterial ou estenose crítica de vasos extra ou intracraniano considerar a indicação de anticoagulação em pacientes com pequenos infartos: heparinização seguida por

anticoagulantes orais (nível IV). Corrigir o distúrbio hemodinâmico quando este for a causa. Em pacientes com contraindicação a uso de AAS, iniciar o uso de clopidogrel 75mg/dia.

A indicação terapêutica deve ser individualizada para cada caso, considerando a maior probabilidade fisiopatogênica, levando em conta os dados clínicos, de imagem e demais investigações complementares.

Considerar hemicraniectomia em casos selecionados, o mais precoce possível (nível III).

Considerar descompressão cirúrgica e evacuação de grandes infartos cerebelares em pacientes com deteriore rápido do sensório (nível III).

Manejo das complicações:

Prevenção da trombose venosa profunda através de massagens nos membros inferiores, mobilização precoce, meias elásticas ou de compressão pneumática. O uso de heparina subcutânea 5000 U SC 12/12h ou heparina de baixo peso molecular é justificado apesar do risco adicional de transformação hemorrágica (nível I).

Atentar para o risco, evitar e tratar precocemente a desidratação, escaras, aspiração, pneumonias e infecção urinária.

A testagem inicial para disfagia e colocação precoce de sonda nasoenteral previne aspiração (nível IV).

Instituir fisioterapia motora e respiratória (quando indicada) precocemente, mobilizar o paciente do leito precocemente reduz risco de escaras, trombose venosa e pneumonia aspirativa (nível III).

Manutenção nutricional adequada (SNE se alteração de consciência, disfagia) com as restrições necessárias para as patologias associadas (hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, etc).

Se crise epiléptica, iniciar tratamento anticonvulsivante (nível III). Não é recomendado tratamento profilático (Nível IV).

Manter cabeceira reta nas primeiras 24 horas, se houver risco de vômitos, decúbito lateral alternado. (Nível V)

Na ocorrência de hipertensão intracraniana e deteriore neurológico, elevar cabeceira a 30º e considerar o uso de Manitol 0.25-0.5mg/kg EV infundidos em 20 minutos de 6/6h (máximo 2g/kg/dia) (Nível III). O uso de Manitol por mais de 3 dias pode reduzir a eficácia da osmoterapia.

UNIDADE DE AVC – ISMAEL ALEXANDRINO PINTO FLUXO EXTERNO E INTERNO

Utilizando a portaria n 665 do MS/2012, a unidade de AVC Integral tipo III em que necessitaríamos de um ambiente físico, no 2 andar, onde hoje encontra-se uma da enfermarias com 10 leitos, para cuidado integral do AVC agudo.

Definindo-se como AVC agudo aquele com até 48 horas do início dos sintomas, sem critérios de internação em Unidade de Terapia Intensiva, principalmente pacientes potencialmente elegíveis para trombólise e/ou trombectomia no caso do AVC isquêmico.

Fluxo externo de atenção aos pacientes seguirá via contato via telefone, através de linha direta dentro da UAVC, com médico neurologista em tempo integral da Unidade de AVC Ismael Alexandrino Pinto – HUGO, funcionando 24 horas, todos os dias da semana. A regulação dos pacientes à unidade de AVC ocorrerá de acordo com critérios estabelecidos pelas linhas de cuidados do AVC do Estado de Goiás, conforme fluxograma abaixo.

Fluxo interno no Hospital de Urgências de Goiás – Dr. Valdemiro da Cruz para atendimen seguirá conforme o fluxograma abaixo, através do acionamento do código AVC – HUGO, uma vez identificado o paciente a ser avaliado na UAVC. Acionado o código o médico neurologista estará presente para receber e avaliar as condições clínicas do paciente, sendo paciente elegível para Unidade de AVC ou Unidade de Terapia Intensiva.

Enfermeiro da UAVC e laboratório já a postos para colher seguintes exames do paciente na admissão: Hemograma, TAP (quando for caso de paciente em uso prévio de anticoagulantes orais ou sinais de insuficiência hepática), hemoglucotest

(HGT), eletrólitos (sódio e potássio), além da realização do eletrocardiograma (ECG).

Encaminhamento do paciente a sala de tomografia em que o tomógrafo, com acionamento do código AVC, estará inoperante até a chegada do paciente, aguardando o mesmo. Realização dos exames de Tomografia computadorizada de crânio e Angiotomografia computadorizada de crânio.

Avaliação da imagem pelo radiologista de plantão bem como neurologista da UAVC, e definido se AVC isquêmico ou hemorrágico, outras etiologias como tumores do SNC, neuroinfecções. Em caso de AVC hemorrágico paciente encaminhado à UAVC ou à enfermaria de neurologia ou à UTI, conforme decisão do neurologista de plantão, ou também ao centro cirúrgico conforme decisão conjunta do neurocirurgião e neurologista.

No caso de AVC isquêmico, avaliar se paciente candidato a trombólise endovenosa, sendo que nesse primeiro momento, com pacientes obedecendo critérios de inclusão e avaliando critérios de exclusão, conforme protocolo (vide abaixo), dentro das primeiras 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas. Paciente submetido a trombólise endovenosa será encaminhado à UAVC, onde permanecerá por 24 horas, de acordo com avaliação clínica do paciente pelo coordenador da UAVC e neurologista do plantão, encaminhado à enfermaria de neurologia do hospital. Paciente com janela entre 4 horas e 30 minutos até 6 horas de início dos sintomas, serão encaminhados caso esteja dentro dos critérios de inclusão para trombectomia no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro da Cruz. Após procedimento e estabilização retornam Emergencia. Após 24 horas pós trombectomia também seguirá conforme decisão coordenador da UAVC e neurologista do plantão para enfermaria de neurologia. Caso paciente não seja elegível para trombólise endovenosa o paciente será encaminhado à emergência ou enfermaria de Neurologia ou UTI por 24 hs.

Na enfermaria será realizado para o paciente exames de investigação etiológica com Angiotomografia de vasos cervicais ou ecodoppler de carótidas e vertebrais, ecocardiograma transtorácico. Demais exames para investigação caso necessário como Ressonância

Magnética de Crânio, será oferecido ao paciente em até 24 horas da solicitação do mesmo, conforme centro de referência do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro da Cruz.

Paciente com AVC ficará em dieta zero até avaliação da fonoaudiologia, e liberado para fisioterapia motora quanto mais precoce possível, bem como demais suporte equipe multiprofissional. Tempo de permanência no hospital em média de 4 a 5 dias, com exames realizados, e encaminhamento para acompanhamento ambulatorial posterior no HUGO (3 ambulatórios de AVC – pós alta hospitalar e 1 ambulatório de coagulação Encaminhamentos aos centros de reabilitação conforme linha do cuidado do AVC do Estado de Goiás, bem como instituições de longa permanência, caso necessário.

Segue abaixo fluxograma interno:

Tempo para atendimento do AVC no HUGO serão os seguintes: PORTA ATÉ ATENDIMENTO MÉDICO – 10 MIN

AVALIAÇÃO NEUROLOGISTA – 15 MIN

PORTA ATÉ TC/ANGIOTC – 25 MIN PORTA ATÉ AGULHA – 60 MIN CÓDIGO AVC HUGO

RECEPÇÃO, ENFERMAGEM, LABORATÓRIO, MAQUEIRO E NEUROLOGISTA A POSTO AGUARDANDO CHEGADA DO PACIENTE

TOMOGRAFO – INTERROMPIDO FUNCIONAMENTO ATÉ ADMISSÃO DO PACIENTE NA TC.

FARMÁCIA – LIBERAÇÃO DO ALTEPLASE JUNTO EQUIPE DE AVC.

APÓS ALTA HOSPITALAR:

AMBULATÓRIOS DE NEUROLOGIA PÓS ALTA:

HUGO – 3 AMBULTÓRIOS NEUROLOGIA PÓS ALTA - NEUROVASCULAR E 1 AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO.

HGG: 2 AMBULATÓRIOS DE NEUROLOGIA – NEUROVASCULAR

UNIDADES DE REABILITAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTO:

CRER

VILA SÃO COTTOLENGO

MUNICIPIOS DE ABRANGÊNCIA UAVC:

PROTOCOLO AVC: Goiânia, Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Brazabrantes, Caldazinha, Caturaí, Goianápolis, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Nerópolis, Nova Veneza, Santa Bárbara de Goiás, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Terezópolis de Goiás e Trindade.

FICHA ATENDIMENTO PÓS ALTA

Identificação:

Nome: DN:

Idade:

Endereço:

Município de residência:

Telefones:

Data do AVC:

Data da alta:

Característica do AVC: ( ) Isquêmico

( ) Hemorrágico

Exames realizados:

( ) TC Crânio ( ) Ecocardiograma Transesofágico

( ) AngioTC Crânio ( ) RNM Crânio

( ) AngioTC vasos cervicais ( ) ECG

( ) Ecocardiograma Transtorácico ( ) Doppler de carótidas ( ) Angiografia ( )

Outros:

Tratamento realizado:

( ) Trombólise Endovenosa + tratamento clínico

( ) Trombólise Endovenosa + trombectomia + tratamento clínico ( ) Trombectomia + tratamento clínico

( ) Tratamento clínico

6

( ) Tratamento cirúrgico

( ) Tratamento clínico + tratamento cirúrgico ( ) Tratamento clínico + angioplastia

Alta com:

( ) Anti-hipertensivo

( ) Antiagregante plaquetário: AAS ( ) Clopidogrel ( ) AAS + Clopidogrel ( ) ( ) Estatina

Destino pós alta:

( ) Domicílio ( ) Instituto de longa permanência

( ) Casa de familiares ( ) Internação em hospital de referência ( ) Outros:

Encaminhamentos:

( ) Ambulatório de anticoagulação

( ) Ambulatório do Centro de Referência para AVC ( ) Serviço de Reabilitação

( ) Unidade Básica de Saúde

( ) Outros:

CONTROLE PA ANTES, DURANTE E APÓS USO DE TROMBOLÍTICO (ACTILYSE):

PAS> 220 OU PAD > 140 MMHg → NITROPRUSSIATO (NIPRIDE)

SGI 5% (50 Mg) 250 ML EV EM BI (0,5-8 MCG/KG/MIN) NIPRIDE 01 AMP

PAS ENTRE: 180 -220 MMHg METROPOLOL EV OU

PAD ENTRE: 110 – 140 MMHg

METROPOLOL 01 AMP – 05 ML – 05 MG

APLICAR 05 ML EV A 01 ML/MIN A CADA 10 MIN – DOSE MÁX.: 20 MG (20 ML).

ENALAPRIL 01 AMP – 05 MG – 05 ML

1 AMP EV LENTO, S/N REPETIR DOSE APÓS 1 HORA. NOVA DOSE SÓ PODERÁ SER REPETIDA APÓS INTERVALO MÍNIMO DE 6 HORAS.

CONTROLE PA:

PRÉ-TROMBOLISE: 15 EM 15 MINUTOS.

APÓS INICIO DA INFUSÃO:

0 A 2º HORA: 15 EM 15 MIN;

3º A 8º HORA: 30 EM 30 MIN;

9º A 24º HORAS DO INICIO DO TTO: 1 EM 1 HORA.

8

ATENTAR P VALORES > 180 X 110 MMHg

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO rT-PA

IDADE > 18 ANOS.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE AVC ISQUÊMICO.

INÍCIO DOS SINTOMAS COM MENOS DE 4,5 HS. SE SINTOMAS NOTADOS AO ACORDAR, CONSIDERAR COMO INÍCIO O ÚLTIMO HORÁRIO EM QUE ESTAVA ACORDADO E ASSINTOMÁTICO.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO rT-PA

SINTOMAS MINÍMOS OU QUE MELHORAM COMPLETAMENTE.

CIRURGIA EXTENSA NOS ÚLTIMOS 14 DIAS.

HISTÓRIA CONHECIDA DE HEMORRAGIA INTRACRANIANA.

PAS SUSTENTADA > 185 MMHg OU PAD SUSTENTADA

> 110 MMHg.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL OU GENITO- URINÁRIA NOS ÚLTIMOS 21 DIAS.

HEPARINIZAÇÃO PLENA NAS ÚLTIMAS 48 HORAS COM TTPa PROLONGADA.

USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS COM RNI > 1,5.

PLAQUETAS < 100.000.

GLICOSE SÉRICA < 50 MG/DL OU > 400 MG/DL.

TRAUMATISMO CRANIANO IMPORTANTE OU AVC ISQUÊMICO

NOS ÚLTIMOS 3 MESES.

IAM NOS ÚLTIMOS 3 MESES.

CIRURGIA DE GRANDE PORTE NOS ÚLTIMOS 14 DIAS.

PUNÇÃO ARTERIAL EM SÍTIO NÃO-COMPRESSÍVEL NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.

HIPODENSIDADE PRECOCE ENVOLVENDO > 1/3 ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA A TC CRÂNIO INICIAL.

ACTILYSE DOSE: 0,9 MG/KG

10% DOSE TOTAL POR BOLUS EV DURANTE 1 A 2 MINUTOS → RESTANTE DA DOSE POR INFUSÃO EM 60 MINUTOS (BOMBA DE INFUSÃO).

OBS: UTILIZAR VASOS DA EXTREMIDADE SUPERIOR E NÃO CORRER EM Y COM NENHUMA OUTRA MEDICAÇÃO.

TABELA DE VOLUME ACTILYSE POR PESO

PESO (Kg)	VOLUME EM BOLUS (ML)	VOL EM 1 HORA (ML/H)
40	3,6	32,4
45	4,05	36,45
50	4,5	40,5
55	4,95	44,55
60	5,4	48,6
65	5,85	52,65
70	6,3	56,7
75	6,75	60,75
80	7,2	64,8
85	7,65	68,85
90	8,1	72,9
95	8,55	76,95
100 OU MAIS	9	81

SUSPEITA DE SANGRAMENTO

PIORA DO DEFICIT NEUROLÓGICO OU NIVEL DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA SÚBITA, NAÚSEAS OU VÔMITOS.

DESCONTINUAR ACTILYSE (rT-PA).

COLHER COAGULOGRAMA, HT, TAP, TTPa, FIBRINOGÊNIO.

SE SANGRAMENTO À TC CRÂNIO COMUNICAR NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA.

OUTROS LOCAIS DE SANGRAMENTO (EX: PUNÇÃO VENOSA) TENTAR COMPRESSÃO MECÂNICA, EM ALGUNS CASOS DESCONTINUAR ACTILYSE (rT-PA).

TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS:

CRIOPRECIPITADO: 6 – 8 UI EV (MANTER FIBRINOGÊNIO SÉRICO >100 MG%)

PLASMA FRESCO CONGELADO: 2 A 6 U EV.

SE NÍVEL BAIXO DE PLAQUETAS OU USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS: 6 A 8 U EV PLAQUETAS).

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: MANTER HG > 10 MG%.

CUIDADOS APÓS USO DE TROMBOLÍTICO

NÃO UTILIZAR ANTITROMBÓTICOS (MAREVAN, COUMADIN),ANTIAGREGANTES (AAS, CLOPIDOGREL, TICLOPIDINA) E HEPARINA (CLEXANE E OUTROS) NAS PRIMEIRAS 24 HORAS PÓS-TROMBOLÍTICO.

CONTROLE NEUROLOGICO RIGOROSO.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E PRESSÓRICA (PA: 0-2º HORA: 15/15 MIN, 3º A 8º HORA: 30/30 MIN, 9º A 24º HORA: 1/1 HORA). ATENÇÃO VALORES: > 180/110 MMHg.

NÃO REALIZAR CATETERIZAÇÃO VENOSA CENTRAL (PUNÇÃO SUBCLÁVIA OU JUGULAR) OU PUNÇÃO ARTERIAL (RADIAL, FEMORAL) NAS PRIMEIRAS 24 HORAS.

NÃO PASSAR SONDA VESICAL (DEMORA OU ALÍVIO) ATÉ PELO MENOS 30 MINUTOS DO TÉRMINO DA INFUSÃO ACTILYSE.

NÃO PASSAR SONDA NASOENTERAL NAS PRIMEIRAS 24 HORAS.

CUIDADOS ENFERMAGEM PACIENTES COM AVC

MANTER PACIENTE EM DIETA ZERO, ATÉ AVALIAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA.

MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE, CONFORME CASO DE 2 EM 2 HORAS.

CHECAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS E CONFERIDAS COM ENFERMAGEM.

INICIAR FISIOTERAPIA MOTORA, ATENDIMENTO FONOAUDIOLOGICO MAIS PRECOCE POSSÍVEL.

OBSERVAR EVIDÊNCIAS DE SANGRAMENTO.

NÃO INICIAR ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO COM MENOS DE 24 HORAS PARA PACIENTES COM AVC ISQUÊMICO SUBMETIDO A TROMBÓLISE EV.

BIBLIOGRAFIA

Caplan LR, Caplan's Stroke: A Clinical Approach, Third Edition 2000, capítulo 6, 9 e 13.

Estol CJ. Dr. C. Miller Fischer and the history of carotid artery disease. Stroke 1996;27:559-566.

Gorelick PB, Caplan LR, Hier DB, et al. Racial differences in the distribution of anterior circulation occlusive disease. Neurology 1984;34:54-59.

Caplan LR, Gorelick PB, Hier DB. Race, Sex, and occlusive cerebrovascular disease: a review. Stroke 1986;17:648-655.

Mohr JP, Caplan LR, Melski J, et al. The Harvard Cooperative Stroke Registry: a prospective registry. Neurology 1978;28:752-754.

Caplan LR, Babikian V, Helgason C, et al. Occlusive disease of the middle cerebral artery. Neurology 1985;35:975-982.

Pessin M, Duncan G, Davis K, et al. Angiographic appearance of carotid occlusion in acute stroke. Stroke 1980;11:485-487.

Barnett HJM, Peerless S, Kaufmann J. "Stump" of internal carotid artery: a source for further cerebral embolic ischemia. Stroke 1978;9:448-452.

Steinke W, Kloetzsch C, Hennerici M. Symptomatic and asymptomatic high-grade carotid stenosis in doppler colorflow imaging. Neurology 1992;42:131-138.

Breen JC, Caplan LR, De Witt Ld, et al. Brain edema after carotid surgery. Neurology 1996;46:175-181.

Marzewski D, Furlan A, St Louis P, et al. Intracranial internal carotid artery stenosis: long-term prognosis. Stroke 1982;13:821-824.

12 Craig D, Meguro K, Watridge G, et al. Intracranial internal carotid artery stenosis. Stroke 1982;13:825-828.

Wechsler LR, Kistler JP, Davis KR, et al. The prognosis of carotid siphon stenosis. Stroke 1986;17:714-718.

Bladin PF, Berkovic SF. Striatocapsular infarction. Neurology 1984;34:1423- 1430.

Russo L. Carotid system transient ischemic attacks: clinical, racial, and angiographic correlations. Stroke 1981;12:470-473.

Feldmann E, Daneault N, Kwan E, et al. Chinese-white dofferences in the distribution of occlusive cerebrovascular disease. Neurology 1990;40:1541-1545.

Yoo K-M, Shin H-K, Chang H-M, Caplan LR. Middle cerebral artery occlusive disease: the New England Medical Center Stroke registry. J Stroke Cerebrovasc Dis 1998;7:344-351.

Bogousslavsky J, Regli F. Anterior cerebral artery territory infarction in the Lausanne Stroke Registry. Clinical and etiologic patterns. Arch Neurol 1990;47:144- 150.

Caplan LR, Hier DB, D'Cruz I. Cerebral embolism in the Michael Reese Stroke Registry. Stroke 1983;14:530-536.

Mohr JP, Gautier JC, Hier DB, Stein RW. Middle cerebral artery. In HJM Barnett, JP Mohr, BM Stein, FM Yatsu (eds). Stroke, Pathophysiology, Diagnosis, and Management, Vol 1.

Bogousslavsky J, van Melle G, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: Analysis of 1000 consecutive patients with first stroke. Stroke 1988;19:1083-1092.

8

Fischer CM, Adams RD. Observations on Brain Embolism with Special Reference to Hemorrhagic Infarction, In AJ Furlan (ed). The Heart and Stroke. Lonon: Springer, 1987;17-36.

Chaves CJ, Pessin MS, Caplan LR, et al. Hemorrhagic infarction. Neurology 1996;46:346-349.

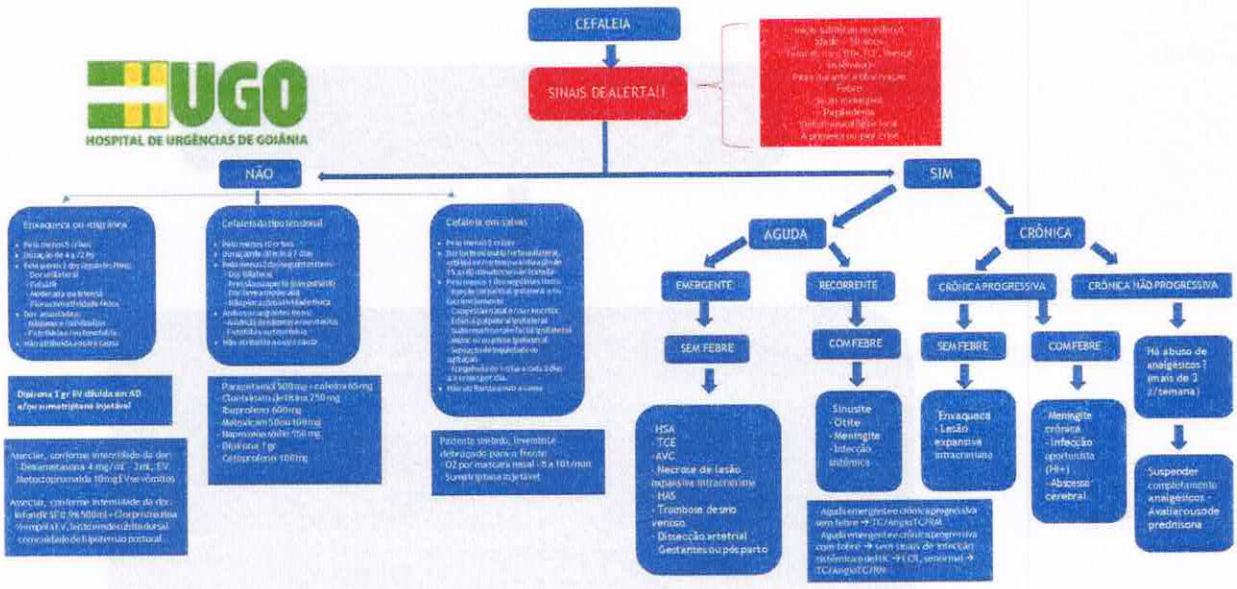
Garcia J, Ho K-L, Caccano, DV. Intracerebral Hemorrhage: Pathology of Selected Topics. In CS Kase, LR Caplan. Intracerebral Hemorrhage. Boston: Butterworth-Heinemann, 1994;45-72.

Kunitz S, Gross C, Heyman A, et al. The Pilot Stroke Data Bank: definition, design, and data. Stroke 1984;15:740-746.

Caplan LR, Hier DB, D'Cruz I. Cerebral Embolism in the Michael Reese Stroke Registry. Stroke 1983;14:530-540.

Mohr JP, Caplan LR Melsky J, et al. The Harvard Cooperative Stroke Registry: a prospective registry. Neurology 1978;28:754-762.

2.18 FLUXOGRAMA CEFALEIA



2.19 PROTOCOLO CRISE CONVULSIVA – PRONTO SOCORRO

PROTOCOLO CRISE CONVULSIVA - PRONTO SOCORRO

ESTABILIZAR O PACIENTE
MONITORIZAR SINAIS VITAIS E TEMPO DE CRISE
OXIGÊNIO NASAL OU MÁSCARA, INTUBAÇÃO SE NECESSÁRIO
MONITORIZAR ECG
HGT - CORRIGIR SE NECESSÁRIO
ACESSO VENOSO
LABORATÓRIO (HEMOGRAMA, ELETRÓLITOS, UREIA, CREATININA, CPK, TGO, TGP, CALCIO)
DIETA ZERO ATÉ AVALIAÇÃO FONO
SOLICITAR TC CRÂNIO (PRIMEIRA CRISE OU CRISE PROVOCADA -EX:TCE)

DIAZEPAM EV 0,15 MG/KG (MÁX 5 MG/MIN)
OU
MIDAZOLAM IM 10 MG (ADULTOS) OU 5 MG (CRIANÇAS A PARTIR DE 13 ANOS)
OU
FENITOÍNA EV 10 A 15 MG/KG (MÁXIMO 50 MG/MIN)

OBS: Se crise única não provocada ou paciente previamente epiléptico (exceto estado de mal convulsivo) não necessita internação. Encaminhamento ao neurologista, pedido EEG e RNM de crânio.

OBS: Crises provocadas: são aquelas geradas por insulto cerebral agudos acarretando alteração na atividade cortical. Ex: AVC, hematoma Subdural, TCE, abscesso, meningite, encefalites. Paciente epiléptico prévio conferir se uso correto das medicações, troca de medicamento, troca de laboratório ou em ajuste de doses.

3 PROTOCOLOS MÉDICOS CIRURGICOS

3.1 PROTOCOLO CIRÚRGICO PARA LITÍASE BILIAR

INTRODUÇÃO:

A colelitíase é uma doença de elevada prevalência. Estima-se que em torno de 10% a 15% da população dos Estados Unidos da América (25 milhões de habitantes) seja portadora dessa doença. Estudos de necropsia no Brasil apontam que 9,1% a 19,4% da população com mais de 20 anos possui colelitíase. A maioria dos portadores de colelitíase é assintomática e espera-se que 20% desses pacientes apresentem sintomas biliares típicos ao longo da vida e 1% a 2% evoluam com alguma complicação da doença a cada ano. A etiologia da colelitíase é múltipla e envolve fatores genéticos, ambientais, obesidade, perda de peso, doenças específicas da vesícula biliar e alterações na composição da bile. É muito mais frequente nas mulheres. Com o advento da laparoscopia, a colecistectomia passou a ser o procedimento cirúrgico eletivo do abdome mais realizado nos Estados Unidos, com aproximadamente 750 mil cirurgias por ano, devido à grande incidência da doença, às baixas morbidade e mortalidade cirúrgica e também ao grande receio do surgimento de complicações. Hoje é consenso que a colelitíase sintomática possui indicação cirúrgica, desde que o paciente não possua contraindicação clínica para ser operado. No entanto não existem estudos comparando colecistectomia versus não colecistectomia em doentes com litíase vesicular assintomática, portanto há grande ações para que se operem alguns grupos específicos de doentes portadores de colelitíase assintomática, tais como:

- pacientes imunossuprimidos;

- portadores de vesícula em porcelana;
- pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;
- pacientes com doença hemolítica crônica;
- moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;
- pacientes muito jovens;
- portadores de cálculos muito grandes (> 2,5 cm) ou muito pequenos (< 0,5 cm);
- pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome.

CENÁRIOS CLÍNICOS

CENÁRIO I

COLELITÍASE ASSINTOMÁTICA

- Achado casual de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Ausência de dor biliar típica (ver descrição adiante).
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Toda dor abdominal merece atenção, mas o médico deve ser cauteloso ao atribuir à colelitíase as queixas abdominais. Há diversas causas de dor abdominal, desde alterações funcionais simples a até muito frequentes, bem como doenças mais graves. Os sinais e sintomas de alerta como natureza, localização, intensidade, frequência e fatores de melhora ou piora da dor, perda de peso, sangramento nas fezes, anemia, disfagia, antecedentes de neoplasia, entre outros, podem nortear a investigação diagnóstica e a conduta.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase assintomática pode ser acompanhado clinicamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde que muito bem orientado quanto a possíveis sintomas e complicações e quanto à necessidade de procurar assistência médica nesses casos. Aos pacientes imunossuprimidos (transplantados, diabéticos), portadores de doença hemolítica, vesícula em porcelana (achado ultrassonográfico), muito jovens, com pedras > 2,5 cm ou < 0,5 cm ou cálculos associados a pólipos ≥ 1 cm, ou com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo, recomenda-se encaminhamento para serviço de cirurgia.

CENÁRIO II

COLELITÍASE SINTOMÁTICA SEM COMPLICAÇÕES

- Presença de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Presença de dor biliar típica. Esta dor, apesar de ser conhecida como cólica, na verdade não se enquadra nesse tipo, uma vez que cólica representa uma dor intermitente, alternando em questão de segundos ou poucos minutos uma forte intensidade com momentos de intensidade menor ou até mesmo ausência de dor. Já a dor biliar é espástica, progressivamente mais intensa, que dura vários minutos e na maioria das vezes até horas para que seja aliviada espontaneamente ou mesmo com medicamentos. As localizações típicas são o hipocôndrio direito, o epigastro e a região dorsal direita. Menos frequentemente a dor pode surgir no flanco direito ou hipocôndrio esquerdo. Dores em outras localizações sugerem outros diagnósticos diferenciais. A dor pode estar associada à ingestão de alimentos gordurosos (20 a 40 minutos após) e normalmente não tem relação com o hábito intestinal. Geralmente vem acompanhada de náuseas e vômitos.
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase sintomática sem complicações, após a melhora clínica do sintoma da dor, deve ser orientado a abolir alimentos gordurosos e posteriormente ser encaminhado para tratamento cirúrgico de forma eletiva. De acordo com as características clínicas do paciente, o mesmo poderá ser encaminhado para serviço de cirurgia ambulatorial ou então para hospital terciário.

Protocolo de Encaminhamento de Pacientes com Colelitíase

A) Elegibilidade – São elegíveis para tratamento cirúrgico em regime ambulatorial os pacientes que:

- tiverem idade superior a 18 anos e inferior a 70 anos; classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 ou 2 (Tabela 66-1);
- apresentarem o diagnóstico de colelitíase por meio de ultrassom de abdômen (obs.: devem ser levados o laudo e as fotografias do exame no dia da consulta);
- não apresentaram sinais de complicação: pancreatite, colecistite aguda ou coledocolitíase;
- índice de massa corporal (IMC) < 35 kg/m2 e > 18 kg/m2, sendo IMC = peso (kg)/altura(metros) × altura (metros);

- forem sintomáticos ou, nos casos assintomáticos, se forem jovens ou com alguma imunossupressão;

não apresentarem critérios de exclusão;

- desejarem tratamento cirúrgico.

B) Critérios de Exclusão para cirurgia em regime ambulatorial:

- idade > 70 anos;
- icterícia em qualquer fase da doença;
- sinais clínicos ou ultrassonográficos de colecistite aguda;
- achado ultrassonográfico de vesícula escleroatrófica (diminuída de tamanho) ou de vesícula com parede espessada;
- achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares;
- quadro infeccioso vigente (pneumonia, infecção urinária ou outro);
- alteração dos valores de bilirrubinas e/ou fosfatase alcalina;
- tabagismo nos últimos 30 dias;
- não desejarem tratamento cirúrgico;
- não se enquadrarem nos critérios clínicos sociais pré-operatórios para cirurgia ambulatorial (ver critérios clínicos sociais de inclusão no programa de cirurgia).

C) Exames pré-operatórios específicos:

- Bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama-glutamiltransferase (GGT).
- Ultrassom de abdome superior.

Os pacientes que serão encaminhados para cirurgia ambulatorial deverão trazer, no dia da consulta.

TABELA Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA)

ASA DESCRIÇÃO

1 Paciente saudável;

2 Doença sistêmica moderada, sem limitação das funções vitais;

3 Doença sistêmica grave, com funções vitais comprometidas;

4 Doença sistêmica grave com ameaça à vida;

5 Paciente moribundo, morte esperada nas próximas 24 h com ou sem intervenção cirúrgica;

6 Paciente em morte encefálica, possível doador de órgãos E Em cirurgias de emergência acrescentar o E ao número;

Fonte: ASA Physical Status Classification System http://www.asahq.org

Exames Complementares Pré-operatórios (Adultos)

A) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade < 50 anos •

- Hemograma Completo /Ureia / Creatinina / TAP/TTPA/ Glicemia de jejum / Gama gt / Fosfatase Alcalina / Bilirrubina total e frações/ TGO/TGP/ Raio x de torax Pa e Perfil / Eletrocardiograma;

B) Paciente sadio, com comorbidades (ASA -1), idade > 50 anos •

Hemograma Completo /Ureia / Creatinina / TAP/TTPA/ Glicemia de jejum / Gama gt / Fosfatase Alcalina / Bilirrubina total e frações/ TGO/TGP/ Raio x de torax Pa e Perfil/ Eletrocardiograma/ risco cirurgico cardiologico

Cenário III

COLECISTITE AGUDA

- A dor passa a ser mais intensa e duradoura (mais que 6 horas).
- A principal característica clínica é a defesa ao exame abdominal no hipocôndrio direito e/ou epigastro, tanto à palpação quanto à percussão. Caracteriza-se como um peritonismo localizado nessa região.
- Podem ou não estar presentes: febre, taquicardia.
- O hemograma, caso tenha sido realizado, pode evidenciar leucocitose.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de ringer.
- Analgesia.
- Ligar para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)/192 para referenciar o paciente para hospital.

CENÁRIO IV

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA SEM FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal.
- Ausência de febre, queda do estado geral, ou outros sinais de infecção.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Se paciente não está apresentando vômitos de repetição, deve ser encaminhado para o serviço de cirurgia de um hospital terciário, de forma mais rápida, sendo colocada na referência médica uma observação de que existe necessidade de prioridade alta (cerca de duas semanas) para o atendimento.

- Orientar hidratação via oral rigorosa.

CENÁRIO V

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA E FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal e febre.
- Em casos mais graves podem-se associar hipotensão arterial e confusão mental.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Analgesia.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 grama endovenoso (EV) e metronisazol 500 mg de 8/8h.

CENÁRIO IV

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.

- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 gra-ma Eve metronidazol.

BIBLIOGRAFIA

Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2006;101:2379-400.

Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalence of gallstones in a Brazilian population. Int Surg. 1999;84:25-8.

Gonzalez M, Toso C, Zufferey G, Roiron T, MajnoP, Mentha G, et al. When should cholecystec- tomy be practiced? Not always an easy decision. Rev Med Suisse. 2006;2(70):1586-92.

Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. Cochrane Database of Syst Rev. 2007;(1):CD006230.

Halldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. Br J Surg. 2004;91:734-8.

Lima CPJ, Brizolara AA, Tavares DC, Lima JP. Estudo post-mortem da prevalência da litíase vesicular em uma população cirrótica. Gastroenterol Endosc Dig. 1990;9:166-70.

Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, van Zanten SJV, et al. Canadian Asso- ciation of Gastroenterology Wait Time Consensus Group.

Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. Can J Gastroenterol. 2006;20:411-23.

Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D. Prophylactic cholecystectomy or ex- pectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. Ann Intern Med. 1983;99:199-204.

Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr. W, Kemp R, Módena JLP, Elias Jr. J, Silva Jr. OC. Cole-cistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Rev Med. 2008;41(3):429-44.

Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder Stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20:981-96.

Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. Gastroenterol Clin N Am. 2010;39:157-69.

3.1 HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL/BILATERAL

Hérnias inguinais ocorrem na região da virilha e correspondem a 75% de todas as hérnias abdominais. Ocorrem quando há protrusão de conteúdo da cavidade abdominal, normalmente parte do intestino, pelo canal inguinal.

DIAGNÓSTICO

- Exames: US abdominal.
- Exames pré-operatórios: Hemograma, Coagulograma, ECG, RX Tórax.
- Indicação Cirúrgica: a cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs específicos na tabela abaixo.

CID 10	DEFINIÇÃO
K40.2	**HÉRNIA INGUINAL BILATERAL**
K40.3	**HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL**

ESCORE DE RISCO Elegíveis:

- Classificação de American Society of Anesthesiologist (ASA): I e II.
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico);
- Pacientes com idade inferior a 12 anos;
- IMC ≥ 35Kg/m^2;
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

TÉCNICA UTILIZADA

Procedimento utilizado seguindo as técnicas de Lichtenstein[1] ou convencional com fixação de tela de polipropileno.

ALOCAÇÃO

1 DIÁRIA DE CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA

TRATAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA: Raquianestesia e sedação.

PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Leve;
- Curativo em FO;
- Fisioterapia;
- Cuidados específicos;
- Atividade: quando acordado;
- Indicação de exames de controle.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (dipirona)	**1g**	**EV**	**6/6 h**
Analgésico (paracetamol)	**750 mg**	**VO**	**6/6 h (se dor)**
Opioide (tramadol)	**100 mg**	**EV**	**8/8 h (se dor)**
Toragesic	**10 mg**	**VO**	**8/8 h**
Antiemético (ondancetron)	**4 mg**	**EV**	**8/8 h**

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- Dieta geral;
- Retorno ambulatorial após 15 dias;
- Atividade diária sem peso após 7 dias, atividade física após 30 dias e hipertrofia após 60 dias.

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (dipirona)	**1 g**	**VO**	**6/6 h se dor**
Analgésico (paracetamol)*	**750 mg**	**VO**	**6/6 h se dor**

* em casos de pacientes alérgicos à dipirona

CRITÉRIOS PARA A ALTA HOSPITALAR

- Sinais vitais normais para faixa etária

- Dor controlada
- Diurese presente
- Boa aceitação alimentar
- Ausência de sangramento

REFERÊNCIAS

1.LichtensteinIL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension free hernioplasty. Am J Surg. 1989;157(2):188-93.

3.2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipe Multiprofissional
- Sonda gástrica.
- Material para acesso venoso (periférico e central).
- Seringas.
- Gazes.
- Luvas, máscaras e óculos de proteção.
- Material de intubação traqueal (tubo, laringoscópio).
- Sondas de aspiração de via aérea.
- Sonda gastroesofágica (Balão de Sengstaken - Blakemore).
- Xilocaína gel.
- Serviço de endoscopia digestiva 24 horas.
- Serviço de Hemoterapia/ Banco de Sangue 24 horas.
- Medicações (terlipressina, ceftriaxona, noradrenalina).

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Identificar a causa do sangramento.**
- **Avaliar a gravidade e estabilidade hemodinâmica.**
- **Estabilizar o paciente para a realização do procedimento endoscópico.**
- **Identificar pacientes com necessidade de passagem de sonda de Sengstaken - Blakemore.**

3. PROCEDIMENTOS

• Identificar a causa do sangramento.

• Úlcera péptica. /

• Síndrome de Mallory-Weiss.

• Varizes de esôfago.

• Coagulopatias.

• Úlceras de estresse / Gastrites.

• Fístula aortoentérica.

• Neoplasia.

• Divertículo de Meckel.

• Questionar sobre a ingestão de AAS ou outro anti-inflamatório não hormonal, corticosteroides, anticoagulantes, agentes corrosivos ingeridos em tentativas de suicídio ou ingesta abusiva de bebida alcoólica.

• A endoscopia digestiva alta é o procedimento de eleição para a localização do sangramento digestivo alto. O paciente necessita estar estabilizado para iniciar a EDA, se necessário intubar, expandir a volemia e iniciar drogas vasoativas para atingir esta estabilidade.

• Avaliação da gravidade da HDA

• São pacientes de alto risco:

• Perda volêmica maciça.

• HDA varicosa.

• Instabilidade hemodinâmica.

• Doenças associadas com potencial descompensação devido ao sangramento (ex. insuficiência hepática, insuficiência renal, IAM recente, etc).

• Paciente com fatores prognósticos clínicos, volêmicos e endoscópicos de alta possibilidade de ressangramento ou mortalidade.

• Tratamento: a ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA

• Aquecer o paciente evitando hipotermia.

• Deve-se iniciar imediatamente a reanimação volêmica com soluções cristalóides, através de cateter de grosso

calibre instalado em veia também calibrosa.

• Se o paciente for alcoólatra, as soluções intravenosas devem incluir glicose e tiamina (Acesyl* 100 mg em 1 mL; Citoneurin' 1.000 tiamina 100 mg e piridoxina 100 mg).

• Transfusão

• Concentrado de hemácias - sempre que hemoglobina menor que 7 g/dl, ou quando menor que 9 g/ dl em pacientes com comorbidades como coronariopatia e na presença de sangramento ativo.

• Concentrado de plaquetas - quando contagem de plaquetas menor que 50 mil

• Plasma fresco congelado - quando INR ou relação do TTPA > 1,5. Transfundir 15 a 20 ml/kg (uma bolsa após a outra

• Quando transfundir mais de 4 concentrados de hemácias lembrar de repor cálcio e repor fatores de coagulação (plasma fresco congelado).

• CONTROLE DO SANGRAMENTO

• Lavagem gástrica: Não traz benefícios terapêuticos. Serve para documentar a presença de HDA e melhorar as condições para a realização da endoscopia.

• A endoscopia alta de urgência e a tentativa de aplicação de medidas hemostáticas através da mesma são indicadas em todos os doentes com hemorragia digestiva alta.

• VARIZES DE ESÔFAGO

• Terapia farmacológica

• Deve-se iniciar o emprego de vasoconstritores esplâncnicos o mais precocemente possível em pacientes sob suspeita de hemorragia varicosa, antes mesmo da realização de exame endoscópico.

• Terlipressina:

• Terapia farmacológica de *V* escolha. Único agente vasoativo associado a redução de mortalidade.

• Recomenda-se administração intermitente da droga na dose de 2 mg em bolus seguido de 1 - 2 mg de 4/4 horas, a depender do peso corpóreo por 2 a 5 dias.

• Efeitos colaterais do tratamento podem incluir angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, bradiarritmias, isquemia de membros inferiores, isquemia mesentérica e hipertensão arterial sistêmica.

• A droga deve ser evitada ou empregada com cautela em pacientes com insuficiência coronariana e insuficiência vascular periférica. Seu uso durante a gestação está contraindicado pelo risco aumentado de abortamento espontâneo.

• Interações medicamentosas: cautela no uso de terlipressina associado a medicações que ocasionem bradicardia (propofol, fentanil), pois este efeito pode se tornar mais frequente e exigir suspensão da medicação.

• Somatostatina:

• Também induz redução significante das pressões portal e intra varicosa e do fluxo da veia ázigos, mas de efeito mais transitório na dose habitual de 250 mcg/ kg/hora, sendo observado efeito mais persistente com dose mais alta de 500 mcg/kg/hora. Recomenda-se administração de 250 mcg em bolus, seguida por infusão contínua de 250 mcg/kg/hora por 2 - 5 dias.

• Octreotide:

• Análogo da somatostatina que, embora se associe apenas à redução transitória ou nula da pressão portal, exibe ação na prevenção da sua elevação pós-prandial.

• É habitualmente empregado em bolus de 50 -100 mcg, seguido de infusão contínua de 25 - 50 mcg/ hora por 2 - 5 dias.

• Os efeitos colaterais principais da somatostatina e seus análogos são dor abdominal, diarreia, hiperglicemia

e cefaleia.

• Não se deve mais empregar vasopressina associada a nitratos como tratamento farmacológico para sangramento

varicoso.

• O uso dessas drogas deve ser estendido por 2 a 5 dias.

• Muito embora o tratamento farmacológico possa ter eficácia semelhante ao tratamento endoscópico no controle do sangramento varicoso, existem evidências de superioridade no controle do sangramento e na frequência de recidiva hemorrágica com o emprego do tratamento combinado farmacológico e endoscópico.

• Procedimentos para controle do sangramento:

• Endoscópicos

• A escleroterapia endoscópica interrompe o sangramento em 80% a 90% dos pacientes com hemorragia

aguda de varizes.

• A laqueadura endoscópica de varizes é equivalente à escleroterapia na obtenção da hemostasia. Há menos complicações associadas, as quais incluem ulcerações superficiais e, raramente, a formação de estenoses.

• *Balão de Sengstaken - Blakemore*

• Indicações:

• O balão constitui uma ponte para um tratamento definitivo (endoscópico, cirúrgico ou mesmo tempo

para ação da terapia farmacológica).

• Instalação do Balão:

• A equipe que irá inserir o balão deverá utilizar material de proteção pessoal, como: gorro, máscara, óculos de proteção, luvas e avental.

• Teste do balão - insuflar os balões gástrico e esofágico a fim de verificar que não existem vazamentos. Esvaziar completamente os balões.

• Explicar o procedimento aos pacientes acordados. Alguns pacientes com necessidade de passagem do balão poderão necessitar de analgesia e sedação para o procedimento.

• Estimar o quanto o balão necessitará ser introduzido para permanecer em posição gástrica através da soma das medidas das distancias do epigástrio a narina e da narina ao lobo da orelha. Somar a isto a distancia da ponta do balão até o final do balão gástrico. Deixar alguns centímetros (10 a 15 cm) mais introduzido, visto que o balão gástrico não pode estar locado no esôfago ao ser inflado.

• Aplicar xilocaína gel na narina e ao balão.

• Introduzir o balão além da medida estimada ou até próximo da sua completa introdução.

• Confirmar a posição pela ausculta da injeção de ar no lúmen da sonda gástrica.

• Encher o balão gástrico com 300 a 400 ml de ar.

• Tracionar gentilmente o balão até senti-lo impactar no fundo gástrico. Não tracionar com excesso de força.

• Inflar o balão esofágico com 20 a 30 mmHg de ar. Medir a pressão com manovacômetro (esfigmomanômetro ou cufômetro adaptado). Raramente varizes esofágicas atingem pressões maiores que 20 mmHg.

• Lacrar os lumens dos balões esofágico e gástrico do balão e monitorar o lúmen da sonda gástrica do balão (deixá-lo aberto em sifonagem).

• Fixar o balão, mantendo a compressão do balão gástrico sobre o fundo do estômago, com cuidado para não gerar pressão excessiva sobre o estômago ou prende-lo a narina e gerar necrose do nariz.

• Confirmar a posição do balão por radiografia. Duração da terapia:

• Checar a pressão do balão esofágico a cada 4 a 6 horas.

• Esvaziar balão a cada 12 horas e checar se existe evidência de retorno do sangramento.

• O balão não deverá ser mantido além de 24 a 48 horas pelo risco elevado de complicações.

• Antes da retirada do balão fazer endoscopia para procedimento de ligadura ou laqueadura. O balão pode ser apenas esvaziado e permanecer locado durante a realização da endoscopia. Após o controle dos pontos prováveis de sangramento pela endoscopia o balão pode ser retirado.

• Se ao esvaziar o balão houver retorno do sangramento e terapia endoscópica imediata não for possível, inflar imediatamente o balão. Considerar realização de nova endoscopia em 12 horas ou colocação de TIPS, ou procedimento cirúrgico.

TIPS - derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) consiste na colocação de um stent de metal expansível por uma área criada entre uma veia hepática e um ramo intra-hepático principal do sistema porta.

Cirúrgicos - derivações cirúrgicas devem ser consideradas em casos de hemorragia refratária ou ressangramento recorrente precoce que não podem ser controlados através de meios endoscópicos ou farmacológicos e quando o TIPS não estiver disponível ou não for tecnicamente possível. Algoritmo Tratamento da HDA varicosa.

Úlcera Péptica

Sangramento de úlcera péptica cessa espontaneamente em pelo menos 80% dos pacientes, a maior dos quais tem uma recuperação sem intercorrências sem uma Intervenção específica.

Classificação endoscópica de Forrest

Classe III: úlceras de base limpa.

• Taxa de hemorragia recorrente de *0%* a 2%.

• Virtualmente nunca requerer intervenção urgente para hemorragia recorrente.

• Candidatos para alta precoce (durante o primeiro dia) depois de reanimação volêmica, estabilização e instituição de terapia específica para a úlcera.

• Classe IIC e MB: úlceras caracterizadas por placas pigmentadas planas ou coágulos aderentes, respectivamente.

• Incidência de ressangramento e intervenção urgente entre 10% a 22%, respectivamente.

• Requerem período mais longo de hospitalização, embora não em UTI.

• Classe IIA e Classe I: úlceras não sangrantes com vasos visíveis e úlceras com sangramento ativo, respectivamente.

- Apresentam risco mais elevado para hemorragia adicional (43 a 55%, respectivamente) e morte.
- Devem passar pelo menos um dia na UTI.
- Desde que a maioria dos episódios de hemorragia recorrente acontece dentro de três dias depois do episódio, os pacientes que têm uma evolução hospitalar descomplicada podem ser receber alta após três dias.
- Dieta
- Dieta zero: duração definida pelo risco de ressangramento.
- Características endoscópicas de baixo risco: iniciar dieta em seguida ao procedimento endoscópico.
- Características endoscópicas de risco mais alto; não receber nada por via oral ou somente dieta líquida sem resíduos durante os primeiros dois dias de hospitalização.
- Redução de pH gástrico
- Inibidores da bomba de prótons: omeprazol (pó liofilizado 40 mg).
- Ataque: 80 mg diluído em SF0,9% 100 mL EV em 20 a 30 minutos.
- Infusão contínua: 8 mg/hora nas 72 horas subsequentes

(80 mg em 100 mL SF0,9% a 10 mL/hora).

- *Endoscopia*
- Terapias endoscópicas: eletrocoagulação bipolar, sondas térmicas ou escleroterapia endoscópica.
- Indicada para pacientes com evidência clínica de hemorragia significativa ou evidência endoscópica de sangramento ativo ou um vaso visível não sangrante.
- Úlceras com uma placa pigmentada, coágulo aderente ou base limpa não são beneficiadas com a terapia endoscópica.
- *Cirurgia:* quando a terapia endoscópica falha ou é indisponível.
- *Outros Cuidados*
- Considerar intubação endotraqueal como precaução contra aspiração antes da endoscopia em pacientes com hemorragia volumosa, agitação severa ou estado mental alterado.
- Antibioticoprofilaxia sistêmica.
- Pacientes cirróticos com hemorragia gastrointestinal (ceftriaxona Ig EV ao dia).
- Úlcera péptica perfurada (penicilinas associadas aos inibidores da beta-lactamase, carbapenémicos, fluoroquinolonas e anti anaeróbio, aztreonam e ou aminoglicosídeo e anti anaeróbio).
- A duração da cobertura antimicrobiana é controversa. O consenso geral corrente advoga terapia antimicrobiana por 5 a 7 dias.

4. INDICADORES

- **Taxa de sucesso do tratamento endoscópico.**
- **Registro de alta e óbito.**
- **Registro de complicações do uso de balão de Sengstaken - Blakemore.**

5. REGISTROS

- **Prescrição médica.**
- **Evolução médica.**
- **Anotação de enfermagem UTI.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- Ficha de balanço e controle.

6. SIGLAS

HDA - Hemorragia Digestiva Alta

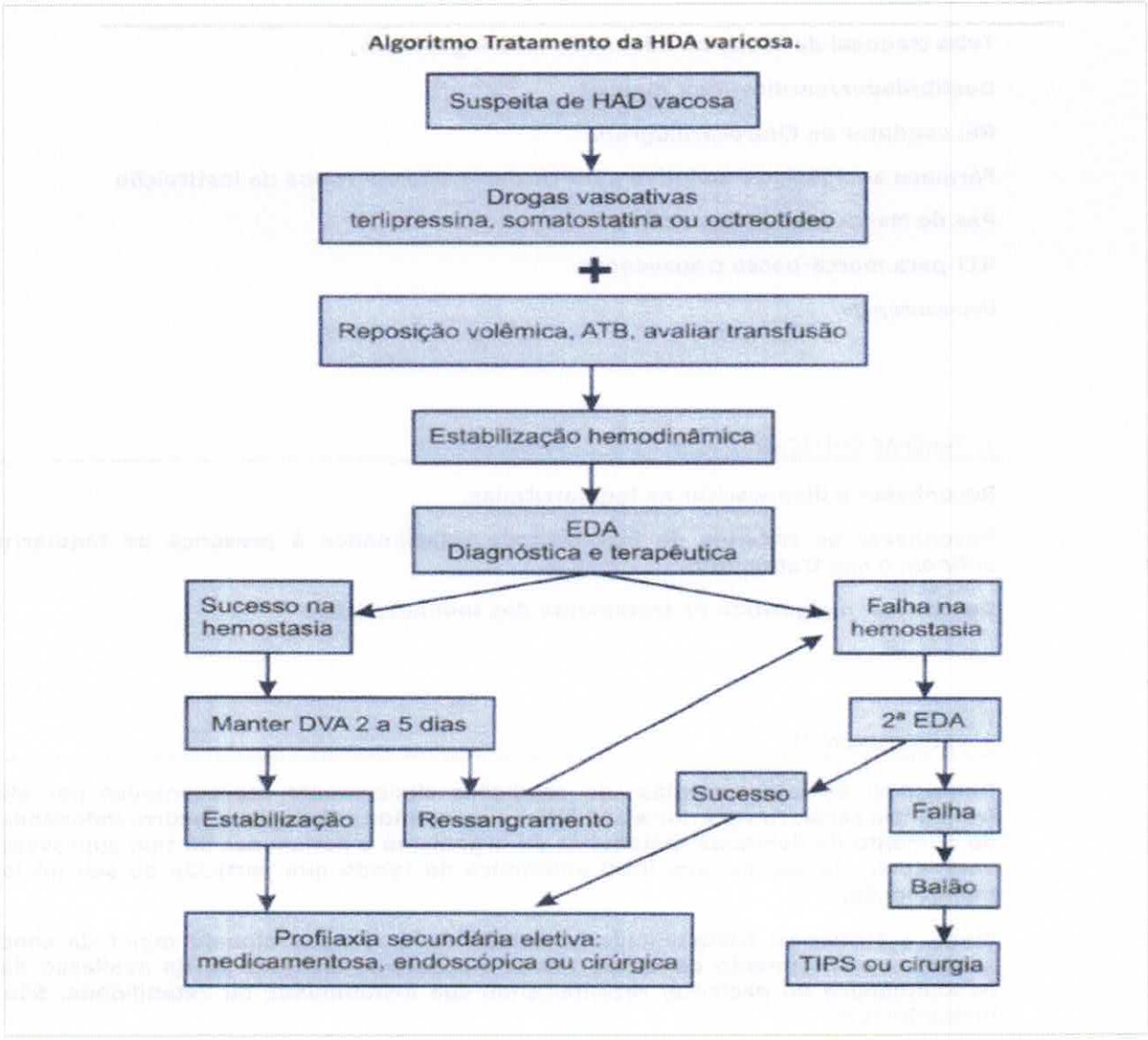
TIPS- Derivação Portossistêmica Intra-hepática Transjugular

EDA - Endoscopia Digestiva alta

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Ioannou G. et. al. Cochrane Database Syst Rev. 2003.**
- **Bittencourt. P, et. al. GED 2011: 30 (Supl. 2): 10-30.**
- **Federação Brasileira de Gastroenterologia. Hemorragias Digestivas. Projeto Diretrizes AMB/CFM. 2008.**

8. ANEXOS



3.3 TAQUIARRITMIAS

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe multidisciplinar (medicina e enfermagem) preparada para atender o paciente em situação de instabilidade

Máscara enriquecida com

Conjunto completo para aspiração/ unidade bolsa-valva-máscara

Tubo traqueal de tamanho adequado e Laringoscópio

Desfibrilador/cardioversor manual

Gel condutor de Eletrocardiógrafo

Fármaco analgésico e sedativo para cardioversão em rotina da instituição

Pás de Marca passo transcutâneo

KIT para marca-passo transvenoso

Eletrocardiógrafo

2. TAREFAS CRÍTICAS

Reconhecer e diagnosticar as taquiarritmias.

Reconhecer os critérios de instabilidade relacionados à presença de taquiarritmia, que definem o seu tratamento.

Determinar o algoritmo de tratamento das taquiarritmias.

3. PROCEDIMENTOS

Definições: as taquiarritmias são condições clinicamente representadas por elevação da frequência cardíaca superior a 100 bpm, que, quando patológicas, ocorre independentemente do aumento da demanda metabólica do organismo e podem ser do tipo supraventricular ou ventricular, de acordo com local anatômico do tecido que participa do seu início e da sua manutenção.

Sinais e Sintomas: Instabilidade ou Estabilidade: O determinante maior da conduta a ser adotada no tratamento da taquiarritmia e baseia-se exatamente na avaliação da condição hemodinâmica do paciente, reconhecendo sua instabilidade ou estabilidade. São sinais de instabilidade:

Alteração do nível de consciência.

Sinais e sintomas de choque.

Hipotensão.

Dor torácica tipo isquêmica (angina).

Dispnéia associada à congestão pulmonar.

A presença de um ou mais sintomas/sinais de instabilidade hemodinâmica determina conduta emergencial para abordagem da taquiarritmia com a cardioversão elétrica.

Tipos de Taquiarritmias:

Taquicardias supraventriculares (TSV): taquicardia sinusal, fibrilação atrial, flutter atrial, taquicardia paroxística supraventricular (TPSV), taquicardia atrial nodal (TAN) e taquicardia juncional (TJ).

Taquicardia sinusal: Tratamento: o foco do tratamento é remover o fator desencadeante ou tratar a doença de base.

Taquicardia Supraventricular: Tratamento: inicialmente, na tentativa de manobras vagais (Valsalva ou massagem do seio carotídeo), depois de afastadas as contraindicações. Caso não haja sucesso, a adenosina é o fármaco de escolha, devendo ser evitada em pacientes com broncoespasmo ou doença coronariana grave. Na impossibilidade do seu uso, betabloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio não dihidropiridínicos (diltiazem e verapamil). Outras opções são a amiodarona, digitálicos, propafenona e a procainamida. Na presença de instabilidade hemodinâmica, a cardioversão elétrica deve ser imediatamente realizada, iniciando-se com carga de 100 J.

Taquicardia Atrial: além da abordagem do distúrbio do ritmo em si, o tratamento concomitante do evento desencadeante é de grande auxílio na reversão da arritmia e na prevenção de sua recorrência. As drogas recomendadas são os betabloqueadores e antagonistas do cálcio (diltiazem e verapamil). Outras opções incluem amiodarona e propafenona. A taquicardia atrial costuma ser irresponsiva à cardioversão elétrica.

Flutter Atrial: o tratamento agudo depende da apresentação clínica, onde a CVE é mandatória diante de instabilidade hemodinâmica, podendo-se iniciar com carga de 50 J. O uso de fármacos para o controle da frequência (betabloqueadores, verapamil, diltiazem e digitálicos) pode ser indicado. Reversão para ritmo sinusal pode ser obtida por meio de cardioversão química com ibutilide e dofetilide (não disponíveis no Brasil), mas a cardioversão elétrica é o método mais eficaz. Nos casos com duração superior a 48 horas, torna-se necessária a anticoagulação quando a opção for a reversão da arritmia.

Fibrilação Atrial: a abordagem inicial deve sempre levar em conta a situação clínica do paciente e a resposta ventricular da arritmia, pois raramente a FA é a causa da instabilidade em pacientes com frequência cardíaca < 150 bpm. Nesses casos, deve-se procurar outras razões para a instabilidade e evitar a cardioversão. Para os pacientes que se apresentam estáveis, pode se definir pelo controle da resposta ventricular com drogas intravenosas, como diltiazem, verapamil e betabloqueadores. O digital tem seu papel nos pacientes com ICC (outra opção seria a amiodarona). Caso a decisão de reversão farmacológica para o ritmo sinusal seja tomada nos pacientes estáveis, deverá ser realizada em até 48 horas do início da arritmia, quando os eventos tromboembólicos são raros. Passado este período, o paciente deve ser efetivamente anticoagulado por, pelo menos, 3 a 4 semanas antes da cardioversão. Os fármacos usualmente utilizados em nosso meio, para esse fim, são a propafenona, a procainamida, o sotalol e a amiodarona; esta última é a mais segura no caso de disfunção ventricular.

Taquicardias ventriculares (TV): taquicardia ventricular polimórfica e monomórfica.

Taquicardia monomórfica de complexo largo: As drogas de escolha são a amiodarona, a procainamida e o sotalol por via intravenosa, ficando a lidocaína como segunda opção. Nos pacientes com disfunção ventricular, a procainamida deve ser evitada, podendo-se utilizar a amiodarona e a lidocaína. A taquicardia ventricular monomórfica estável responde bem a choques de cardioversão com forma de onda monofásica ou bifásica com energias iniciais de 100 J. A adenosina pode ser considerada nas taquicardias de QRS largo regulares de origem incerta e estáveis, uma vez que é segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial nesses casos. Diante de instabilidade clínica, a cardioversão elétrica é mandatória, com carga inicial de 100 J.

Taquiarritmia ventricular polimórfica: O tratamento consiste na retirada dos fármacos que alargam o QT, correção hidroeletrolítica e a infusão de sulfato de magnésio. A lidocaína e a fenitoína são outras opções terapêuticas. As TV polimórficas com intervalo QT normal devem ser inicialmente tratadas com betabloqueador (amiodarona, lidocaína, mexiletine, fenitoína também são opções). Na presença de disfunção ventricular, a amiodarona torna-se a melhor opção.

Tratamento - principais fármacos e terapia elétrica

Adenosina: 6 mg IV em 3 a 5 s; considerar 12 mg.

Amiodarona: 150 mg IV em 5 - 10 minutos; 1 mg/min em 6 horas; 0,5 mg/min em 18 horas; Máximo de 2,2 g nas 24 horas.

Metoprolol: Bolus 5 mg IV em 5 minutos (máx. de 15 mg).

Atenolol: Bolus 5 mg IV em 5 minutos (máx. de 10 mg).

Propranolol: Bolus 0,5 a 1,0 mg IV em 1 minuto (máx. de 0,1 mg/Kg).

Esmolol: Bolus 0,5 mg (500 mcg) /Kg IV em 1 minuto seguido de 0,05 mg (50 mcg) /Kg/min (máx. de 300 mcg/Kg/min).

Verapamil: Bolus IV 2,5 a 5,0 mg em 2 a 3 minutos S/N, 5 a 10 mg a cada 15 minutos até o máx. de 20 mg ou 5 mg a cada 15 minutos até o máx. de 30 mg.

Diltiazem: 0,25 mg/Kg (15 a 20 mg) IV em 2 minutos; 0,35 mg/Kg (20 a 25 mg) IV em 2 minutos; Manutenção: 5 a 15 mg/h.

Lanatosideo C: 0,4 mg / dose. Máx. de 1,2 mg.

Propafenona: 2 mg/Kg em 2 minutos.

Princípios da cardioversão elétrica (CVE)

A CVE difere da desfibrilação porque a liberação do choque é sincronizada com a atividade intrínseca do coração, evitando que o mesmo incida sobre a fase ascendente da onda T (fenômeno R sobre T) e induza Fibrilação ventricular.

Todo paciente instável que será submetido a uma CVE em virtude de taquicardia deve ser levado à sala de emergência, onde serão providenciados: monitorização eletrocardiográfica e de pressão arterial, oximetria de pulso, acesso venoso e assistência ventilatória básica ou avançada de acordo com o nível de consciência e saturação arterial de oxigênio do paciente.

A sedação do paciente para a CVE do paciente consciente tem de prover a devida hipnose e analgesia e deve ter ação fugaz para o rápido despertar do paciente após o procedimento. Entretanto, não deve causar depressão respiratória que necessite intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

As drogas mais utilizadas em nosso meio são fentanil, para analgesia, associado à midazolam, etomidato ou propofol para promover hipnose.

Em caso de CVE eletiva, deve-se manter o paciente em jejum por pelo menos 6 horas.

Sob sedação adequada, confirmada pela perda do reflexo ciliar, deve-se colocar gel nas pás e posicioná-las com uma pressão de cerca de 13 Kg na posição esterno-ápice ou posição anteroposterior. Feito isso, a derivação eletrocardiográfica de maior amplitude positiva de QRS deve ser selecionada no monitor, ligar o modo sincronizado e carregar o cardioversor com a carga inicial recomendada, que varia de acordo com a taquicardia a ser tratada: flutter

8

atrial - 50J, taquicardia paroxística e taquicardia atrial - 100J, taquicardia ventricular monomórfica - 100J, fibrilação atrial - 120 a 200 J .

4. INDICADORES

Taxa de sucesso de Cardioversão

Taxa de mortalidade cardiovascular

5. REGISTROS

Prontuários do Paciente

Evolução médica

Evolução da enfermagem

Registro de óbitos do hospital

Laudo de exames laboratoriais

6. SIGLAS

ECG - Eletrocardiograma

7. REFERÊNCIAS

Guideline - 2015

3.4 EDEMA AGUDO DE PULMÃO

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe multidisciplinar preparada para atender prontamente o paciente em insuficiência respiratória.

Material para intubação traqueal e ventilação (ambu, máscara, laringoscópio, tubos, ventilador).

Suporte ventilatório- ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Material para instalação de acesso venoso (primeiramente periférico e depois central).

Morfina.

Furosemida.

Metoprolol.

Lanatosideo C.

Amiodarona.

Marca-passo transcutâneo.

Atropina.

Nitroprussiato de sódio.

Nitroglicerina.

Hemodiálise.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Identificar pacientes em Edema agudo de pulmão.

Identificar ritmo cardíaco e valores de pressão arterial.

Identificar fatores de gravidade.

Reversão da instabilidade hemodinâmica e respiratória.

3. PROCEDIMENTOS

Identificar pacientes em edema agudo de pulmão, a causa e direcionar tratamento pela etiologia.

A abordagem do paciente em EAP deve ser ágil.

Monitoração multiparamétrica: ECG, oximetria de pulso, PNI.

Instalar acesso venoso, inicialmente periférico.

Suporte ventilatório- avaliar VNI, se necessário VM invasiva de acordo com o nível de consciência, trabalho respiratório e instabilidade hemodinâmica.

Após, ou simultaneamente à abordagem pelo ABC rápido, (via aérea, ventilação e circulação) a morfina associada à furosemida deve ser utilizada imediatamente.

Morfina- Promove melhora da ansiedade pelo seu efeito hipnótico bem como aumenta a capacitância venosa.

Diuréticos: Não há a necessidade de realizar mais que 40 mg de furosemida nos indivíduos que não apresentam insuficiência renal crônica

Iniciar o tratamento do fator desencadeante

Arritmias

Fibrilação Atrial (FA)

- FA crônica na ausência de hipotensão- diminuir frequência cardíaca-betabloqueador* / digital.

-FA aguda Iná ausência de hipotensão-reversão da arritmia: cardioversão elétrica / amiodarona.

-FA aguda instável (hipotensão, dessaturação, angina - cardioversão elétrica).

Bloqueio atrioventricular total:

-Marca passo transcutâneo externo e atropina.

Hipertensão arterial sistêmica

EAP hipertensivo:

Morfina

Diurético

Vasodilatador.

Insuficiência cardíaca descompensada

Dobutamina

Vasodilatador (se PA elevada).

Insuficiência coronária

AAS.

Betabloqueador* para controle de frequência cardíaca

Vasodilatador:

Em pacientes coronarianos e que o evento seja considerado como equivalente isquêmico, independente da presença ou não de arritmias.

Insuficiência renal crônica

Vasodilatador

Ultra filtração: Nos indivíduos com insuficiência renal terminal considera ultrafiltração de emergência. Nestes casos pode ser necessário proceder a intubação orotraqueal para estabilizar o quadro até que possa realizara remoção de fluidos.

Atenção: o uso de Beta-Bloquedores em pacientes com edema pulmonar deve ser feito com cuidado. Nos casos em que exista disfunção ventricular esquerda, o uso de B-bloqueador na fase aguda do EAP pode reduzir o inotropismo e acentuar o quadro congestivo.

Medicações

Sedação

Morfina-2mg IV podendo repetir conforme a resposta do paciente.

Diuréticos

Furosemida-20 a 40mg IV inicialmente. Após 30 minutos pode repetir 20 mg.

Vasodilatadores

Nitroprussiato de sódio- Diluição sugerida:SG 5% 248 ML +Nitroprussiato de sódio 50 mg (2ml).

Nitroglicerina –SG5% 240ml + Nitroglicerina 50 mg (10ml).

Inotrópicos

Dobutamina- Diluição concentrada sugerida: SG 5% 170ml –Dobutamina 80 ml (1.000mg).

Antiarrítmicos

Amiodarona- 5-7 mg/kg em 30 a 60 minutos, seguido 10 a 20 mg/kg/dia (em média 600 a 800 mg/24h até 1.200mg/24h) em 250 ml de solução de glicose a 5% durante alguns dias.

São fatores de risco para edema agudo de pulmão grave:

Insuficiência renal crônica.

Insuficiência coronária.

Insuficiência cardíaca congestiva.

Hipertensão arterial maligna.

Fibrilação atrial aguda.

4.INDICADORES

Tempo de controle hemodinâmico e respiratório.

5. REGISTROS

Prescrição medica.

Evolução medica.

Anotação de enfermagem UTI.

Anotação de fisioterapia UTI.

Evolução do enfermeiro.

Evolução do fisioterapeuta.

Ficha de balanço e controle.

6. SIGLAS

IV- Intravenoso.

ICC- Insuficiência cardíaca congestiva.

SCA- Síndrome coronariana aguda

PNI- Pressão Não invasiva

PA- Pressão arterial.

ECG- Eletrocardiograma

Mg -Miligrama.

Mcg- Micrograma.

EAP- Edema agudo de pulmão.

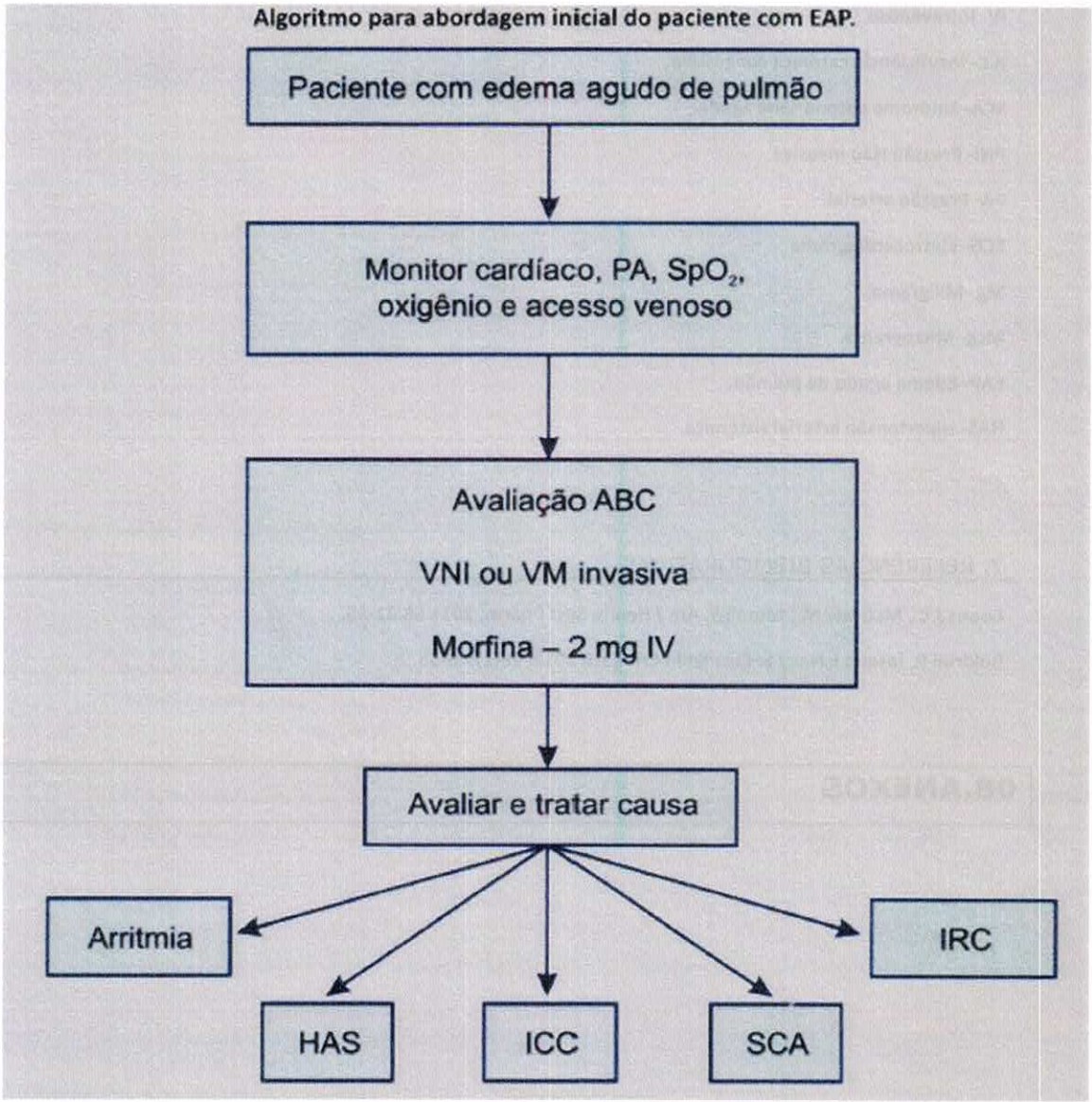
HAS- Hipertensão arterial sistêmica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coons J.C., McGraw M., Murali S. Am J Health Syst Pharm, 2011 68:21-35.

Boldrini R, fasano L,Nava S. Curr Opin Crit Care 2012: 18(1):48-53.

08.ANEXOS



3.5 MANUSEIO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Máscara laríngea de numerações adequadas ao perfil de pacientes da UTI (adulto, infantil).

Tubo laríngeo.

Kit para intubação retrógrada.

Kit para cricotireoidostomia

Kit para ventilação com jato transtraqueal (VJJT)

2. TAREFAS CRÍTICAS

Definir via aérea difícil.

Antecipar o risco de via aérea difícil.

Reconhecer e escolher método alternativo à intubação orotraqueal

3. PROCEDIMENTOS

Definição: Quando já necessidade de mais de 3 tentativas ou duração superior a 10 minutos para o correto posicionamento do tubo orotraqueal, utilizando a laringoscopia convencional (American Society of Anesthesiology.

Avaliação de fatores preditores para a via aérea difícil:

Sinais clínicos de acesso difícil à via aérea:

Idade <12 anos ou 40-60 anos.

Abertura oral <40 mm.

Pelato de arcada alta.

Gravidez.

Cifoescoliose.

Diminuição do grau de flexão cervical (ângulo flexão-extensão menor que 90 graus).

Pescoço curto: Distância entre tireoide e mandíbula <3 dedos ou 50 mm.

Escala de Mallampati graus III ou IV.

Dentes protusos.

Orofaringe profunda, estreita e arqueada.

Macroglossia.

Anomalia laríngea.

Anomalia mandibular.

Intolerância ao decúbito dorsal.

Estridor, rouquidão.

Trauma, deformidade, infecção ou hematoma de face, boca, faringe.

Distância **tireo mental** menor que 50mm.

Classificar a visualização da orofaringe a partir da abertura oral (Mallampati) :

Grau I- Visualiza palato mole, pilares,úvula e orofaringe.

Grau II- Visualiza palato mole e úvula.

Grau III- Visualiza palato mole e base da úvula.

Grau IV- Não **visualize** palato mole.

Classificar a visualização da laringe durante a laringoscopia: **Classificação** de laringoscopia (Cormack):

Grau I: glote bem visível.

Grau II: somente a parte posterior da glote é visualizada.

Grau III: Somente a epiglote pode ser visualizada. Nenhuma porção da glote é visível.

Grau IV: Nem a epiglote, nem a glote pode ser visualizada.

Intubação retrógada

Indicações gerais: Falha em tentativas convencionais associada a: obstruções por sangue, secreções, anomalias, epiglote, edema de laringe; acesso a via aérea em pacientes com comorbidades associadas a alterações anatômicas do trajeto boca-laringe (exemplos, artrite reumatoide, esclerodermia, lesões cervicais instáveis, macroglossia, micrognatia, fratura mandibular).

Contra-indicações: Obstrução severa no trajeto entre abertura oral e laringe; anatomia desfavorável da laringe;bócio, coagulopatia,obesidade,estenose traqueal,infecção no trajeto.

Técnica:

Administrador O_2 sob cateter nasal.

Após adequado preparo para intubação acordado, assepsia da região anterior do pescoço e anestesia da pele.

Identificar a membrana cricotireoidea.

Imobilizar a laringe usando o polegar e o dedo médio enquanto que o indicador palpa a membrana cricotireoidea.

Puncionar a membrana cricotireoidea com kit especifico (ou cateter jelco 18-20) formando ângulo de 90° com a pele; a aspiração de ar pela seringa com Salina indica posição intratraqueal da agulha; direcionar agulha no sentido cefálico, ficando em inclinação de 45° com a pele.

Retirar a seringa com a salina e colocar guia metálico pela agulha, na direção cefálica, até ele emergir pela boca (opção: usar pinça de Magill para pinçar o guia na faringe).

Retirar a agulha e fixar a ponta distal do guia aramado que saiu pela boca.

Revestir o guia com o dilatador e progredi-lo até sentir resistência (abertura de planos de pele, subcutâneo, fáscia e membrana cricotireoidea).

Manter as duas extremidades do guia esticadas.

Introduzir tubo traqueal através do dilatador e guia na extremidade que sai pela boca (preferencialmente passe o dilatador pelo olho de Murphy do tubo), até sentir que o mesmo toca a parede anterior da traqueia, na altura da membrana cricotireoidea.

Retornar a cabeça do paciente para a posição neutra.

Retire guia e dilatador juntos e introduza o tubo para a região inferior da traqueia.

Máscara Laríngea:

Via de acesso invasivo supraglótico que se consagrou como equipamento indispensável na manipulação da via aérea difícil.

Dentre as vantagens de seu uso podemos citar que dispensa laringoscopia para sua iserção e permite a rapidez no acesso e controle da via aérea.

Uma vez inserida, a ML se acomoda na hipofaringe com sua face convexa posterior em contato com a parede da faringe, e a anterior, na forma de uma pequena máscara inflável se sobrepondo à laringe.

Indica-se a máscara laríngea:

Como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente acordado.

Na situação de não emergência (paciente anestesiado que não pode ser **entubado,** mas pode ser ventilado), como via aérea definitiva para prosseguir o caso.

Como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente anestesiado que pode ser ventilado, mas não intubado.

Na situação de emergência "não intubo,não ventilo",como um dispositivo salva-vidas.

Como conduto para intubação traqueal nos casos "não intubo, não ventilo".

Tubo Laringeo (TL) - COMBITUBE

O TL original consiste de um tubo de vias aéreas de silicone com dois balões. Os balões distais bloqueiam a entrada do esôfago e o espaço faríngeo acima da laringe, respectivamente, enquanto orifícios entre os balões permitem ventilação. O tubo laríngeo de sucção (LTS é uma versão de duplo lúmem do TL). O LTS possui um tubo esofagiano de drenagem que isola os tratos respiratórios e alimentar, permitindo a introdução de sonda gástrica no esôfago.

Cricotireoidostomia

Se possível: colocação de coxim sob os ombros para maximizar a exposição do pescoço e assepsia da região anterior do pescoço e anestesia da pele.

Identificação da membrana cricotireoidea.

Imobilizar a laringe usando o polegar e o dedo médio enquanto que o indicador palpa a membrana cricotireoidea.

Fazer incisão vertical na pele e palpar a cartilagem.

Incisão horizontal na membrana cricotireoidea próxima à sua borda infeiror.

Dilatar verticalmente a incisão com um a pinça Kelly ou com o cabo do bisturi.

Inserir a cânula de cricotireoidostomia,de traqueostomia infantil ou mesmo um TT de calibre pequeno.

Insuflar o balonete e confirmar intubação.

Via aérea com jato transtraqueal (VJTT)

A ventilação a jato transtraqueal é realizada a partir de uma cricotireoidostomia feita com cateter especial ou cateter venoso. É um procedimento simples, relativamente seguro e eficaz para uma situação de emergência na qual o paciente não pode ser intubado nem ventilado com máscara facial. A VJTT tem caráter provisório até o estabelecimento de uma via aérea definitivo.

INDICADORES

Taxa de intubação esofágica

Intubação retrógada e cricotireoidostomia: complicações imediatas: Hemorragia; enfisema subcutâneo ou de mediastino; pnemotórax, perfuração de traqueia, mediastino ou esôfago; lesão de corda vocal; aspiração do contudo gástrico; perfuração da porção membranosa da traqueia; complicações tardias: estenose traqueal ou subglótica; aspiração; fístula traqueoesogágica; mudança na voz; infecção local; sangramento; tranqueomalacia.

Mote ou dano cerebral permanente.

5. REGISTROS

Prontuário do paciente.

Evolução médica.

Evolução do enfermeiro.

Evolução do fisioterapeuta

Ficha de balanço e controle.

Registro de óbitos do hospital.

Laudo de exames laboratoriais.

Relatório da engenharia clínica.

6. SIGLAS

ML- Máscara Laríngea.

TL- Tubo Laríngeo.

VJTT- Via aérea com jato trasntraqueal.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Practice Guidelines for management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American

Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology 2003;98(5):1269-1277

Http://www.viaaereadificil.com.br Acessado em 07/08/2012

3.6 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Máscara e máscara enriquecida co O_2.

Conjunto completo para aspiração.

Tubo traqueal de tamanho adequando.

Laringoscópio.

Fita de fixação do tubo.

Seringa de 10 ml para insuflar balonete.

Luva estéril, avental, gorro, máscara e óculos de proteção.

Anestésico tópico em geleia e spray.

Guia de metal.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Indicações de acesso à via aérea.

Sedação e anestesia local para o procedimento.

Técnica convencional de intubação traqueal.

Complicações relacionadas à intubação e à manutenção do tubo traqueal.

3. PROCEDIMENTOS

Indicações de via aérea artificial:

Obstrução de via aérea.

Proteção contra aspiração pulmonar.

Remoção de secreções, no paciente incapaz de fazê-lo independentemente.

Uso de ventilação mecânica - insuficiência respiratória ou choque.

Lavar as mãos

Ventilar e oxigenar com bolsa e máscara até atingir saturação adequada ($SatO_2$> 90%), forçando a extensão da cabeça (exceção no paciente com suspeita ou confirmação de lesão cervical) .

Aspirar secreções orais se estiverem presentes em quantidades abundantes.

Estratégias de sedação: leve (vantagens de manter incursões respiratórias espontâneas, reflexo de tosse e menor efeito hemodinâmico) ou profunda (vantagens de melhor controle de relaxamento muscular e amnésia após procedimento).

Iniciar a seqüência de medicações para analgesia e sedação.

Analgesia:

Fentanil (2 a 5 mcg/kg). Essa infusão pode ser feita de forma lenta (ao longo de 30 segundos a 1 minuto).

Sedação

Etomidato (0,3 mg/kg) ou,

Propofol (1 a 3mg/kg) ou,

Midazolam (0,1 a 0,3mg/kg) ou,

Cetamina 1 a 2 mg/kg.

A opção por uma destas medicações deve ser feita levando em conta a condição clínica do paciente (instabilidade hemodinâmica e probabilidade desenvolvimento de insuficiência adrenal).

Bloqueador neuromuscular (BNM), assim que houver a perda da consciência. O uso desta medicação deve ser avaliado conforme a sua segurança no procedimento. Podem ser utilizados:

Rocurônio (1mg/kg) ou,

Atracúrio 9 0,5mg/kg) ou ainda,

Succinilcolina(1-2 mg/kg)

A opção por uma destas medicações deve ser feita levando em conta os o inicio de ação, duração e efeitos colaterais de cada um destas, ajustados à condição clínica do paciente.

Testar o balonete do cuff antes da intubação.

Ajustar a cabeceira da cama; pode-se elevar ou manter no zero grau; a melhor posição será quando a ponta do nariz do paciente estiver na mesma altura que o apêndice xifoide do médico que fará o procedimento.

Proceder a intubação, tentativas com duração máxima de 20-30 segundos.

Mobilizar a cabeça de extensão (melhor para ventilação com bolsa e máscara) para posição neutra (ideal para intubação traqueal); colocar coxim ou pequeno travesseiro (cerca de 8 cm) embaixo da cabeça, na região do occipício (figura 1).

Colocar o laringoscópio pelo lado direito da abertura oral; aprofundar a lâmina, de modo a rebater a língua para a esquerda; avançar a lâmina até a valécula; após visualizar a epligote, elevar e empurrar o laringoscópio no sentido craniocaudal; visualizar a rima glótica.

Em caso de dificuldade, manter a ventilação com bolsa e máscara e oxigênio suplementar.

Usar oximetria de pulso durante procedimento (evitar $SatO_2$ inferiores a 90%).

Insuflar o balonete com 10 a 15 ml.

Testar posicionamento do tubo observando a expansibilidade torácica e auscultando o tórax durante a ventilação com bolsa.

Fixar o tubo após a inserção do balonete, entre a marcação 21 e 23 cm.

Aspirar secreções e determinar a pressão do balonete mantendo a menor pressão que evite fuga de ar verificada à ausculta (máximo 18- 20mmHg).

Manter as lâminas do laringoscópio em saco protetor (plástico) após desinfecção com álcool a 70%.

Cuidados com a manutenção da via aérea artificial:

Fixação do TOT a cada 24 horas ou em caso de frouxidão.

Confirmar a intubação traqueal através de:

Visualização da passagem do TOT pela glote.

Névoa na parede do tubo.

Capnografia/capnometria.

Ausculta torácica.

Radiografia de tórax.

Posicionar o tubo na cavidade oral preferencialmente centralizado (paciente sedado).

Ao mobilizar o paciente intubado, atenção para evitar atração do circuito do ventilador que pode levar ao deslocamento do tubo.

4.INDICADORES

Hipoxemia e/ou hipotensão durante procedimento.

Desposicionamento do TOT, (extubação acidental).

Obsturação do TOT, com necessidade de troca.

Trauma de boca, faringe, laringe ou traqueia.

Broncoaspiração (síndrome de Mendelson).

Estridor pós-extubação.

Granulomas, estenoses ou malacia na traqueia.

5. REGISTROS

Evolução médica

Anotação de enfermagem

Evolução de fisioterapia

Folha de balanço hídrico e sinais vitais

Laudo de broncoscopia

Parecer de otorrinolaringologia.

6. SIGLAS

TOT- Tubo Orotraqueal

$SatO_2$ – Saturação de Oxigênio.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Kabrhel C, Thomsen TW, Setnik GS, Walls RM.

Orothacheal intubation. N Engl J Med 2007;356:e15

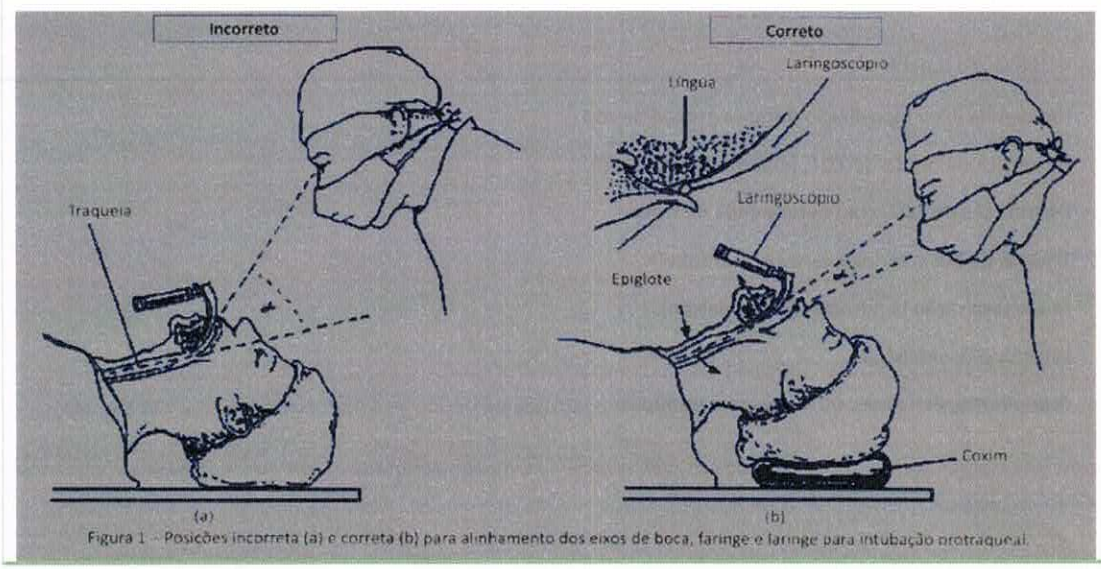


Figura 1 – Posições incorreta (a) e correta (b) para alinhamento dos eixos de boca, faringe e laringe para intubação orotraqueal.

3.7 INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Carvão ativado.**
- Antídotos específicos.

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Reconhecer em qual síndrome tóxica o paciente melhor se enquadra, caso o agente toxicante não seja conhecido (ver síndromes clínicas ao final do texto).**
- **Reanimação cardiopulmonar caso necessário.**
- **Medidas de suporte e correção de distúrbios associados.**
- **Uso de antídotos (ver tabela ao final do texto).**
- **Prevenção da absorção do toxicante.**
- **Aumento da eliminação do agente toxicante.**
- **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UTI**

3. PROCEDIMENTOS

Prevenção da absorção do toxicante

- **LAVAGEM GÁSTRICA**
- **A lavagem gástrica somente deve ser considerada em pacientes que tenham ingerido quantidades significativas de um agente tóxico que determine Importante toxicidade sistêmica ou risco de vida e quando o procedimento possa ser iniciado até 1 hora após a ingestão.**
- **O paciente deve ser mantido em decúbito lateral esquerdo e a Infusão deve respeitar a capacidade gástrica do paciente. Em adultos, administra-se 250 mL por vez.**
- **CARVÃO ATIVADO**
- **A administração de carvão ativado deve ser considerada em pacientes que tenham ingerido quantidade potencialmente tóxica de substância que seja bem adsorvida pelo carvão ativado e, preferencialmente, até 1 hora após a exposição.**
- **Dose: 1 g/kg de peso (até 100 g), diluir a 10% e administrar por via oral ou através de sonda nasogástrica.**

• **Contraindicações incluem substâncias com alto risco de aspiração brônquica, como os derivados de petróleo, agentes corrosivos e pacientes com risco de sangramento ou perfuração devido a lesões de mucosa ou cirurgia recente.**

• **Não são adsorvidas pelo carvão ativado: ácidos, álcalis, álcoois e metais, incluindo lítio e ferro.**

Aumento da eliminação do toxicante

• **ALCALINIZAÇÃO DA URINA**

• **A alcalinização da urina é mais frequentemente utilizada para eliminação de salicilatos, fenobarbital e dapsona. Para Isso utillza-se uma infusão endovenosa de bicarbonato de sódio (1 a 2 mEq/kg por 3 a 4 horas) até atingir pH urinário entre 7 a 8; repetir se necessário. A alcalinização sérica é útil para diminuir a toxicidade dos salicilatos e antidepressivos tricfclicos.**

• **DOSES MÚLTIPLAS DE CARVÃO ATIVADO**

• **A indicação de múltiplas doses de carvão ativado para diálise intestinal é utilizada nas intoxicações por agentes que apresentem circulação entero-hepática como, por exemplo, fenobarbital e por medicamentos de liberação prolongada (teofilina em apresentação "retard"). A dose pode ser repetida a cada 4 horas nas primeiras 12 horas após a exposição ou até 48 horas, conforme as manifestações clínicas e características do agente tóxico.**

Remoção extracorpórea de toxicantes

• **A hemodiálise é o principal método de remoção extracorpórea de substâncias. Intoxicações graves em que a hemodiálise pode ser útil incluem metanol, etilenoglicol, ácido bórico, salicilatos e lítio.**

4. INDICADORES

•Não se aplica

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Laudo de exames laboratoriais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

• **Martins HS. Tratamento específico das intoxicações exógenas agudas. In; Martins HS (Ed.). Emergências clínicas: abordagem prática. Baruerl: Manole, 2006. p. 753-77.**

• **Graff S. Intoxicações exógenas. In: Programa de atualização em medicina de urgência - PROURGEN. Porto**

Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. Ciclo 2. Módulo

1. p. 89-135.

• **Barotto AM, Cordioli MICV, Grando M. Intoxicações agudas. In: Programa de atualização em medicina**

intensiva - PROAMI. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2008. Ciclo 7. Módulo 1. p. 39-87.

• **Martins HS e Jacon SM. Abordagem inicial das intoxicações exógenas agudas. In: Martins HS (Ed.).**

Emergências clínicas: abordagem prática. Barueri: Manole, 2006. p. 344-64.

3.8 SEPSE

1. MATERIAL NECESSÁRIO

• **Laboratório preparado para realização de exames bioquímicos, hemograma e culturas.**

• **Frascos de hemocultura (quatro - dois anaeróbios e dois aeróbios ou quatro aeróbios) e frascos específicos para**

coletas de demais culturas pertinentes (secreção respiratória, urina, secreção de abscesso).

• **Material para coleta de gasometria e lactato.**

• **Material para passagem de cateter venoso central – campos e avental estéril, material para limpeza da área de passagem (ex. clorexidina degermante e solução de clorexidina alcoólica), luvas estéreis, gazes, anestésico local, equipo de soro, solução intravenosa (ringer ou soro fisiológico).**

• **Material para medir pressão venosa central (transdutor de pressão ou coluna d"água).**

• **Antibióticos venosos.**

• **Sonda vesical.**

• **Material para passagem de acesso arterial e medida de pressão arterial invasiva.**

• **Material de intubação e ventilador mecânico.**

• **Leito em unidade de emergência ou terapia intensiva.**

• **Equipe multiprofissional da UTI com treinamento para atendimento ao paciente séptico**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Diagnosticar o paciente com sepse.**
- **Identificar o paciente com disfunções orgânicas e choque séptico.**
- **Identificar o foco infeccioso e coletar hemoculturas (dois pares de hemoculturas com 20 ml para cada coleta - 1 par, colocando 10 ml em cada frasco) e culturas pertinentes preferencialmente antes do início da antibioticoterapia.**
- **Avaliar a perfusão tecidual do paciente com sepse e adequá-la em até 6 horas.**
- **Administrar a antibioticoterapia venosa de amplo espectro para a Infecção confirmada ou suspeita em até 1 hora.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Reposição volêmica e uso de vasopressores**
- **Investigar sinais SIRS diante da suspeita de sepse. São sinais desta:**

Temperatura central > 38 °C ou < 36 °C.

Frequência cardíaca > 90 bpm.

Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO^< 32 mmHg.

Leucócitos totais > 12.000/mm^; ou < 4.000/mm^ ou presença de > 10% de formas jovens.

- **Atenção: hiperglicemia pode ocorrer em decorrência de SIRS.**
- **Investigar se a resposta inflamatória sistêmica está sendo ocasionada por um quadro Infeccioso confirmado ou suspeito. Se existe a possibilidade da SIRS ser consequência de um quadro infeccioso tratar como sepse até confirmar ou descartar a presença da infecção.**
- **Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse grave. As principais disfunções orgânicas são:**

Hipotensão (PAm < 65 mmHg ou PA sistóllca < 90 mmHg).

Oligúria (< 0,5 ml/Kg/h) ou aumento de escórias nitrogenadas.

Pulmonar - definida por uma relação PaO^/FiO^ < 300.

Contagem de plaquetas < 100.000/mm^ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias.

Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases < 5,0 mEq/L e lactato > 1,5 vezes o valor normal.

6

Alteração do estado de consciência desde rebaixamento de do nível de consciência até agitação psicomotora.

Aumento das bilirrubinas > 2,0mg/dl.

Aumento do INR > 2,0.

Choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva a adequada reposição volêmica.

• A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse grave. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais.

• Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de sepse, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia.

• Pacientes portadores de sepse grave (sinais de hipoperfusão tecidual, ou disfunção orgânica) e choque séptico deverão iniciar os pacotes propostos pela SSC. Os pacotes iniciais do atendimento são:

Pacote de ressuscitação inicial.

Pacote de choque.

Complementar com medidas para serem atingidas em 24 horas.

• Pacote de ressuscitação inicial

• Diagnóstico

• Coletar lactato para diagnóstico de hipoperfusão tecidual. Se lactato maior que 1,5 vezes, ou se houver necessidade de drogas vasopressoras, instalar acesso venoso central.

• Coletar 2 pares de hemoculturas. Cada par é composto de uma coleta de 20 ml, coloca-se 10 ml em cada frasco de obtém-se o primeiro par. Realiza-se outra punção, caso o paciente tenha acesso venoso central há mais de 48 horas, coleta-se desta via 20 ml, coloca- se 10 ml em cada frasco e obtém-se o segundo. As hemoculturas devem ser coletadas sem aguardar que o paciente apresente pico febril e não deve ter intervalo de tempo entre as amostras.

• Antibioticoterapia. Fazer antibiótico intravenoso de amplo espectro para a infecção suspeita em até 1 hora do diagnóstico. Prescrever e avisar a enfermagem de que deve ser administrado em até 1 hora. O antibiótico deverá ser selecionado conforme o sítio infeccioso provável e a probabilidade de resistência antibiótica, baseando-se para tal em dados epidemiológicos do hospital.

• Otimização hemodinâmica - Se hipotensão, hiperlactatemia ou sinais hipovolemia, iniciar reposição volêmica (pelo menos 30 ml/kg de cristalóides).

• Pacote de choque

• O objetivo é atingir essas metas:

• PVC: 8 -12 mmHg ou 12 - 15 mmHg em pacientes em VM ou com complacência ventricular reduzida conhecida previamente.

• PAM > 65 mmHg.

- **Diurese > 0,5 ml/kg/h.**
- **SvcO2>70%.**
- **O clearance de lactato pode ser utilizado como guia a resposta terapêutica nos casos em que exista hiperlactatemia, ou como equivalente a meta terapêutica nos casos em que não é possível obter $SvcO^2$.**
- **Caso se disponha, poderá se optar pela utilização de outro método de avaliação da volemia (pressão de oclusão da artéria pulmonar) ou métodos dinâmicos de avaliação de resposta a infusão de fluidos de fluidos (variação de pressão de pulso, variação da cava inferior, elevação passiva dos membros inferiores). Ao considerar os métodos dinâmicos de fluido responsividade como VPP, distensibilidade de veia cava inferior ou WS deve-se lembrar que os pacientes devem estar sob ventilação mecânica com VC 8-lOml/Kg, PEEP <lOcmH^O, ausência de arritmias e esforço ventilatório.**
- **Instalar um acesso arterial para medida da pressão arterial invasiva em todos os pacientes com choque séptico.**
- **Noradrenalina é o agente vasopressor de primeira escolha. A dopamina pode ser utilizada nas exceções em que houver bradicardia, pacientes com baixo risco de desenvolver arritmias ou com disfunção ventricular esquerda prévia conhecida.**
- **A otimização dos parâmetros citados deverá seguir o algoritmo a seguir:**
- **Atenção: a manutenção do Hematócrito acima de 30 é opcional e quando optado só deve ser feito nas primeiras 6 horas de atendimento. Após estas primeiras 6 horas (ou mesmo quando se optar por não adotar tal conduta) a hemoglobina deve ser mantida igual ou maior que 7 g/dl. Salvo nos casos acompanhados de sangramento ou insuficiência coronária aguda.**
- **Medidas propostas para 24 horas**
- **Controle glicêmico < 180 mg/dl. Protocolos específicos de controle glicêmico devem ser utilizados para este fim.**
- **Pacientes com choque séptico refratário ao uso dedrogas vasoativas podem receber hidrocortisona (50mg EV a cada 6 horas ou 100 mg EV a cada 8 horas).**
- **Pacientes sépticos com SDRA e intubados deverão ser ventilados seguido protocolos de ventilação protetora, mantendo VC de 5 a 7 ml/kg/min e pressão de platô até 30 mmHg. O peso a ser considerado é o predito pela estatura. Nos homens =50+0,91*(Altura em cm-152,4) e nas mulheres = 45,5+0,91*(Altura em cm-152,4).**

4. INDICADORES

- **Coleta de culturas.**
- **Administração do antibiótico em até 1 hora.**
- **Coleta de lactato e $SvcO^2$**

- **Otimização hemodinâmica, atingindo os objetivos citados em até 6 horas.**
- **Controle gllcêmico < 180 mg/dl.**
- Uso de ventilação protetora em pacientes com SDRA.

5. REGISTROS

- **Prescrição médica.**
- **Evolução médica.**
- **Prescrição do enfermeiro.**
- **Anotação de enfermagem UTI.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- Ficha de balanço e controle.

6. SIGLAS

SIRS-Síndrome da Resposta inflamatória Sistémica.

PAm - Pressão Arterial Média.

SDRA-Síndrome Do Desconforto Respiratório Agudo.

VM - Ventilação Mecânica.

$SvcO^2$- Saturação Venosa Central de Oxigénio.

SCC - Surviving Sepsis Campaing.

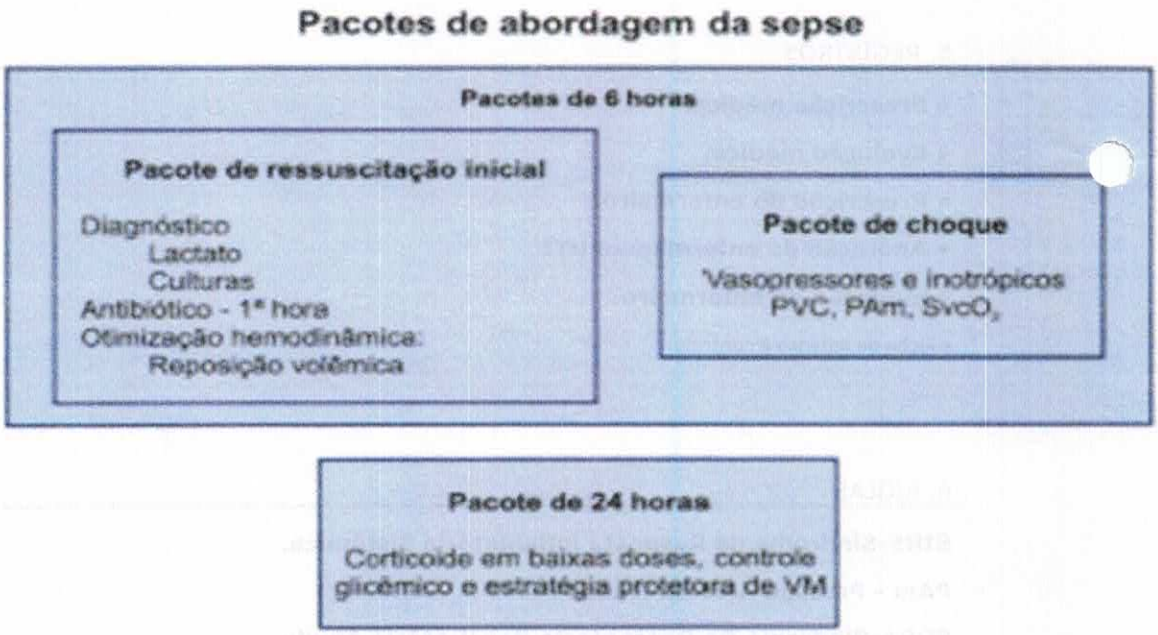
PVC - Pressão Venosa Central.

Ht- Hematócrito.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Dellinger RP. et. al. Surviving Sepsis Campaign: International guldelines for management of sever sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med. 2008 Jan;36(l):296-327.**
- **Rivers E. et. al. Early goal-directed therapy In the treatment of severe sepsis and septic shock. N E J Med. 2001 Nov 8;345(19):1368-77.**

8. ANEXOS



3.9 PANCREATITE AGUDA GRAVE

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Apoio de especialidade cirúrgica abdominal.**
- **Exames de bioquímica sérica: amilase e lipase.**
- Tomografia computadorizada (TC).
- Equipe Multiprofissional da UTI (Médica, enfermagem, nutrição e fisioterapia)

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Classificar os pacientes em pancreatite aguda com ou sem gravidade.**
- **Identificar e manusear disfunções orgânicas advindas dos casos mais graves.**
- **Identificar e tratar prontamente os casos com necrose pancreática infectada.**

3. PROCEDIMENTOS

- **A pancreatite aguda grave é condição inflamatória, caracterizada por dor abdominal associada a elevação de enzimas pancreáticas; ela se assemelha a outros quadros de SIRS, e ocorre por migração de cálculo oriundo de vesícula biliar ou toxicidade direta por álcool em 80% dos casos. Outras causas são mais raras (~ 10%): hipertrigliceridemia, medicações, obstrução extrínseca do colédoco, ascaridíase, citomegalovirose, HIV/AIDS, hepatite B, caxumba, hipercalcemia grave, após procedimento de colangiografia endoscópica, trauma, pós-operatório abdominal e alterações genéticas.**
- **Os sintomas de pancreatite são dor abdominal persistente, náuseas e vômitos, febre, distensão abdominal e outros sinais/sintomas de disfunções orgânicas (choque, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda).**
- **A classificação da pancreatite em leve ou grave depende de critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos; a pancreatite leve é autolimitada (3 - 5 dias), com imagem de edema do pâncreas na TC e se resolve com tratamento sintomático e conservador.**
- **A pancreatite grave se caracteriza por sinais de inflamação sistêmica, com disfunções orgânicas e posteriormente**

com complicações locais; a TC demonstra necrose e/ou coleções pancreáticas ou peripancreáticas.

- **A elevação de amilase sérica e/ou lipase sérica acima de 3 vezes a normalidade sugerem o diagnóstico quando avaliadas conjuntamente com os sintomas; a amilase é muito sensível, sobe nas primeiras 10 – 12 horas de doença, porém pode se elevar em outras patologias do trato gastrointestinal; a lipase é mais específica e permanece elevada por mais tempo; seu grau de elevação não se associa com gravidade ou recuperação dos pacientes.**
- **Critérios de Ranson**
- **Cinco sinais podem ser documentados à admissão:**
- **Idade > 55 anos.**
- **Glicemia > 200 mg/dL.**
- **LDH>350 UI/L**
- **TGO 250 UI/L.**

- **Leucócitos > 16.000/mml**
- **Os outros seis sinais são determinados nas primeiras 48 horas da admissão:**
- **Redução do hematócrito > 10%.**
- **Elevação da ureia > 5 mg/dL.**
- **Cálcio sérico < 8 mg/dL (< 2 mmol/L).**
- **PaO2<50mmHg.**
- **Déficit de bases > 4 mEq/L.**
- **Sequestro de líquido para o terceiro espaço > 6 L.**
- **A pancreatite grave é diagnosticada se:**
- **Três ou mais critérios de Ranson estiverem presentes.**
- **APACHE? 8 pontos.**
- **Presença de um ou mais dos seguintes: choque, insuficiência renal ou respiratória.**
- **Os critérios de Ranson são inespecíficos e não predizem de forma adequada a gravidade, ao passo que o escore APACHE II é mais complicado para cálculo e não prediz gravidade nas primeiras horas após a internação de pacientes com pancreatite aguda. Outros escores foram avaliados e apresentam moderada acurácia:**

BISAP (ureia > 50 mg/dl, confusão mental/torpor, SIRS maior que 2 pontos, idade > 60 anos, derrame pleural);

Harmiess acute pancreatitis score **(hematócrito e creatinina sérica normais e ausência de defesa/hipersensibilidade**

abdominal); ***Sequentia! Organ Failure Assessment*** **(SOFA) score.**

- **O escore Balthazar (Tabela 1) é composto por alterações de imagem na TC (pontuação maior que 5 pontos aumenta o risco de curso complicado):**
- **o tratamento da pancreatite aguda grave deve ser realizado inicialmente na UTI; hidratação vigorosa deve repor a perda extensa de líquidos por sequestro retroperitoneal; manter débito urinário acima de 0,5 ml/ kg/h; analgesia com opioídes; suporte respiratório (oxigenioterapia, ventilação mecânica); profilaxia de úlcera de estresse gástrico; reposição de cálcio somente se houver hipocalcemia com sinais clínicos de tetania ou convulsões.**
- **A 13° semana se caracteriza por desenvolvimento de SIRS e disfunções orgânicas; nas 2° e 3° semanas podem ocorrer sepse e formação de necrose e coleções infectadas.**
- **A nutrição deve ser realizada por cateter nasojejunal e é o método de escolha para oferta de nutrição em doentes com pancreatite aguda grave após a fase de reanimação hemodinâmica; nos pacientes cuja condição é estável, a alimentação deve ser iniciada dentro de dois a três dias após a admissão.**
- **A nutrição parenteral pode ser necessária na presença de íleo grave. Evitar lipídios por via intravenosa se cursar com triglicerídeos acima de 500 mg/dl.**

- **A síndrome de compartimento abdominal é comum em casos de pancreatite aguda grave e prejudica a avaliação do débito urinário (pressão intra-abdominal acima de 12 - 15 mmHg); a descompressão cirúrgica deve ser realizada com pressões acima de 20 – 25 mmHg associada ao desenvolvimento de disfunções orgânicas.**

- **Papilofomia endoscópica pode ser realizada nas primeiras 48 - 72 horas de internação e melhora a evolução nos casos de pancreatite biliar.**

- **A infecção de necrose infectada e o abscesso pancreático ocorrem por translocação bacteriana intestinal e via hematogênica, geralmente após a 1° semana de doença. A extensão de necrose acima de 30% aumenta muito a chance desta complicação. Está indicada a punção guiada por TC, porém a localização e a disponibilidade de profissional capacitado são limitações para aplicação desta técnica atualmente.**

- **Antibióticos estão indicados na suspeita ou presença comprovada de necrose infectada. A profilaxia antibiótica**

não se confirmou com estudos posteriores à década de 90, além de selecionar bactérias resistentes e aumentar a chance de infecção fúngica. Devem ser usados antibióticos com boa penetração no pâncreas: quinolonas, cefalosporinas, carbapenêmicos e metronidazol. Glicopeptídeos e antifúngicos devem ser acrescentados se não houver melhora da sepse em 48 horas e/ou se houve uso de antibióticos previamente. A duração do tratamento antibiótico é incerta.

- **A intervenção cirúrgica deve ser postergada ao máximo possível, principalmente posteriormente à 3° semana**

de doença. Não se provou o benefício de necrosectomia antes deste período. A laparotomia deve ser reservada para casos de hemoperitôneo ou peritonite difusa por perfuração de alça intestinal. Colecistectomia deve ser realizada antes da alta hospitalar, após a fase mais grave da doença.

4. INDICADORES

- **Etiologia biliar da pancreatite aguda (pelo menos acima de 50%).**
- **Taxa de infecções nosocomiais.**
- **Mortalidade hospitalar.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**

- **Evolução do fisioterapeuta.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- **Registro de óbitos do hospital.**
- Laudo de exames laboratoriais e radiológicos.

6. SIGLAS

- **TC- Tomografia Computadorizada**
- **SIRS - Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica**
- **APACHE - Acute Physiology and Chronic Health disease Classifícation System**
- **SOFA - Sequential Organ Failure Assessment**
- **AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**
- **LDH - Desidrogenase Láctica**
- TGO - Transaminase Glutâmico-oxalacética

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Balthazar, EJ, Robinson, DL, Megibow, AJ, Ranson, JH, Radiology 1990; 174:331.**
- **Marik PE, Zaloga GP. Meta-analysis of parenteral nutrition versus enteral nutrition in patients with acute**

pancreatitis. BMJ 2004;328:1407-1407.

- **Nathens AB, Curtis JR, Beale RJ, Cook DJ et al. Management of the critically III patient with severe acute pancreatitis. Crit Care Med 2004; 32: 2524-36.**
- **Dellinger EP, Tellado JM, Soto NE et al. Early Antibiotic Treatment for Severe Acute Necrotizing Pancreatitis: A**

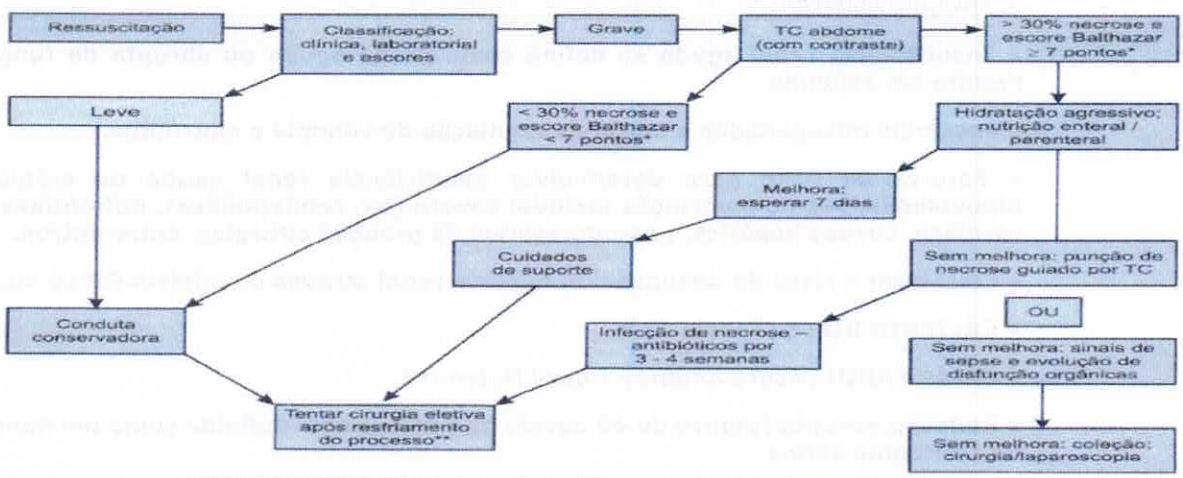
Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Ann Surg 2007; 245: 674-683.

8. ANEXOS

Tabela 1 - Escore Balthazar - Imagem de alterações pancreáticas e peri-pancreáticas na Tomografia Computadorizada		
Grau	Achados	Es
A	Pâncreas normal; bem definido, com contornos claros; impregnação de contraste homogêneo; gordura peripancreática e retroperitoneal sem captação de contraste.	
B	Aumento focal ou difuso do pâncreas; contorno pode ser irregular; captação de contraste pode ter falha em espaço peripancreático.	
C	Inflamação peripancreática com anormalidades pancreáticas intrínsecas.	
D	Coleções líquidas intrapancreáticas ou extrapancreáticas.	
E	Duas ou mais coleções gasosas grandes no pâncreas ou retroperitôneo.	

Necrose, %	Escore
0	0
< 33	2
33 - 50	4
50	6

Figura – Conduta geral nos casos de pancreatite aguda grave.



*Considerar papilotomia endoscópica nas primeiras 48 horas após o diagnóstico de pancreatite aguda grave;
** considerar colecistectomia, com exploração de colédoco, em casos de colelitíase presumida ou comprovada.

3.10INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Dosagem de bioquímica sérica.**

- **Ultrassonografia.**
- **Serviço de Nefrologia.**
- **Equipe médica e multiprofissional da UTI**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Monitorizar o risco de disfunção renal aguda ou crônica agudizada.**
- **Diagnosticar insuficiência renal (disfunção/falência) no paciente grave; identificar os tipos de insuficiência renal aguda.**
- **Indicar tratamento clínico e/ou terapia de substituição renal.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Insuficiência renal aguda se define como perda aguda ou abrupta da função renal, que resulta em acúmulo**

de escórias nitrogenadas e perda da regulação de volemia e eletrólitos.

- **Fatores de risco para desenvolver insuficiência renal aguda ou crônica agudizada: hipovolemia, sepse, destruição tecidual severa (ex. rabdomiólise), nefrolitíase, insuficiência cardíaca, cirrose hepática, pós-operatórios de grandes cirurgias, entre outros.**
- **Classificar o risco de disfunção ou falência renal através do critério RIFLE ou AKIN:**
- **CRITÉRIO RIFLE (Tabela 1) >**
- **Critério AKIN *(Acute Kindney Injury Network)***
- **Redução abrupta (dentro de 48 horas) na função renal definida como um aumento absoluto na creatinina sérica**

maior ou igual a 0,3 mg/dL, um aumento percentual na creatinina sérica maior ou igual a 50% (1,5 vezes o valor basal) ou uma redução do débito urinário (oligúria documentada de menos de 0,5 mL/kg/hora por mais de 6 horas).

- **A taxa de filtração glomerular (TF6) pode ser estimada através do *clearance* da creatinina através da equação**

de Cockcroft e Gault: Clearance da creatinina (140 - idade) x peso corporal ideal em kg (72 X creatinina sérica em mg/dL)

- **Este cálculo só é válido quando a função renal é estável e a creatinina sérica mantém-se constante; quando o paciente está oligúrico ou a creatinina sérica encontra-se em elevação rápida, deve-se considerar o *clearance* da creatinina como menor que 10 mL/min.**
- **Os sinais e sintomas de insuficiência renal aguda compreendem sinais de hipovolemia ou de hipervolemia (edema, derrames cavitários, congestão pulmonar, hipertensão arterial); pode-se verificar anúria (< 100 mL/dia), oligúria (< 0,5 mL/kg/hora por um período maior ou igual**

a 2 horas) ou poliúria (> 3 mL/kg/hora); acidose metabólica com aumento do *ânion gap;* hipercalemia; hipo ou hipernatremia; hiperfosfatemia; disfunção plaquetária, com discrasia sanguínea; uremia (torpor, náuseas e vômitos, dor abdominal); miofasciculações.

• Os tipos de insuficiência renal aguda podem ser agrupados em 3:

• Pré-renal: choque hipovolêmico ou distributivo, hemorragias, uso de diuréticos ou laxantes, diarreia, cirrose hepática.

• Pós-renal: obstrução do trato urinário (obstrução de cateter vesical, litíase, tumores, necrose papilar, coágulos).

• Renal intrínseco: necrose tubular aguda, nefrites intersticiais, leptospirose, causas vasculares, síndrome hemolítico-urêmica/púrpura trombocitopênica trombótica, endocardite bacteriana, síndrome de compartimento abdominal.

• Todo paciente com insuficiência renal aguda deve ser submetido a ultrassonografia para se afastar causas de obstrução do trato urinário

• A diferenciação entre causas pré-renais e necrose tubular aguda deve ser realizada rapidamente para se evitar falência renal: pré-renal está associada com hipoperfusão renal no seu estágio inicial, enquanto a necrose depende de hipoperfusão grave e prolongada; nas causas pré-renais, a urina é concentrada e pobre em sódio; na necrose tubular, a densidade urinária pode estar normal/reduzida e há aumento do sódio urinário (coleta de amostra de 10-20 ml de urina).

• Pode-se prevenir a insuficiência renal aguda através de:

• Evitar os fatores causais descritos anteriormente, principalmente hipovolemia ou hipotensão e agentes nefrotóxicos, especialmente em paciente sob risco aumentado (idosos, diabéticos).

- Manter normovolemia

• Identificar e corrigir possível obstrução pós-renal.

• Suspender drogas nefrotóxicas.

• Tratar distúrbios subjacentes.

• A infusão de N-acetilcisteína e de bicarbonato de sódio previamente a exames com contraste venoso têm benefício questionável; avaliar o uso de contraste não iônico; a melhor estratégia é a hidratação venosa com salina antes do uso de contraste venoso.

• O uso de furosemida não evita a evolução para falência renal e pode atrasar a recuperação da função também; seu uso não é preconizado na insuficiência renal aguda.

• O bicarbonato de sódio pode ser usado para tratar acidose metabólica com pH < 7,20 - 7,25, desde que não exista hipoperfusão tecidual e aumento do lactato sérico.

• Em pacientes com grande piora da função renal, indica- se a terapia de substituição renal (diálise). As principais indicações são:

• Uremia sintomática (asteríxis, atrito pericárdico, encefalopatia), usualmente com níveis acima de 200 mg/dl.

• Acidose refratária ao tratamento clínico.

• Hipercalemia ou sobrecarga volêmica refratária ao tratamento clínico.

- **A escolha da modalidade de diálise (intermitente ou contínua) é frequentemente guiada pelo estado hemodinâmico do paciente; se o paciente precisa de aminas vasoativas em doses maiores, opta-se pelo modo contínuo ou prolongado; quando houver melhora da hemodinâmica, opta-se pelo modo intermitente para aumentar a eficiência da diálise.**

4. INDICADORES

- **Dosagem sérica de creatinina, ureia, bicarbonato de sódio, sódio e potássio.**
- **Taxa de pacientes que precisam hemodiálise por total de pacientes internados na UTI.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- **Laudo de exames laboratoriais.**
- Registro de óbitos do hospital.

6. SIGLAS

RIFLE-R/s/c, *Injury, Failure, Loss, End-stage*

DRT- Doença Renal Terminal

AKIN - *Acute Kindney Injury Network*

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P. Acute renal failure - definition, outcome measures,**

animal models, fluid therapy and Information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Criticai Care 2004, 8:R204-R212.

- **Renal Replacement Therapy Study, NEJM 2009.**

8.ANEXOS

Tabela 1. CRITÉRIO RIFLE

Classificação	Filtração glomerular	Volume urinári
RISK (Risco)	↑ 1,5x creatinina sérica ou ↓ RFG > 25%	< 0,5 mL/kg/h em 6
INJURY (Lesão)	↑ 2x creatinina sérica ou ↓ RFG > 50%	< 0,5 mL/kg/h em 12
FAILURE (Insuficiência)	↑ 3x creatinina sérica ou creatinina sérica ≥ 4 mg/dL com elevação aguda > 0,5 mg/dL ou ↓ RFG > 75%	< 0,3 mL/kg/h em 24 h anúria por 12 ho
LOSS (Perda da função)	IRA persistente por mais de 4 semanas	
End-stage renal disease (DRT – Doença Renal Terminal)	Insuficiência renal por mais de 3 meses	

3.11 SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe medica e multiprofissional da UTI.

ECG de 12 derivações.

Fibrinolítico e/ou Equipe de Cardiologia intervencionista e sala de hemodinâmica.

Medicamentos padronizados na instituição para tratamento de SCA descritos nesta rotina.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Reconhecer diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda.

Estabelecer baseado em ECG, história clínica e marcadores bioquímicos o algoritmo de atendimento adequado.

Estabelecer de trombólise química ou mecânica respeitando indicadores de tempo do atendimento e qualidade.

Prescrever fármacos que promovem benefício e redução de mortalidade nas primeiras 24 horas e confirmar prescrição de alta da UTI.

3. PROCEDIMENTOS

Avaliação da Dor torácica:

Considerar a probabilidade de a dor torácica decorrer de manifestação de síndrome coronária aguda (SCA) baseada na estratificação da American Heart Association e recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) descrita na tabela 1.

Síndromes coronarianas agudas (SCA):

Envolve os quadros com elevação ou supradesnível do segmento ST (SCAEST) ou sem elevação ou supra desnível do segmento ST (SCASEST). O trombo que promove a oclusão total (SCAEST) ou parcial da coronária (SCASEST) determina a manifestação clínica e eletrocardiográfica. O infarto sem supra desnível do segmento ST diferencia-se da angina instável pela presença de marcadores séricos de necrose miocárdica.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

A estratificação de risco identifica pacientes com SCA sem elevação de ST e angina instável que devem ser conduzidos com estratégia invasiva. A angiografia coronariana determina melhor avaliação de recomendações terapêuticas.

CONDUTA INICIAL

Oxigénio -Acesso Venoso-Monitor.

História e exame físico breve e dirigido.

Sinais vitais (PA, FC, FR).

Oximetria.

ECG de 12 derivações em até 10 minutos do início do atendimento.

Marcadores de lesão miocárdica.

Radiografia de tórax em até 30 minutos (desde que feita sem deslocamento do paciente da unidade).

MARCADORES DE LESÃO MIOCÁRDICA

Mioglobina: marcador mais precoce disponível; aumenta em 2 a 3 horas após o infarto, com pico entre 6 horas e normalização em 24 horas. O valor preditivo negativo bastante relevante quando dosada quatro horas após o início dos sintomas.

CreatinoquInase-MB (CPK-MB): é específica para o músculo cardíaco; eleva-se entre 4 a 12 horas após início da dor; pico em 24 horas; valores normalizam- se em 48-72 horas. Falsos positivos: pós-operatório de cirurgia cardíaca, angioplastia, doenças musculares, uso de cocaína, hipotireoidismo, insuficiência renal crônica e alcoolismo.

As Troponinas cardíacas T e I são os marcadores laboratoriais mais sensíveis e específicos de lesão miocárdica. As troponinas começam a elevar-se em 4 horas, têm pico em 12 horas e mantêm-se elevadas por 7 a 14 dias. A Troponina elevada isoladamente não faz diagnóstico de infarto (outras causas: pericardite, miocardite, embolia pulmonar, ICC, choque séptico, trauma cardíaco, drogas cardiotóxicas, insuficiência renal grave).

TRATAMENTO

Todos pacientes devem receber imediatamente ou dentro das primeiras 24 horas preferencialmente, exceto se contraindicado:

Medicação antianginosa (betabloqueador, nitratos, diltiazem/verapamil).

Terapia antiagregante (aspirina e clopidogrel).

Estatina.

Inibidor da enzima de conversão (IECA).

Heparina não fracionada ou de baixo peso molecular (exceto em fibrinólise com estreptoquinase).

Para pacientes de alto risco considerar o uso dos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa.

- **Principais Fármacos:**

Ácido Acetilsalicílico

Reduz a mortalidade.

200 mg (mastigar) VO, o mais rapidamente possível; manutenção de 75 a 100 mg ao dia.

Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor

Reduz a mortalidade.

Administrado associado ao AAS.

Para casos de hipersensibilidade ao AAS, podem ser administrados isoladamente.

Dose:

Clopidogrel: 300 mg via oral, seguido por 75 mg/ dia caso não programada a intervenção coronária percutânea (ICP); para os casos de ICP imediata ou em curto prazo a dose inicial deve ser de 600 mg. Evitar as doses de ataque para pacientes acima de 75 anos.

Ticagrelor: 180 mg via oral, seguido de 90 mg 2x/dia

Prasugrel: 60 mg via oral, seguido de 10 mg/dia

Nitroglicerina.

Não reduz mortalidade.

Analgésico eficaz para desconforto torácico isquêmico.

Não deve ser administrado em caso de IAÍVI de ventrículo direito ou uso. de sildenafil ou similar nas ultimas 24 - 48 horas.

Apresentações:

Endovenosa: Nitroglicerina 25 e 50 mg. Iniciar com 5 -10 mg/minuto (3 a 6 mL/h) e aumentar 5 a 10 mg/minuto a cada 5 a 10 minutos, não excedendo 100 mg/minuto:

Cálculo da velocidade de infusão da nitroglicerina EV (mg/min.) = (taxa de infusão (mL/hora) x5) /3.

Morfina

Não reduz mortalidade.

2 a 5 mg EV cada 5 minutos: 1 ampola em 9 ml de água destilada, fazer 2 a 5 ml.

Precauções: Hipotensão; Depressão respiratória; Náuseas e vômitos.

Use naloxone (Narcan® 0,4 mg em 1 ml) 0,4 a 0,8 mg EV para reverter a depressão respiratória.

Betabloqueadores

Reduz mortalidade.

Preferencialmente iniciar pela via oral:

Metoprolol - 25 mg de 12/12 horas aumentando até 100 mg de 12/12h.

Atenolol - 25 mg 24/24 horas, aumentando até 100 mg.

Carvedilol 3,125 12/12 horas até 25 mg 12/12 horas.

Contra-indicações absolutas: Hipotensão, Broncoespasmo, Bradicardia, Bloqueio AV avançado e Disfunção ventricular esquerda grave e infarto do ventrículo direito.

Bloqueadores dos canais de cálcio

Não reduz a mortalidade.

As evidências de benefício dos bloqueadores dos canais de cálcio são maiores para o verapamil e diltiazem.

Verapamil: 2,5 a 5 mg EV em *bolus* em cerca de 2 minutos. O efeito terapêutico máximo se observa em 3 a 5 minutos. Dose oral inicial: 80 mg a cada 8 horas ou 120 mg AP a cada 12 horas.

Diltiazem 25 mg EV em *bolus,* seguido de infusão EV contínua de 10 mg/hora, podendo aumentar até 15 mg/hora; a infusão não deve exceder 24 horas devido ao acúmulo de metabólitos tóxicos. Dose oral: 30 ou 60 mg 3 a 4 vezes ao dia; 90,120 ou 180 mg RETARD de 12 em 12 horas.

Atenção à associação de bloqueador dos canais de cálcio e betabloqueador, uma vez que ambos agem em sinergia na depressão da função do VE e da condução dos nós sinusal e atrioventricular.

Heparinas

Reduzem a mortalidade.

Heparina de baixo peso molecular (HBPM: enoxaparina) ou heparina não fracionada.

Dose:

HBPM:

Pacientes até 74 anos: dose de ataque com *bolus* de 30 mg EV, seguido da dose de 1 mg/kg SC a cada 12 horas.

Pacientes com 75 anos ou mais: não utilizar dose de ataque e diminuir a dose de manutenção em 25% (0,75 mg/kg SC a cada 12 horas;

Pacientes com *clearance* de creatinina < 30, a dose de ataque não deve ser utilizada e a dose de manutenção deve ser reduzida para metade (1 mg/kg SC 1 vez ao dia).

HNF:

60 -70 IU/Kg (máximo 5.000 IU): 12 - 15 UI/Kg/H (máximo 1.000 Ui/h) Bolus de 4Ò00 UI seguido de infusão de 800 a 1.000 U/h para manter a relação do TTPa entre 1 - 2,5 x o controle.

FONDAPARINUX:

Fondaparinux é um inibidor sintético e específico do fator X ativado (Xa).

Promove redução de mortalidade e está indicado em substituição a heparina.

Dosagem: 2,5 mg uma vez ao dia administrada até 7 dias ou alta hospitalar. A administração da primeira injeção de Fondaparinux Sódico deve ser estritamente seguida em pacientes > 75 anos e/ ou com peso corporal < 50 kg e/ou com disfunção renal moderada (CIcrea: 30 - 50 ml/min). Na Disfunção renal grave não deve ser usado (CIcrea: < 30 ml/min).

Inibidores da Glicoproteína Mb/Illa

Reduz mortalidade.

Indicações:

Paciente de alto risco com angina instável ou infarto sem elevação do segmento ST (juntamente com heparina).

Pacientes que serão submetidos a angioplastia coronária (iniciado no momento da angiografia).

Não existe indicação para a utilização de inibidor IIb/IIIa como adjuvante ao tratamento fibrinolítlco nos infartos com supradesnivelamento de ST.

Abciximab

0,25 mg/kg em bolus, seguido por 0,125mg/kg/ durante 12 horas.

Tirofiban

Diluir 50 mL de tirofiban em SF/SG 200 mL.

Ataque: 0,4mg/kg/minuto - peso corporal x 0,48 = dose em mL/hora (correr em 30 minutos).

Manutenção: 0,1mg/kg/minuto - dose de ataque 4 = dose em mL/hora (durante 48 horas).

Insuficiência renal: clearance da creatinina < 30 mL/minuto - diminuir a dose em 50%.

A solução deve ser desprezada após 24 horas.

Contra-indicações:

Sangramento interno em atividade ou distúrbio da coagulação nos últimos 30 dias (trombocitopenia).

História de hemorragia, neoplasia, má-formação arteriovenosa ou aneurisma intracranianos ou históricos de AVC nos últimos 30 dias.

Cirurgia de grande porte ou trauma nos últimos 30 dias.

Dissecção aórtica, pericardite ou hipertensão severa.

Hipersensibilidade e uso concomitante de outro inibidor da GR IIb/IIIa

Plaquetas abaixo de 150.000/mml

Terapêutica Trombolítica

Indicação:

1 Reduz mortalidade.

2 Paciente com história característica associada a alterações eletrocardiográficas de elevação do segmento ST e que não tenha nenhuma contraindicação absoluta à trombólise.

Em geral, não se recomenda terapia trombolítica quando passados mais de 12 horas do início dos sintomas (início do episódio que levou o paciente a procurar socorro).

Estreptoquinase (Streptase 1.500.000 UI)

1,5 milhões UI (1 frasco-ampola) diluído em 100 mL de SF ou SG EV em 1 hora de infusão (sempre em veia periférica).

Alteplase: ativador do plasminogênio tecidual (tPA).

Peso > 65 kg:

- 15 mg como *bolus* EV.

- A seguir 50 mg em infusão EV durante 30 minutos.

- A seguir infusão EV de 35 mg durante os 60 minutos seguintes, até a dose máxima de 100 mg.

Peso < 65 kg

- 15 mg como *bolus* EV.

- A seguir, infusão de 0,75 mg/kg (até o máximo de 50 mg) durante 30 minutos.

- A seguir, infusão de 0,5 mg/kg (até o máximo de 35 mg) durante os 60 minutos seguintes.

Tenectplase:

Reduz a mortalidade

A dose necessária deve ser administrada como um único bolo intravenoso, durante aproximadamente 5 a 10 segundos.

Critérios de Reperfusão

Melhora imediata da dor.

Redução na elevação do segmento ST de mais de 70% nas derivações com a elevação máxima.

Inversão da onda T durante as primeiras poucas horas de terapia de reperfusão.

Ritmo idioventricular acelerado (frequência cardíaca de 60 a 120 bpm) ou outras arritmias de reperfusão.

Contra- indicações e cuidados com uso de fibrinolíticos

Absolutas

Qualquer hemorragia intracraniana prévia.

Lesão vascular cerebral estrutural conhecida (por exemplo, MAV).

Neoplasia intracraniana maligna conhecida (primária ou metastática).

AVC isquêmico nos últimos 3 meses (EXCETO AVC isquêmico agudo há menos de 3 horas).

Suspeita de dissecção aórtica.

Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluindo menstruação).

TCE significativo ou trauma facial nos últimos 3 meses.

Relativas

História hipertensão crônica, severa, mal controlada.

Hipertensão descontrolado severa de entrada (PS > 180 mmHg ou PD >110 mmHg).

História de AVC isquêmico prévio a mais de 3 meses, demência ou patologia intracraniana conhecida não coberta nas contraindicações absolutas.

Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (>10 minutos) ou grande cirurgia com menos de 3 semanas.

Sangramento interno recente (dentro de 2 a 4 semanas).

Punção vascular não compressível.

Para estreptoquinase ou anistreplase: exposição prévia (há > 5 dias) ou reação alérgica prévia a estes agentes.

Gravidez.

Úlcera péptica ativa.

Uso atual de anticoagulantes.

Inibidor da Enzima de Conversão (IECA)

Reduzem mortalidade.

Prescrito nas primeiras 24 horas.

Úteis após o infarto do miocárdio, especialmente com disfunção sistólica ventricular esquerda e na para prevenção de mortalidade em até seis meses.

IECAS com evidencia para uso:

Captopril: doses alvo: 100 mg/dia.

Enalapril: doses alvo: 10 - 20 mg/dia.

Lisinopril: doses alvo: 30 - 35 mg/dia.

Ramipril: doses alvo: 5 -10 mg/dia.

Trandolapril: doses alvo: 4 mg/dia.

Perindopril: doses alvo: 16 mg/dia.

Estatinas

Reduzem mortalidade

Prescrito nas primeiras 24 horas.

Atorvastatina: dose: 80 mg/dia.

Sinvastatina: dose: 40 mg/dia.

Pravastatina: dose: 40 mg/dia.

4. INDICADORES

ECG em até 10 minutos da admissão hospitalar.

Taxa de reperfusão.

Tempo porta-agulha inferior a 30 minutos.

Tempo porta-balão inferior a 90 minutos.

Taxa de prescrição dos medicamentos que reduzem mortalidade: AAS, clopidogrel, IECA, Estatina, Betabloqueador, Heparina.

Mortalidade hospitalar.

5. REGISTROS

Prontuário do paciente.

Evolução médica.

Evolução do enfermeiro.

Evolução do fisioterapeuta.

Registro de óbitos do hospital.

Laudo de exames laboratoriais

6. SIGLAS

AHA - American Heart Association

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia

ECG - Eletrocardiograma

CIcrea - Clearance de Creatinina

SCA - Síndrome Coronariana Aguda

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, Timerman A, et al. Sociedade Brasileir**

de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):el79-e264.

- **Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. *Guidelines for Unstable Angina Non- ST-Segment Elevation Myocardial Infarctíon of the Brazilian Society of Cardiology (II Editi 2007).* Arq**

Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-el31.

- **Goodman SG, Menon V, Cannon CP et al. Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarcti Antíthrombotic and Thrombolytíc Therapy: American College of Chest Physicians Evidenced-Ba Clinicai Practíce Guidelines (8th Editíon). Chest 2008; 133(6) Supplement:708S-775S.**

- **Harrington RA, Becker RC, Cannon CP et al. Antíthrombotic Therapy for Non-ST-Segment Elevat Acute Coronary Syndromes: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinicai Prac Guidelines (8th Editíon).**

Chest 2008; 133(6) Supplement: 670S-707S.

- **Trost JC, Lange RA. Treatment of acute coronary syndrome: Part 1: Non-ST-segment acute coron syndrome.**

Crit Care Med 2011; 39:2346-53.

08.ANEXOS

Tabela 1

	A. Alta Probabilidade	B. Probabilidade Intermediária	C. Baixa Probabilidade
	Alta probabilidade que a dor torácica seja de etiologia isquêmica se o paciente apresentar *qualquer* um dos achados na coluna abaixo:	Probabilidade intermediária que a dor torácica seja de etiologia isquêmica caso o paciente não apresente *NENHUM* dos achados da coluna A e *qualquer* um dos achados da coluna abaixo:	Baixa probabilidade que a dor torácica seja de etiologia isquêmica caso o paciente não apresente *NENHUM* dos achados das colunas A e B. O paciente pode ter qualquer um dos achados da coluna abaixo
História	O principal sintoma é dor ou desconforto torácico ou em MSE *mais* A dor atual reproduz a dor de uma angina prévia documentada e DAC conhecida, incluindo IAM	O principal sintoma é dor ou desconforto torácico ou em MSE Idade > 70 anos Sexo masculino Diabetes mellitus	Sintomas isquêmicos pr[illegible] Uso recente de coca[illegible]
Exame físico	Insuficiência mitral transitória Hipotensão Diaforese Edema pulmonar ou creptos	Doença vascular extracardíaca	Desconforto torácico reproduz do pel[illegible] palpação
ECG	Desvio transitório de ST (≥ 0,5 mm) novo ou presumivelmente novo ou inversão da onda T (≥ 2 mm) com sintomas.	Ondas Q fixas Segmentos ST anormais ou ondas T que não são novos	ECG normal ou achatamento da onda T ou inversão da onda T em derivações com ondas R dominantes.
Marcadores cardíacos	Troponina T ou I elevada CK-MB elevada	Normal	Normal

Escore de risco TIMI para pacientes com angina instável e infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST

Variável	Valor da variável	Definição
Idade ≥ 65 anos	1	
≥ 3 fatores de risco para DAC	1	Fatores de risco • História familiar de DAC • Hipertensão • Hipercolesterolemia • Diabetes • Tabagismo atual
Aspirina nos últimos 7 dias	1	
Sintomas recentes, severos de angina	1	≥ 2 episódios anginosos nas últimas 24 horas
Marcadores cardíacos elevados	1	CK-MB ou troponina cardíaca
Desvio de ST ≥ 0,5 mm	1	Depressão de ST ≥ 0,5 mm é significante; elevação transitória de ST 0,5 mm por < 20 minutos é tratada como depressão de ST e é de alto risco; a elevação do ST > 1 mm por mais que 20 minutos coloca esses pacientes na categoria de tratamento de infarto com supra de ST
Estenose prévia de artéria coronária ≥ 50%	1	Este preditor de risco permanece válido mesmo se esta informação for desconhecida

Escore de risco TIMI calculado	Risco de ≥ 1 eventos primários em ≤ 14 dias	Risco
0 ou 1	5%	Baixo
2	8%	
3	13%	Moderado
4	20%	
5	26%	Alto
6 ou 7	41%	

*Eventos primários: morte, IAM novo ou recorrente ou necessidade de revascularização urgente.

Peso corporal do paciente (kg)	Tenecteplase (mg)	Volume correspondente à solução reconstituída (ml)
< 60	30	6
≥ 60 a <70	35	7
≥ 70 a <80	40	8
≥ 80 a <90	45	9
≥ 90	50	10

Algoritmo simplificado para atendimento da SCA

Paciente com desconforto torácico sugestivo de isquemia

ABC, monitorização, acesso EV
ECG, Rx tórax, enzimas cardíacas
Oxigênio 4 L/min
AAS 200 mg
Nitrato SL, spray ou EV
Morfina se a dor não cede com nitrato

IAM com Supra de ST
Elevação de ST ou BRE novo ou presumidamente novo; forte suspeita

12 horas ou menos

Mais de 12 horas

Estratégia de reperfusão Trombolítico ou Angioplasti

Angina Instável ou IAM sem Supra de ST de Alto Risco
Infradesnivelamento de ST ou inversão dinâmica da onda T; forte suspeita de isquemia

Admissão na UTI
Nitratos
Betabloqueador
Clopidogrel
Enoxaparina
IECA/BRA
Estatina
Cineangiocoronariografia dentro de 48 horas do IAM

Angina Instável de Risco Baixo a Moderado
ECG normal ou alterações não diagnosticadas de ST ou T

Admissão em leito de urgência monitorado

Enzimas cardíacas seriadas

3.12PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Cefotaxima: 2 g EV cada 8 horas.**
- **Ceftriaxona: 2 g EV cada 24 horas.**
- **Cefepime: 2 g EV cada 12 horas.**
- **Ampicllina/sulbactam: 3 g EV cada 6 horas.**
- **Azitromicina: 500 mg EV cada 24 horas.**
- **Claritromicina: 1 g EV cada 8 horas.**
- **Levofloxacina: 500 mg EV cada 24 horas.**
- **Gatifloxacina: 400 mg EV cada 24 horas.**
- **Moxlfloxacina: 400 mg EV cada 24 horas.**
- **Imipenem: 500 mg EV a cada 6 horas.**
- Meropenem: 1 g EV cada 8 horas.

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Rever o CURB-65 (anexo 2) para confirmar a adequação da internação hospitalar.**
- **Avaliar a presença de critérios de PAC grave.**
- **Avaliar a presença de fatores de risco para *Pseudômonas* spp. (anexo 4).**
- **Escolher antibioticoterapia empírica conforme situação do paciente em relação ao item anterior.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Internar no hospital na presença de mais de 1 item do CURB-65.**
- **Considerar PAC grave a presença de um critério maior ou dois critérios menores (anexo 3).**

- **Pacientes com PAC grave devem ser admitidos na UTI.**
- **Colher material para hemocultura (2 amostras), bacterioscopia e cultura de escarro, LBA ou aspir traqueal (paciente intubado).**
- **Se disponível, realizar teste de antígeno urinário para pneumococos e Legionella sp.**
- **Iniciar antibioticoterapia o mais precocemente possível.**
- **Na ausência defatorde risco para Pseudomonos spp. usar:**
- **Betalactâmico (cefotaxima, ceftriaxona, ampicilina/ sulbactam) mais macrolídeo. Ou**
- **Quinolona (levof loxacina, gatifloxacina, moxlfloxacina).**
- **Na presença de fator de risco para *Pseudômonas* spp. Usar:**
- **Betalactâmico antipseudomonas (cefepime, plperacilina/ tazobactam, imipenem, meropenem) n quinolona (ciprofloxacina).**
- **Não mudar a terapia antibiótica inicial nas primeiras 72 horas, a não ser que haja uma deteriora clínica importante, ou baseado nos resultados das culturas.**
- **Sugere-se o uso de biomarcadores (PCT ou PCR) como auxiliares na avaliação da resposta terapêu (anexo 1).**
- **Adequar a antibioticoterapia empírica inicial conforme resultados de culturas.**

4. INDICADORES

- **Taxa de adequação da antibioticoterapia.**
- **Tempo para início da antibioticoterapia empírica.**
- Taxa de mortalidade.

5. REGISTROS

- **Evolução médica.**
- **Anotação de enfermagem UTI. a Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Evolução de fisioterapia.

6. SIGLAS

PAC - Pneumonia Adquirida na Comunidade.

LBA - Lavado Broncoalveolar.

IRPM - Incursões Respiratórias por IVlinuto.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Correa, RA et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. J Bras Pneumol 2009; 35(6): 574-601.**
- **Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A et. al. Infectious Diseases Society of Annerica/**

American Thoracic Society Consensus Guidelines on the IVIanagement of Community-Acquired

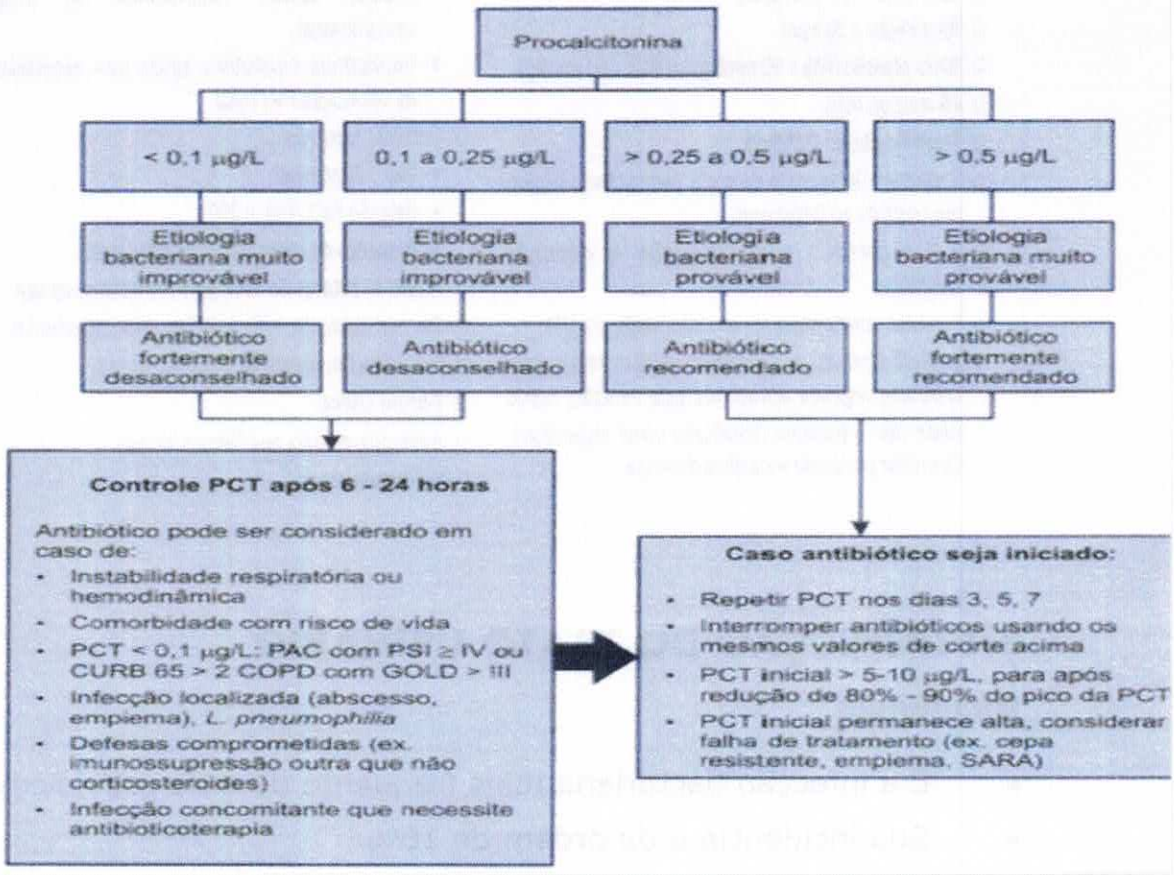
Pneumonia in Adults. Clinicai Infectious Diseases 2007;44:S27-S72.

- **HaIm EA, Teirstein AS. Management of community- aquired pneumonia. N EngI J Med 2002; 347: 2039-2045.**
- **Liapikou A, Ferrer M, Polverino E, et al. Severe community- acquired pneumonia: validation of the Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society Guidelines to predict an intensive care unit admission. Clin Infect Dis 2009; 48:377-85.**

08.ANEXOS

ANEXOS

- **Anexo 1. Uso da procalcitonina para guiar antibioticoterapia**



- **Anexo 2. CURB-65**
- Confusão mental.
- Uremia (ureia > 50 mg/dL).
- Respiração ≥ 30 irpm.
- Baixa pressão (PAS < 90 mmHg; ou PAD ≤ 60 mmHg).
- 65 anos ou mais.
- **Classificação do CURB-65**
- 2 pontos – internação de curta permanência conforme resposta ao tratamento.
- 3 e 4 pontos – pneumonia grave – internação hospitalar.
- 5 pontos - pneumonia grave – internação em UTI.
- Confusão mental e hipotensão podem representar disfunção orgânica ocasionada pela infecção, sendo neste caso o paciente classificado como sepse grave. Consultar protocolo específico de sepse.

- **Anexo 3. Critérios de PAC grave**
- Critérios maiores:
  - Choque séptico necessitando de drogas vasopressoras.
  - Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica.
- Critérios menores:
  - PAS ? 90 mmHg.
  - Relação PaO_2/FiO_2 < 250.
  - Presença de infiltrados multilobulares.
- **Anexo 4. Fatores de risco para *Pseudômonas* spp.**
- Doença pulmonar estrutural (ex.: bronquiectasias).
- Exacerbações repetidas de DPOC severa.
- Fibrose cística.
- Antibioticoterapia nos últimos 30 dias.
- Imunossupressão.

3.13INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Incidência

- É a infecção bacteriana mais frequente do ciclo gravídico-puerperal
- Sua incidência é da ordem de 10%
- O microrganismo mais frequentemente encontrado é a *Escherichia coli.*

A bacteriúria assintomática ocorre em 5% a 7% das gestações, taxa semelhante àquela de mulheres não-grávidas e sexualmente ativas.

Infecção urinária sintomática se desenvolve em 20% a 40% das pacientes com bacteriúria assintomática no início da gestação e em 2% nas gestantes sem bacteriúria.

COMPLICAÇÕES

- Pielonefrite aguda

- Choque séptico
- Deterioração da função renal.

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

- Trabalho de parto prematuro
- Crescimento intra-uterino retardado
- Síndrome de angústia respiratória no recém-nascido
- Anormalidades congênitas
- Óbito fetal

DIAGNÓSTICO

PIELONEFRITE AGUDA

Sinais e sintomas locais

- Disúria
- Polaciúria
- Urgência miccional
- Dor lombar a punho percussão (sinal de Giordano presente)

Sinais e sintomas sistêmicos

- Alteração do estado geral
- Anorexia
- Náuseas e vômitos
- Calafrios e sudorese
- Taquicardia
- Febre alta (39º a 40ºC), intercalada com episódios de hipotermia
- Nos casos graves, alteração da função renal, anemia, septicemia e insuficiência respiratória

TRATAMENTO

Drogas contra-indicadas

- Sulfas
- Tetraciclinas
- Quinolonas
- Aminoglicosídeos (apenas em pacientes graves, comprometimento do estado geral, ou quando a sensibilidade aos microrganismos não aponta outras alternativas)

CONDUTA

- Hospitalização
- EAS
- Culturas de urina
- Hemograma
- Creatinina sérica
- Solução cristóide EV para manter diurese ≥ 30 ml/h

Antibióticos

•

ntibióticoterapia EV no mínimo 72 h

✓ Cefalotina - 1 a 2 g, EV, 6/6h

Em casos mais graves ou infecção de repetição

✓ Ceftriaxone -1 a 2 g, EV, 1X ao dia

- Alta e tratamento ambulatorial após 48h assintomática
- Completar 10 a 14 dias de tratamento ambulatorial

✓ efalexina 500 mg, V O, 6/6h — C

✓ moxacilina 500 mg, VO, 6/6h — A

✓ efadroxil 500 mg, V O, 6/6h — C

3.14ATUAÇÃO EM HEMOTERAPIA

1 PASSO- MÉDICO:

- Realiza a solicitação de hemoderivado em impresso próprio para Solicitação de Hemocomponentes e/ou Hemoderivados (2 VIAS). No formulário deve se constar os seguintes dados: nome completo do paciente, sexo, idade, peso, número do prontuário do paciente, cartão SUS, número do leito, diagnostico, antecedentes transfusionais, hemocomponente e/ou hemoderivado solicitado (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem indicação de hemocomponente e/ou hemoderivado, data, assinatura e número do CRM do médico solicitante. Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia.
- Em caso de EMERGÊNCIA, deverá ser preenchido e assinado o termo de responsabilidade para transfusão de hemocomponente e/ou hemoderivado de emergência, o qual se encontra na parte inferior da mesma ficha de solicitação. Classificação de tempo para solicitações:

➢ Programada: para determinada dia e hora;

➢ Rotina: a ser realizada dentro de 24h.;

➢ Urgente: a ser realizada dentro de 3h.;

➢ Emergência: nos casos em que o atraso na administração da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente.

OBS.: Nas solicitações de emergência, as bolsas serão liberadas para a unidade solicitante sem conclusão de exames de rotina do Hemocentro. Porém, os exames serão realizados mesmo após início da transfusão. Caso detectado alguma alteração nos resultados realizados no Hemocentro, seremos comunicados imediatamente para interrupção da infusão do hemocomponente e/ou hemoderivado em curso.

2 PASSO- ENFERMEIRO:

- Conferir preenchimento da Solicitação Médica, com todos os dados que devem constar no formulário;
- Comunicar ao laboratório a solicitação de hemoderivados, para que sejam providenciadas as medidas necessárias para preparo da caixa térmica e encaminhamento da amostra e da Solicitação Médica ao Hemocentro;
- Solicitar transporte através do telefone: 3524-1553 / 35241551, para encaminhar a amostra de sangue da paciente aqui da maternidade ao Hemocentro e também para trazer do Hemocentro o hemocomponente e/ou hemoderivado necessário para a hemotransfusão (no momento da ligação deve se informar ao atendente que o transporte é para amostra de Sangue, pois existe um carro específico para esta finalidade);
- O enfermeiro responsável deve estar atento ao prazo para chegada do hemocomponente e/ou hemoderivado, conforme a classificação de tempo necessária para cada caso, e se necessário entrar em contato com o hemocentro para cobrar agilidade, através do telefone: 3201- 4570 / 3201- 4580;
- Assim que o hemocomponente e/ou hemoderivado chegar na unidade (MNC), o laboratório deverá acondicionar a (as) bolsa (a) s e deverá informar o enfermeiro responsável pelo plantão que as mesmas já se encontram disponíveis no laboratório;
- A administração do hemocomponente e/ou hemoderivado é de responsabilidade do enfermeiro do plantão que deverá possuir conhecimento de técnicas corretas e capacidade para identificação de potenciais eventos adversos;

ADMNISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE E/OU HEMODERIVADO:

❖ Materiais necessários:

- EPI (luva, máscara, gorro, óculos)
- Bandeja
- Bolsa de hemocomponentes
- Equipo próprio para transfusão
- Jelco 18
- Algodão
- Álcool 70%
- Garrote
- Esparadrapo

❖ Descrição de técnica para administração de hemocomponente e/ou hemoderivado:

- Realizar lavagem das mãos;
- Paramentar adequadamente: óculos de proteção, luva de procedimento, gorro e máscara;
- Verificar a prescrição médica e qual o tipo e quantidade de hemocomponente e/ou hemoderivado;
- Realizar conferência dos dados da bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado com os dados do paciente por duas vezes (rótulo numeração, validade, tipagem ABO/RH);
- Observar as condições do produto relativas a estocagem, aspecto, validade e liberação;
- Deve se realizar uma avaliação visual dos seguintes aspectos (coloração, integridade do sistema, presença de hemólise, coágulos, turvação e bolhas);
- Inspecionar o equipo de infusão, quanto a validade e integridade;
- Confirmar em voz alta o nome completo do paciente;

- Informar o paciente sobre a administração do hemocomponente e/ou hemoderivado e orientá-lo para comunicar qualquer tipo de reação;
- Verificar os sinais vitais - SV (pressão arterial, pulso, freqüência respiratória e temperatura) do paciente antes de iniciar a hemotransfusão (antes de perfurar a bolsa e conectar o equipo para hemotransfusão);
- Checar o acesso venoso e caso necessite de novo acesso, puncionar o paciente antes de montar a bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado, lembrando que a via de acesso deve ser exclusiva para transfusão;
- Manter o paciente em posição de fowler;
- Montar o sistema transfusional: abertura do lacre da bolsa, colocar a bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado pendurada no suporte de soro, conectar o equipo de transfusão fechado, pressionar levemente o filtro para retirada de ar e preenchimento de 1/3 da câmara de gotejamento e abrir o equipo, preenchendo com sangue até a ponta final (onde será conectada no paciente). Atenção à bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado deverá ficar durante toda a sua montagem pendurada no suporte de soro, evitando desta forma perfuração e contaminações acidentais;
- Nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente e/ou hemoderivado e nem ser infundido em paralelo;
- É recomendada a troca do equipo de transfusão a cada unidade de hemocomponente e/ou hemoderivado transfundida, com o objetivo de diminuir o risco de contaminação bacteriana, quando necessário infundir mais que uma unidade de sangue com o mesmo equipo de transfusão, cuidado para que não ultrapasse às 04 horas de infusão;
- Acompanhar o paciente durante os primeiros 10 minutos da transfusão e após a cada 15 minutos e avisar ao médico se quaisquer anormalidades forem observadas;
- Registrar no prontuário do paciente o tipo de hemocomponente e/ou hemoderivado a ser instalada; data, horário de início e término da hemotransfusão; sinais vitais 10 min. antes do início da hemotransfusão, 15min., 30min., 1h, 2h, 3h, 4h após o início da hemotransfusão e

8

1h após o término da hemotransfusão, o número da bolsa, o volume aproximado, a velocidade da infusão; identificação do profissional responsável pelo hemotransfusão; reações adversas, quando for o caso; monitorar o paciente quanto a eficácia do procedimento;

- Registrar todos os dados solicitados na ficha de acompanhamento transfusional para cada bolsa e anexar tal ficha no prontuário da paciente;
- Registrar dados no caderno de Hemoderivado da supervisão de Enfermagem (data, nome da paciente, leito, nome e quantidade de hemocomponente e/ou hemoderivado, número da bolsa, se reação adversa e responsável pela administração);
- Após a transfusão acompanhar o paciente e avaliar quaisquer reações apresentadas;
- Após infusão completa e sem intercorrências, realizar desmontagem do circuito e realizar descarte adequado em lixeira própria para lixo infectante.

EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL:

- As reações adversas são agravos ocorridos durante ou após a hemotransfusão, necessita de identificação e agilidade no atendimento a pacientes que apresentem qualquer tipo de reação;
- As reações adversas podem ser:

✓ Agudas ou imediatas: ocorrem no início da instalação de hemocomponentes ou até 24h após;

✓ Tardias: ocorrem após 24h da transfusão realizada;

- Sinais e sintomas das reações adversas: Febre com ou sem tremores, definida como aumento de 1°C da temp. corporal; Tremores e calafrios, com ou sem febre; Dor no sítio de infusão, tórax, abdômen e flancos; alteração na pressão sanguínea: hipertensão ou hipotensão; Rubor, eritema, urticária, edema generalizado ou localizado; Náuseas com ou sem vômitos; Mudança na coloração da urina;

- Na suspeita de qualquer reação transfusional a administração do hemocomponente e/ou hemoderivado deverá ser interrompida IMEDIATAMENTE e manter o acesso venoso com solução fisiológica 0,9%;
- O fato deve ser comunicado imediatamente ao médico responsável pelo plantão;
- Conferir a identificação do paciente com o rótulo da bolsa e conservar todo o sistema;
- Ter em mãos o material necessário para o atendimento de emergência;
- Avaliar, junto com equipe médica, o tipo de reação transfusional;
- Estabelecer a conduta a ser tomada: reinstalação, desistência ou nova transfusão (ato médico);
- Solicitar exames necessários para avaliação (ato médico);
- Registrar todos os sinais e sintomas da reação adversa e volume transfundido no prontuário do paciente, na ficha de notificação de hemovigilancia - NOTIVISA e no caderno de hemoderivado da supervisão de enfermagem.
- Em casos de reações transfusionais o enfermeiro responsável pelo plantão deverá preencher em **03 VIAS** a ficha de notificação de hemovigilancia - NOTIVISA, sendo que uma via deverá permanecer no prontuário do paciente a outra via deverá ser entregue à Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção da unidade para a realização da notificação no sistema on line NOTIVISA e a última via deverá ser enviada juntamente com o material para o Hemocentro
- A bolsa com conteúdo restante, o equipo e os rótulos devem ser enviados ao Serviço de Hemoterapia (Divisão de Transfusão) devidamente embaladas em saco plástico vermelho e etiquetado com nome do paciente, data e motivo do descarte da bolsa, em caixa térmica em temperatura entre ± 2 e ±4 graus. Encaminhar juntamente com a bolsa a ficha do NOTIVISA PRENCHIDA;
- O responsável pela notificação no sistema NOTIVISA deverá entrar no site: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm;
- Entrar com a senha própria e instransferível;
- Registrar dados no sistema.

3.15ROTINAS PARA INTERNAÇÃO:

- Preencher fichas de internação seguindo os protocolos do Ministério da Saúde de acordo com o diagnóstico específico:
- Preenchimento da AIH;
- Ficha de prescrição médica;
- Ficha de admissão obstétrica e ginecológica;
- Em pacientes na FASE ATIVA do trabalho de parto é obrigatório abertura do PARTOGRAMA
- Folha de evolução multiprofissional
- Nas internações para Parto normal ou Cesariana, aborto e gestação ectópica:

- Solicitar teste rápido de HIV 1 e 2 para todas as pacientes;
- Solicitar teste rápido de Sífilis, exceto no caso de resultado do exame 1 e/ou 2 reagentes para sífilis, neste caso solicitar VDRL quantitativo;
- Solicitar teste rápido de Hepatite B (HBsAg) para todas as pacientes não testadas no pré-natal e/ou aquelas com anti HBs não reagente no exame;
- Solicitar teste rápido de Hepatite C para todas as pacientes não testadas no pré-natal;
- Solicitar HTLV para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal e cesariana não testadas no pré-natal;
- Solicitar Sorologia de toxoplasmose IgG e IgM para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal e cesariana não testadas no pré-natal e/ou aquelas com IgG não reagente no exame (Solicitações de sorologias para toxoplasmose fora do critério anteriormente mencionado deve ter indicação médica);
- Solicitar Sorologia de Citomegalovírus IgG e IgM para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal e cesariana não testadas no pré-natal e/ou aquelas com IgG não reagente no exame (Solicitações de sorologias para Citomegalovírus fora do critério anteriormente mencionado deve ter indicação médica);

- Solicitar grupo sanguíneo e fator RH para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal, cesariana, abortamento e gravidez ectópica não testadas no pré-natal;
- Solicitar Coombs indireto para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal, cesariana, gravidez ectópica e abortamento com fator RH negativo;
- Obs.: As sorologias para Rubéola / Zika / Dengue / Chikungunya / Doença de Chagas somente serão realizadas com indicação clínica.

AVALIAÇÕES NA INTERNAÇÃO PARA O PARTO:

- **Estabelecer idade gestacional:** Utilizar parâmetros como: data da última menstruação, ultrassonografia do 1º Trimestre (padrão ouro).
- **História Obstétrica:** História das gestações anteriores e da atual;
- **Exame físico geral**: Dados vitais, mucosas, aparelho respiratório, aparelho cardiovascular, exames das extremidades e exame físico das mamas;
- **Exame físico obstétrico:** Altura uterina, situação, posição e apresentação fetal, insinuação, ausculta de batimentos cardíacos fetais (antes, durante e após a contração uterina), dinâmica uterina e integridade da bolsa amniótica;
- **Análise do cartão de pré-natal**: Verificar e anotar as sorologias, a evolução do pré-natal, identificando possíveis alterações;

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PARA O PARTO:

- Contrações uterinas regulares, 3 a 4 contrações de 35 a 40 segundos a cada 10 min.;
- Alterações cervicais: Apagamento > 80%;
- Dilatação > ou igual de 3 cm na primípara e dilatação > ou igual de 4 cm na multípara;

➢ **A gestante só deve ser internada na fase ativa do trabalho de parto, para evitar intervenções desnecessárias.**

ROTINAS DA ALTA:

- Tempo para alta em pacientes em boas condições:

✓ Partos normais ou Cesarianas: a partir das 36 horas;

✓ Curetagens: a partir de 6 horas após o procedimento;

- Conferência final das rotinas laboratoriais de sorologias e sorotipagens conforme protocolo do ministério da saúde e de internação da instituição (teste rápido para Sífilis e HIV, Grupo Sanguíneo e Fator RH, se fator RH negativo verificar Coombs indireto, fator RH do RN e Coombs direito do RN e demais sorologias);
- Preencher receita;
- Elaborar sumário de alta médica;
- Encaminhar paciente ao ambulatório de puerpério com formulário de referência/contra referência;
- Preencher atestado médico e licença maternidade quando solicitado;
- Orientação de contracepção a partir do 40º dia de puerpério:

✓ Desogestrel 75mcg, 1 comprimido via oral por dia continuo;

✓ Acetato de Medroxi-progesterona 150mg, intramuscular, trimestral;

✓ DIU puerperal e/ou de intervalo;

✓ Métodos de barreira.

3.16 CUIDADOS PALIATIVOS

1. OBJETIVO:

✓ Padronizar a implementação da abordagem paliativa aos pacientes internados.

2. RESPONSABILIDADE:

✓ Equipe Multiprofissional

3. DEFINIÇÕES:

✓ De acordo com o último dado do IBGE, a expectativa média de vida no Brasil foi de 76,6 anos em 2019, sendo entre os homens 73,1 e entre as mulheres 80,1 anos. Essas expectativas são refletidas mundialmente. Consequentemente o desenvolvimento das tecnologias e os avanços da medicina proporcionam uma melhora da qualidade de vida, porém não impedem a mortalidade.

✓ Cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a todos os pacientes hospitalizados, particularmente aqueles com doença progressiva e irreversível. É uma forma de abordagem que visa

a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, é fundamental o controle da dor e demais sintomas objetivando a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

✓ A dificuldade imposta por fatores culturais e sociais no tratamento de um doente terminal leva à morte institucionalizada. Para que a dor e o sofrimento no processo de morrer sejam minimizados tem se tornado necessária a implantação de protocolos de cuidados paliativos.

✓ **Cuidado paliativo**: conjunto de ações visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento, dando a ele e seus familiares o conforto através da prevenção, identificação e tratamento precoce dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

✓ **Tratamento curativo fútil**: aquele realizado em pacientes terminais sem que haja resposta ou perspectiva de benefício. É ineficaz, não agrega benefício, pode gerar desconforto, piorar sintomas e aumentar custo.

✓ **Tratamento curativo obstinado**: aquele implementado durante o morrer como medida desesperada na intenção de se prolongar da vida. Na fase terminal de doença, tais tratamentos não trazem real benefício ao paciente e podem prolongar o sofrimento durante o morrer.

✓ **Terminalidade**: condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte. Nessa fase, o indivíduo passa por rápido declínio funcional e o caminhar em direção à morte é previsível e irremediável.

✓ **Princípio da autonomia**: é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.

✓ **Princípio da beneficência**: fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

✓ **Princípio da não maleficência**: evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

✓ **Princípio da justiça**: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido de maneira integral. Evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

✓ **Eutanásia**: conduta guiada pelo sentimento de compaixão ou piedade pela qual se traz a abreviação da vida através de uma morte rápida. O conceito se aplica a pessoas em estado terminal, ou portadoras de enfermidade incurável que estejam em sofrimento constante. É caracterizada no Brasil como crime de homicídio e punida com os rigores do código penal. Esta prática não deve ser realizada.

✓ **Distanásia**: é o prolongamento desnecessário do processo da morte através de métodos artificiais considerados obstinados e extraordinários durante o morrer. Não traz benefício ao paciente ou à sociedade. Tem por objetivo frustrado evitar a morte a qualquer custo. No entanto, apenas adia o óbito inevitável, prolongando o morrer. Pode trazer sofrimento adicional ao paciente e familiares. Esta prática não deve ser realizada.

✓ **Ortotanásia**: orto = certo e thanatos = morte. Consiste num processo de cuidado em que a condução do morrer é guiada pelo respeito à maneira natural em que a vida se encerra. Nesse sentido, uma vez identificado o processo inexorável da morte, evita-se a implementação ou descontinua-se tratamentos fúteis e obstinados, priorizando o conforto durante o transcorrer natural do morrer. Esta prática deve ser estimulada.

✓ Termos de uso inapropriado em cuidados paliativos: devem ser evitados as seguintes palavras e expressões em discussões sobre cuidado paliativo: "limitação", "grau de investimento", "paliar o paciente", "fora de possibilidade terapêutica".

4. TERMINOLOGIAS:

✓ IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

5. ABRANGÊNCIA:

✓ Unidade de Terapia Intensiva
✓ Pronto Socorro
✓ Clínica Médica
✓ Clínica Covid

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

✓ **Para a definição dos cuidados paliativos, alguns aspectos devem ser considerados:**
✓ Documentação do status da doença;
✓ Status funcional;
✓ Fatores que pioram ou aliviam sintomas físicos
✓ Orientação espiritual do paciente
✓ Gerenciamento dos sintomas e resposta do paciente às medidas curativas já instituídas
✓ Avaliação da necessidade de apoio aos familiares;

✓ Inclusão dos familiares e pacientes no processo de cuidado;

✓ **Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa**: toda medida terapêutica e de cuidado que visa a cura ou melhoria da doença e a recuperação da saúde do indivíduo. Há maior probabilidade de recuperação do paciente do que irreversibilidade ou morte. Nessa fase, as ações paliativas têm como meta o alívio dos sintomas inerentes à doença e decorrentes do tratamento. A morte é pouco provável ou não é esperada.

✓ **Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional**: é implementada quando já existe falha de resposta aos recursos terapêuticos utilizados e, o desapontamento do tratamento otimizado, o paciente caminha em direção ao desfecho de irreversibilidade e morte. Nesse quadro, as ações paliativas n controle dos sintomas passam a ter prioridade em relação aos cuidados curativos. A proporção da prioridade entre essas duas frentes de cuidado deve acompanhar a evolução de melhora ou piora do indivíduo, oscilando em patamares intermediários entre o cuidado curativo pleno e o cuidado paliativo exclusivo. Terapias invasivas devem paulatinamente dar lugar medidas de controle dos sintomas em evoluções no sentido da morte e irreversibilidade, assim como as intervenções curativas devem ser priorizadas à medida que o caso siga o caminho da melhora e restauração. A morte é possível e prevista para semanas a meses.

✓ **Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo**: identificada a irreversibilidade da doença e instalado o processo do morrer, nenhuma medida com intenção curativa seria efetiva para mudar a história natural do adoecimento e o desfecho clínico desfavorável. Nesse ponto, o tratamento curativo deixa de ter resultado ou significado e as medidas de controle de sintoma e conforto passam a ser a única estratégia efetiva e benéfica para o paciente. As medidas com intenção curativas devem então ser descontinuadas e toda a energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família. A morte é provável e prevista para horas a dias.

✓ **As intervenções:**

✓ Uma sucessão de medidas se faz necessária durante a progressão do adoecimento do paciente, como estratégias comunicação entre familiares e equipe, controle dos sintomas bem como decisões sobre a implementação ou continuação do suporte artificial de vida. Em todas elas as práticas devem privilegiar o paciente como indivíduo, sendo a abordagem holística e focada na pessoa.

✓ A comunicação deverá ser clara, efetiva e acolhedora desde o primeiro contato com a família, criando uma relação de confiança com a equipe, facilitando a transmissão da mensagem, o objeto final do processo da comunicação deverá ser realista.

✓ Ser um bom comunicador, evitando termos técnicos, oferecendo tempo a família e dar liberdade e estimular perguntas.

✓ Fundamental que após as informações questionar se houve compreensão da mensagem, o profissional de saúde poderá perguntar ao paciente ou familiares se entenderam o que lhe foi dito, caso o entendimento não tenha sido satisfatório, pode-se optar por abordagem corretiva imediata ou escolher outro momento para nova tentativa.

✓ Ao iniciar a progressão dos cuidados paliativos proporcionais para cuidados paliativos exclusivos, medidas invasivas e métodos artificiais de suporte à vida não estão indicados, tendo em vista que prolongam o morrer e podem provocar sofrimento aditivo ao paciente. A decisão sobre o não incremento do suporte avançado de vida ou sua retirada deve ser tomada em conjunto pelo corpo médico e multiprofissional juntamente com a família. Todos os envolvidos devem estar informados, orientados, concordantes, em paz e à vontade com a conduta.

✓ Interrupção de medicamento vasoativo: durante o morrer, o tratamento vasoativo é considerado fútil, tendo em vista que é incapaz de mudar o desfecho clínico já esperado. O desligamento ou não incremento do vasopressor deve ser seguido da retirada da monitorização de pressão arterial, tendo em vista que tal aferição não muda a conduta quanto a hipotensão e gera ansiedade nos envolvidos com o cuidado. Essas condutas e informações devem ser tratadas de maneira participativa e transparente. Deve se ter em mente que a hipotensão precede a morte e que, nesses casos, apresenta-se como o mecanismo natural da mesma.

✓ Se acordado retirada de TOT, deve-se iniciar o preparo do paciente, antecipando controle de desconforto.

✓ Os registros formais dos assuntos abordados nas reuniões com familiares e das decisões clínicas serão feitos, no prontuário do paciente.

✓ Caso haja algum conflito referente a decisão, prevalece a estratégia de cuidado vigente ou anterior até que outros diálogos sejam eficazes.

7. REFERÊNCIAS:

Coelho CB, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2): 222-230.

Kostakou E, Rovina N, Kyriakopoulou M, et al. Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. J Crit Care. 2014;29(5): 817-22.

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4): 422-8.

Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26): 2506-14.

Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. Crit Care. 2011;15(1):110. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013;41(1):263-306.

Huynh TN, Walling AM, Le TX, et al. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. J Palliat Med. 2013;16(11):1368-74.

Forte DN. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 439-49.

Moritz RD. Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Ateneu. 2012.

Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSERB Prática hospitalar. **2009;XI(65):109-114.**

Organização Mundial da Saúde. (2012). *WHO Definition of Palliative Care*. Acesso em 14 de Janeiro de 2014.

1. principles of airway management and trachealintubation specific to the COVID-19 adult patient group. Med J Aust. 2020 Mar 16.

Preprint. Available at https://www.mja.com.au/system/files/2020-

03/Updated%20PREPRINT%20SAS%20COVID19%20consensus%20statement%2017

%20March%202020.pdf

2. Caille V, Amiel JB, Charron C, Belliard G, Vieillard-Baron A, Vignon P. Echocardiography: a help in the weaning process. Crit Care. 2010;14(3):R120.

3. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A trial of lopinavir–ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. N Engl J Med. 2020 Mar 18. [Epub ahead of print].

4. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html.

63

5. Chan CM, Mitchell AL, Shorr AF. Etomidate is associated with mortality and adrenal insufficiency in sepsis: a meta-analysis. Crit Care Med. 2012;40(11):2945-53.

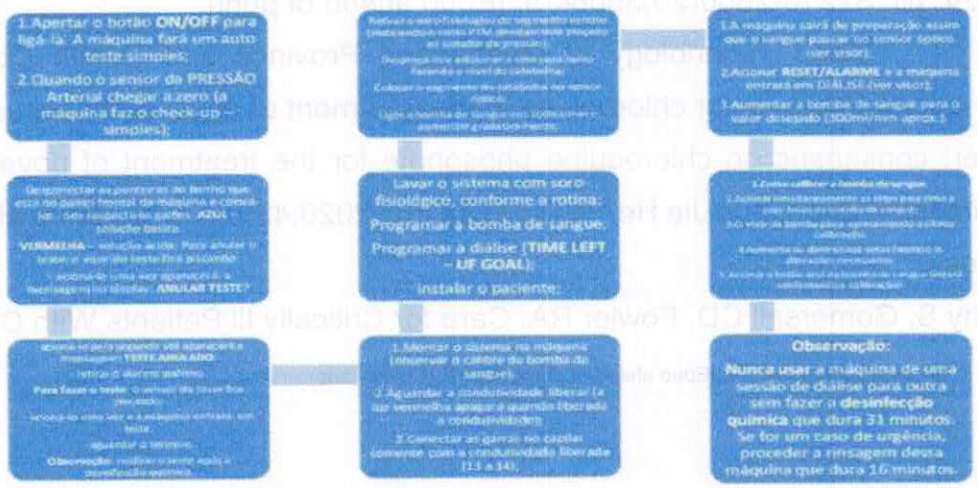
6. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV, Cham EY, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. Lancet Respir Med. 2020 Feb 24. pii: S2213-2600(20)30084-9. [Epub ahead of print].

7. and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. [Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia]. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020;43(0):E019. [Epub ahead of print]. Chinese.

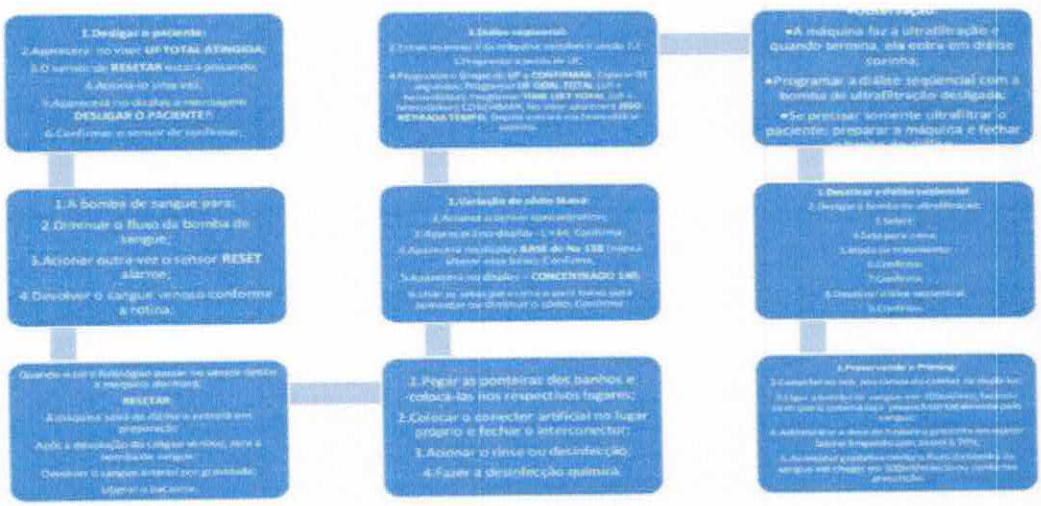
8. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA. 2020 Mar 11. [Epub ahead of print]. HEMODIÁLISE

FLUXOGRAMA-RESUMO DO POP HEMODIÁLISE

PASSO A PASSO RESUMIDO:



PASSO A PASSO RESUMIDO:



Objetivos do desprezar o Priming:

- **Proporcionar alívio ao paciente com hipervolemia ou edema agudo de pulmão;**
- **Diminuir os riscos para os pacientes com hipertensão arterial;**

4 PROTOCOLOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO DE UTI

Respeitando as particularidades de todas unidades de Terapia Intensiva, com suas respectivas e próprias características operacionais e aspectos municipais e estaduais, atendendo ao disposto da Resolução 2.156/16 (http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/11/2016&jornal=1&pagina=138&totalArquivos=148) estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (doravante nominado CFM), dispomos da adoção dos seguintes critérios e normas (que serão adotadas de imediato, salvo exceções por edições ou revisões da referida norma):

4.1.1 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI QUEM E QUANDO ADMITIR

Pacientes com quadro clínico agudo ou crônico agudizado reversível que se beneficiem de monitorização e tratamento intensivos, que não o poderiam receber na enfermaria. Estes pacientes geralmente apresentam falência da função de um ou mais órgãos e devem ser admitidos antes da lesão estar instalada em caráter de irreversibilidade. Importante mencionar que idade ou pontuação elevada no cálculo de escore de gravidade, isoladamente, não são fatores para contraindicar a admissão em UTI. Levar em consideração sempre o diagnóstico do paciente, idade, gravidade da doença, comorbidades, reserva fisiológica, prognóstico, disponibilidade de tratamento adequado, resposta às medidas empregadas até o momento, parada cardiorrespiratória recente, diretivas antecipadas e a vontade do próprio paciente.

4.1.2 MODELO DE PRIORIDADES

Prioridade 1:

Criticamente doentes, instáveis, necessitando de monitorização e tratamento intensivos que não podem ser oferecidos fora da UTI. Entre os suportes necessários estão incluídos o ventilatório, hemodinâmico (uso de drogas vasoativas) etc. Pacientes em Prioridade 1 geralmente não possuem limites a terapêutica a ser recebida.

Exemplos: *politraumatizados, insuficiência respiratória aguda, choque hemodinâmico.*

Prioridade 2:

Estes pacientes requerem monitorização intensiva e podem potencialmente demandar intervenção imediata. Geralmente não há limitação terapêutica estipulada para estes pacientes.

Exemplos: *pacientes com doenças crônicas agudizadas.*

Prioridade 3:

Estes pacientes instáveis são doentes críticos, porém a probabilidade de recuperação é reduzida devido à doença de base ou gravidade da doença atual. Eles podem se beneficiar da terapia intensiva para aliviar o quadro agudo, mas pode haver algum grau de limitação de esforços.

Exemplos: *choque séptico em paciente com neoplasia maligna metastática.*

Prioridade 4:

São pacientes que geralmente não têm indicação de admissão em UTI. Os casos devem ser analisados individualmente e em algumas situações pode ocorrer a internação. Eles podem ser classificados em duas categorias: A.

Pouco ou nenhum benefício em receber cuidados intensivos devido à baixa complexidade de sua condição (estão muito bem para beneficiar de cuidados intensivos).

Exemplos: *cirurgia vascular periférica, cetoacidose diabética estável. B. Pacientes em condições terminais e*

irreversíveis em morte iminente (muito graves para se beneficiar da UTI).

Exemplos: *estado vegetativo persistente, diretivas antecipadas.*

4.1.3 MODELO DE PARÂMETROS OBJETIVOS

Sinais vitais:

- Frequência cardíaca < 40 ou > 150 bpm;
- •PAs < 80 mmHg ou 20 mmHg abaixo do normal para o paciente;
- PAm < 60 mmHg; • PAd > 120 mmHg;
- FR > 35 irpm. Parâmetros laboratoriais (diagnóstico recente):
- Na sérico < 110 mEq/L ou > 170 mEq/L;
- K sérico < 2,0 mEq/L ou > 7,0 mEq/L;
- PaO2 < 50 mmHg;
- pH < 7,1 ou > 7,7;
- Glicose sérica > 800 mg/dL;
- Ca total sérico > 15 mg/dL;
- Nível tóxico de droga ou substância em paciente instável hemodinamicamente ou com comprometimento neurológico.

Exames de imagem (Rx, USG, TC – diagnóstico recente):

- Hemorragia vascular cerebral, contusão, HSA com alteração de
- estado mental ou sinais focais;
- Ruptura de intestinos, bexiga, fígado, varizes esofagianas ou uterina

- com instabilidade hemodinâmica;
- Aneurisma dissecante da aorta.
- ***Eletrocardiograma:***
- Infarto do miocárdio com arritmias complexas, instabilidade
- hemodinâmica ou falência cardíaca congestiva;
- Taquicardia ventricular sustentada ou fibrilação ventricular;
- Bloqueio atrioventricular total com instabilidade hemodinâmica.
- Achados de exame físico (início agudo):
- Pupilas anisocóricas em paciente inconsciente;
- Queimaduras corporais > 10% da superfície corporal;
- Anúria;
- Obstrução de vias aéreas;
- Coma ou convulsões contínuas;
- Cianose;
- Tamponamento cardíaco.

4.1.4 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI COVID

Critérios para solicitação de internação em Unidade de Terapia

Intensiva por COVID19:

1. Definir se o paciente preenche critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19:

a) Teste positivo para coronavírus SARS-CoV-2. OU

b) Histórico de: febre e/ou sintomas respiratórios (tosse seca ou produtiva, dispneia ou dor de garganta). E

c) Imagem de tórax com³1 das seguintes alterações: opacidades em vidro despolido, infiltrados localizados, infiltrados difusos bilaterais, envolvimento intersticial.

2. Definir se o paciente preenche critérios de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI):

a) Hipoxemia em adultos:

· Relação PaO2/FiO2£200mmHg OU

· **SpO2** 90% com O2 nasal a 5L/minuto + frequência respiratória³22 respirações/minuto.

b) Hipoxemia em crianças:

· Relação PaO2/FiO2 < 250mmHg OU

·Taquipneia conforme a faixa etária (60 respirações/minutos se <2 meses,50 respirações/minutos se 2-11 meses, 40 respirações/minutos se 1-5 anos, >30 respirações/minutos se 6-14 anos).

c) Choque circulatório.

d) Rebaixamento agudo de sensório.

e) Disfunção de múltiplos órgãos.

* Obs.: assume-se que pacientes já submetidos à intubação traqueal apresentassem critérios de hipoxemia com indicação de admissão em UTI.

Critérios para solicitação de transferência entre Unidades de Terapia Intensiva (transferência para Unidade de Terapia Intensiva de maior

complexidade):

3. Definir qual o recurso indisponível na UTI de origem e disponível na UTI pretendida:

a) Equipamento adequado para ventilação mecânica invasiva.

b) Hemodiálise contínua (para pacientes com indicação de terapia renal substitutiva, que estejam em choque circulatório e que não tolerem hemodiálise intermitente).

c) Outro:

· Indicar qual e justificar.

Existem outros critérios que podem auxiliar a classificação da prioridade de cada paciente. Alguns exemplos são:

Proteína C reativa maior que 100 mg/l

- Linfopenia menor que 1500/µl

- Aumento dos níveis séricos de LDH

- Aumento dos níveis séricos de D-dímeros

- Doenças crônicas como fatores de má evolução: doença cardíaca prévia, doenças pulmonares crônicas, diabete melito, hipertensão arterial, câncer sólido ou hematológico

4.1.5 CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

Notadamente esses princípios baseiam-se na decisão do médico assistente, coordenador ou horizontal da UTI, baseado em rígidos protocolos clínicos e ou atendendo uma demanda loco-regional sempre resvalando unicamente na unida do bem-estar do paciente. De forma a uniformizar essas decisões, dando celeridade e uniformidade as mesmas, estabelecemos:

A indicação de alta da unidade de terapia intensiva deve ser revista diariamente, e pode se basear em 2 princípios: Quando o paciente não necessitar mais de cuidados intensivos, e/ou quando não se beneficiar dos cuidados intensivos.

Considera-se o paciente apto à observação em unidade com nível de cuidado intermediário ou básico quando o status fisiológico do paciente estiver estabilizado e a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não forem mais necessários, ou quando o status fisiológico do paciente sofrer deterioração e mais nenhuma intervenção seja planejada (alta para semi-intensiva).

De modo geral, a alta deve obedecer a critério oposto à internação, com correção ou estabilização do fator que motivou a internação. Os principais fatores desse contexto são: idade, sexo masculino, motivo e tempo de internação, unidade de origem, escore Apache II e presença de disfunção renal.

Pode-se usar a escala SWIFT (***Stability and Workload Index for Transfer***), de maneira objetiva, como critério de alta da UTI pelo risco de reinternação, para orientar as estratégias de cuidado. Sabese que as readmissões precoces (< 48 horas) e as mortes inesperadas após a alta (< 7 dias) são eventos ainda frequentes, apesar da melhora na qualidade

assistencial, e que quase 10% dos pacientes de CTI estão em risco de readmissão.

Variável	Pontuação
Local de origem	
Emergência	0
Enfermaria ou outro Hospital	8
Tempo de internação (dias)	
< 2	0
2-10	1
> 10	14
Última relação PaO2/FiO2	
> 400	0
400-150	5
150-100	10
< 100	13
Escala de Coma de Glasgow	
> 14	0
14-11	6
10-8	14
<8	24
Última avaliação da PaCO2 (mmHg)	
< 45	0
> 45	5

O momento da alta deve ser, preferencialmente, durante o dia, para facilitar as condições de transporte e admissão no setor de destino.

4.1.6 CONTRAINDICAÇÕES PARA ALTA DA UTI

Necessidade de monitorização e cuidadoso em intervalos inferiores a 4 horas;

Recursos não-rotineiros: necessidade de recursos humanos ou técnicos que não estão disponíveis em outros setores;

Condição clínica com risco de deterioração e indicação de na Unidade Intensiva dentro de 24 horas;

Necessidade de ventilação não-invasiva, com estabilidade clínica

Necessidade de suporte hemodinâmico com utilização de, no máximo uma droga vasoativa, em dose fixa ou decrescente, com finalidade de manutenção ou redução de níveis pressóricos.

Tratamento de arritmias agudas sem repercussão hemodinâmica (fibrilação/flutter ou outras taquiarritmias atriais).

Outros Critérios a serem levados em conta pelo risco de readmissão

na UTI:

o Pós-parada cardiorrespiratória;

o Necessidade de reabordagem cirúrgica;

o Complicação pós-operatória de neurocirurgia;

o Sepse;

o Complicações pulmonares (hipoxemia, higiene pulmonar inadequada, pneumonia e insuficiência ventilatória);

o Alterações cardíacas (arritmias, insuficiência cardíaca congestiva e parada cardíaca);

o Hemorragia digestiva alta;

o Déficit neurológico novo.

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membrosda diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório deinteresse do ti tular (cada profi ssional poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

03647

03648

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

03649

03650

Dados Pessoais

Nome: Karla Azeredo Ramos de Ca stro
Data de Nascimento: 11/09/1966 **Sexo:** Feminino
Idade: 53 **Estado Civil:** Casada
Telefone: (62) 99955-7070
Endereço: Av. Pedro Álvares Cabral
E-mail: Qd.162A Lt 03 Condomínio Park Jaó
Bairro: Jaó
Cidade: Goiânia - GO / Brasil **CEP: 74674-080**

Dados Complementares

Cidade de Nascimento: Goiânia
Estado de Nascimento: GO
RG: 1615420 **Orgão:** SSP
Emissão UF: GO

Graduada em Ciências Contábeis pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Especialista em Gestão de Empresas pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Realizou cursos de Esta em Gestão de Emergência no SUS, Administração Hospitalar e Liderança, além de outros cursos de qualificação profissional. Atualmente é gestora da governança hospitalar, atuante no Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo.

FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

1986 – 1992: Graduação no Curso de Ciências Contábeis. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC
-GO, Goiânia, Brasil.

2002 – 2004: Especialização em Gestão de Empresas. Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO,Goiânia, Brasil.

2011 – 2013: Especialização Gestão de Emergência no SUS. Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil.

2013 – 2014: Pós Graduação em Administração Hospitalar. Faculdade Padrão, Goiânia, Brasil.

2019 – 2020: Liderança. IPOG, Goiânia, Brasil.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

03651

03652

2004 – 2012: Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Orçamento PúblicoCargo: Analista Orçamentário
Principais atividades: indicação de recursos, análise de processos, verificação de fontes pagadoras.

Hospital de Urgências de Goiânia

Cargo: **Assessora da Diretoria Administrativa**
Principais atividades: redação oficial, controle de processos administrativos, gerenciamento administrativo.

Cargo: **Gestora do Departamento Financeiro**
Principais atividades: compras e abastecimento, controle orçamentário (observando o Orçamento Público).

Cargo: **Gestora da Divisão de Manutenção Predial de Equipamentos**
Principais atividades: Gerenciamento da manutenção do prédio, instalações e equipamentos; acompanhamento dos contratos de empresas que fazem manutenção da Unidade.

Cargo: **Gestora do Departamento de Recursos Humanos**
Principais atividades: criar mecanismos de motivação em toda a esfera de funcionários, objetivando a excelência na prestação de serviço e satisfação do cliente interno e externo.

Cargo: **Gestora do Fundo Rotativo**
Principais atividades: responsável pelo abastecimento na Unidade, e o orçamento público e finanças da mesma.

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /SES- GO**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos (prestação de serviços), Fundo Rotativo, Faturamento, dentre outros.

2012 – 2014: Instituto de Gestão em Saúde - Gerir

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /Gerir- OS**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros.

2013 – 2021: CRER Centro de reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo

Cargo: Gestora Administrativa do Setor de Diagnóstico e Ambulatorial
Responsável por todo o bom acompanhamento/ controle de todos os processos administrativos existentes, sejam eles de contrato, apoio a política de desenvolvimento de atividades do serviço de imagem, responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado

03653

03654

esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades do setor.

2021 – 2021: HMAP Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (6 meses)
Cargo: **Diretora Administrativa Operacional**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros. responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades dos setores, Contribuir parafomento de projetos consubstanciados na prática organizacional.

2021- Ataulmente - Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo

Cargo: Gerente da Governância Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Auxiliar na garantia das condições para a adequada higienização, limpeza e segurança da instituição, bem como prestar assistência na avaliação do nível de satisfação dos clientes, visando manter um ambiente agradável e seguro e manter os controles administrativos e indicadores da área, e sempre em atendimento o que preconiza em normas regulamentadoras, leis, decretos. Responde pelos setores: Diagnóstico, Higienização, Restaurante hospitalar, Engenharia Clinica e Predial, Recepção e Vigilância e Lavanderia.

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1995-1996: Instrumentação Cirúrgica. Serviço Social do Comércio, SESC, Goiânia, Brasil.

2011 – 2011: Excelência em Gestão Pública. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2012 – 2012: Formação em Liderança. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2013 – 2013: Negociação de Conflitos. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

2018 – 2018: Como Ser Um Bom Líder. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

03655

03656

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matrícula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

03657

03658

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU DE BACHAREL CONFERIDO EM 18 DE MARÇO 1993 A

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

NATURAL DE GOIÂNIA — ESTADO DE GOIÁS — BRASIL — C.I. Nº 1.615.420 — SSP/GO

NASCIDA A 11 DE SETEMBRO DE 1966, POR TER CONCLUÍDO O CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS — RECONHECIDO PELO DECRETO Nº 38.044 DE 10/10/1955

EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

IN SCIENTIA ET FIDE

GOIÂNIA, 30 DE AGOSTO DE 1993

REITOR

VICE-REITOR P/ ASSUNTOS ACADÉMICOS

DIPLOMADO

06660

03660

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

UNIVERSO

Reconhecida pela portaria Ministerial nº 1283 de 08/09/93 Publicada pelo D.O.U. de 09/09/93

PÓS-GRADUAÇÃO LATO - SENSU

HISTÓRICO / CERTIFICADO

DADOS DO ALUNO

MATRÍCULA 9910601030 NOME KARLA AZEREDO R. DE CASTRO

DATA NASC. 11/12/64 NACIONALIDADE BRASILEIRA

CART. IDENT. [illegible] ORG. EX. [illegible]

FILIAÇÃO [illegible] ALBERTO R. DE CASTRO E KARLA AZEREDO R. DE CASTRO

GRADUAÇÃO BACHAREL EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

ANO 1993 U.C. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

HISTÓRICO DO CURSO

CURSO GER. EMPRESARIAL

BASE LEGAL [illegible]

REGISTRO Nº [illegible] 982544 LIVRO XI FOLHA 43

DISCIPLINAS				
NÚMERO	NOME	FREQUÊNCIA	MÉDIA	C.H.
0042	AS TEORIAS ADM.NO CONT.DAS ORG.MODERNAS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8,5	60
0043	GERENCIA POR OBJETIVOS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8,5	60
0008	METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8,4	60
0018	METODOS E TECNICAS DE ESTUDO E PESQUISA MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8,4	60
0044	SISTEMAS ADMINISTRATIVOS MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9,5	90
0045	CONTABILIDADE APLICADA A ADMINISTRACAO MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9,5	60
0046	ORG.E METODOS DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,0	90
0047	ANALISE ECONOMICA-FINANCEIRA CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,0	90
0048	PLANEJAMENTO E ORCAMENTO EMPRESRIAL CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,5	90
0049	GERENCIA DE CONTROLE FINANCEIRO CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,5	60
0999	MONOGRAFIA A COMUNICACAO EMPRESARIAL E CLIENTE: O QUE FAZER PARA CONQUISTA-LO E MANTE-LO		10,0	

MÉDIA FINAL 9,1 TOTAL DE CARGA HORÁRIA 740

CERTIFICADO

O Reitor da **UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA - UNIVERSO**, no uso de suas atribuições, confere o presente CERTIFICADO de especialização a KARLA AZEREDO R. DE CASTRO por ter concluído com aproveitamento o CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO LATO - SENSU em GERENCIA EMPRESARIAL

REITOR
Marlene Salgado de Oliveira
Reitora

PRÓ-REITOR
Profª JAINA DOS SANTOS MELLO FERREIRA
Pró-Reitora Acadêmica

COORDENADOR
Prof. Dustan Machado R. Júnior
Diretor Geral
UNIVERSO - Goiânia

PARTICIPANTE

SECRETÁRIA
Vânia da Costa Martins
Secretária Geral

ESTE DOCUMENTO SÓ É VÁLIDO SEM RASURAS E COM ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

03661

03662

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matrícula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

Unidade I: Rua Araponga nº 70 – Jd. Vila Boa – CEP: 74.360.210 – Goiânia – GO. – Fone/Fax: 3258-6000
Unidade III: Av. Anhanguera esq. c/ R. do Algodão nº 105 - Qd. 16-A – Lt. Área – St. Rodoviário - Cep: 74.450-010 – Goiânia-GO – Fone/Fax: 3576-2262
Unidade IV: Rua José Leandro da Cruz, esq. c/Rua Uberlândia, Qd. 63, Lotes 1/5, Jardim Luz – Aparecida de Goiânia, CEP 74.915-130 – Tel: 3280-1022

03663

03664

ENAP Escola Nacional de Administração Pública

Certificado

A Escola Nacional de Administração Pública - ENAP e a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás - SECTEC, certificam que

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

concluiu o curso **Melhoria da Gerência Pública,** realizado no período de 17/11/2009 a 30/11/2009, com carga horária de 40 (quarenta) horas, promovido pela ENAP em cooperação técnica nos termos do Convênio MTE/SPPE n° 011/2001 - ENAP.

Brasília, DF, 07 de dezembro de 2009

Helena Kerr do Amaral
Presidente da ENAP

Joel Sant' Anna Braga Filho
Secretário de Estado
Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás

036665

03666

PROADI-SUS SUS Ministério da Saúde Governo Federal HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

Karla Azeredo Ramos de Castro

CPF nº 397.407.901-78 concluiu, conforme disposições do verso, o curso de **Pós-graduação Lato Sensu "Gestão de Emergências no SUS - GES"**, no período de 06 de junho de 2013 a 20 de março de 2014.

São Paulo, 30 de outubro de 2014.

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Superintendente de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Gilson Caleman
Coordenador do Curso

Karla Azeredo Ramos de Castro
Discente

06667

03668

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR

SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação e a pedido da parte interessada, que KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO, portadora do CPF 397.407.901-78, prestou serviços nesta Unidade Hospitalar, vinculada ao quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, sob os seguintes vínculos e datas como segue:

Vinculo	*Período*	*Lotação*
Comissionado	*01/08/2006 à 01/08/2011*	*Chefe DRH no período de 01/07/2009 a 31/07/2010 – Chefe Dep. Financeiro no período de 01/08/2010 a 25/11/2010 – e Diretora Administrativa a partir de 26/11/2010*
Comissionado	*01/12/2011 à 31/05/2012*	*Diretora Administrativa*
GERIR	*01/06/2012 à 21/01/2014*	*Diretora Administrativa*

Declaramos ainda, que não consta em nossos registros, nada que desabone sua conduta profissional.

Por ser verdade firmamos a presente.

Divisão de Administração de Pessoal do Hospital de Urgências de Goiânia, aos 07 dias de abril de 2014.

14.963.977/0001-19
Instituto de Gestão em Saúde - IGES
Rua [illegible]
CEP 74.093-140
GOIÂNIA-GO

Erica Cândida Gonçalves
Administração de Pessoal

03669

03670

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Karla Azeredo Ramos de Castro

RG: 1615420 - SSP-GO

CPF: 397.407.901-78

Assinatura:_____

03671

03672

Estrutura e experiência da Diretoria

• Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES

03673

03674

Welliton Felipe da Silva Alves

Brasileiro, solteiro, 26 anos
AV Dois, 1000TP 6 AP 24
Bairro: Jardim Altos do Ipanema Sorocaba- SP CEP: 18000-001
Telefone: (15) 981023941 (14) 981093089
E-mail: welliton_95@hotmail.com

FORMAÇÃO

- Ciências Contábeis – Anhanguera
- Pós-graduação em Gestão Hospitalar – Instituto Educacional Martins- IEMAR

Qualificações e atividades complementares.

- **Certificado**: Gestão Financeira do Setor Público.
- **Certificado**: Palestra realizada no dia 27 de setembro de 2013 assunto abordado (Contabilidade para pequenas e médias empresas).
- **Certificado**: Palestra realizada no dia 25 de Outubro de 2013, assunto abordado (A contabilidade como instrumentos de Apoio na Gestão Empresarial

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.

- **2011-2012 – Thaís Fernanda Confecções** *Cargo*: Auxiliar Administrativo, *Principais atividades*: Controle administrativo/financeiro (Notas fiscais, notas de vendas, notas de compras)
- **2013- 2014 – Tecsis tecnologia e sistemas avençados S.A** Cargo: Operador nível 1
  Outras funções: Controle de processos administrativo, controle de qualidade do produto.
- **01/11/2014 - 31/03/2017 – Zd Auditoria. Cargo:** Auxiliar Contábil.
  Principais Atividades: lançamentos de documentos, conferencia de Balancetes, fechamento de Balanço, conhecimento em empresa de terceiro setor entre outros.
- **2017-2017 – Instituto de Gestão Pública - IGEP** *Cargo*: Financeiro / Prestação de Contas. *Principais atividades*: Prestação de Serviços Financeiros, sendo eles: Elaboração de toda documentação para Prestação de Contas, controle bancário e de contas, fluxo de caixa, cobrança e investimentos, emissão de relatórios e de contas a pagar e receber, lançamentos de cheques e organização de documentos, vinculado ao contrato de gestão celebrado entre o IGEP e o Município de Mairinque/SP.
- **2018-2018 – Zd Auditoria. Cargo: Contador CRC: 1SP328960**
- **2019 - 2022 – Instituto CEM. Cargo: Diretor Financeiro**

  Principais atividades: planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades financeiras da entidade, fixar pol íticas de ação acompanhando seu desenvolvimento, para assegurar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos, realizar o gerenciamento completo da área administrativa e financeira da empresa, conte mplando as atividades de planejamento financeiro, contas a pagar e conta a receber, cobrança, gestão do patrimônio da empresa, compras administrativas, gerenciamento das atividades de recursos humanos, ge renciamento das atividades de tecnologia da informação, coordenar as atividades da tesouraria e da cont roladoria, planejar, analisar e acompanhar as execuções orçamentárias, de custo e estudos econômico-fin anceiros, gerir as áreas contábil, financeira e fiscal, realizar análise e apuração de impostos, acompanhar r otinas fiscais, contábil, obrigações trabalhistas e previdenciárias, manter relacionamento com bancos e ex ecução das operações financeiras, incluindo câmbio, hedge e derivativos, dar suporte às áreas de negócio s, com a criação e análise de relatórios gerenciais e indicadores de performance, realizar estudos de viabil idade econômica para novos projetos e produtos, mantendo Interação com o departamento jurídico

---

Welliton Felipe da Silva Alves

03675

Iseed faved

Certificado

FACULDADE DO VALE ELVIRA DAYRELL

Portaria de credenciamento Nº 1.990 DE 19/12/2006 DOU 20/12/2006 Seção 1- p 47
SOCIEDADE DE ENSINO ELVIRA DAYRELL - SOED
CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
Resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018.

O Diretor Geral em exercício e a Secretária Geral da Faculdade do Vale Elvira Dayrell, no uso de suas atribuições legais, certificam que **Welliton Felipe da Silva Alves**, RG – 36807233/SP, iniciou em 10 de outubro de 2021 e concluiu em 28 de abril de 2022, **Curso de Pós-Graduação, em nível de especialização, na Área da Saúde – Gestão Hospitalar**, com carga horária de 700 (Setecentas) horas/aula.

Virginópolis, 15 de maio de 2022.

Diego Mesquita de Miranda	Welliton Felipe da Silva Alves	Terezinha Pereira
Diretor Geral em Exercício	Acadêmico	Secretária Geral

U3676

Digitalizado com CamScanner

03687

WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES

Disciplinas	Carga Horária	Frequência	Aproveitamento	Professores	Titulação
METODOLOGIA CIÊNTÍFICA	80 horas/aula	100%	100,0	ZENON RODRIGUEZ BATISTA	DOUTOR
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	80 horas/aula	100%	100,0	MARILIA CUNHA COSTA MULER	MESTRE
ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	90 horas/aula	100%	100,0	PRISCILA MARIA MESQUITA DE MIRANDA	ESECIALISTA
CONTROLADORIA HOSPITALAR	90 horas/aula	100%	100,0	JOSE MARIA DE ALMEIDA JUNIOR	ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	90 horas/aula	100%	100,0	JAIRO JOSE JUNIOR	MESTRE
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES	90 horas/aula	100%	100,0	RICARDO PEREIRA GOMES	ESPECIALISTA
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	90 horas/aula	100%	100,0	MARILIA CUNHA COSTA MULER	ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	90 horas/aula	100%	100,0	JOSE MARIA DE ALMEIDA JUNIOR	ESPECIALISTA

O curso cumpriu todas as disposições da resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018. Registrado em livro de expedição de certificado do centro de pós-graduação da Faculdade do Vale Elvira Dayrel.

Registro: 9.034 Livro: 001 Página: 35

Data da Colação de Grau da Graduação: 07/11/2017.

009.372

Digitalizado com CamScanner

03678

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Welliton Felipe da Silva Alves

RG: 36.807.233

CPF: 436.895.948-55

Assinatura:_____

03679

03680

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

PAULO HENRIQUE FERNANDES

03682

FACULDADE ÚNICA DE IPATINGA

Portaria de Recredenciamento nº 206, de 08/04/2016 - D.O.U de 11/04/2016
Portaria de Credenciamento nº 1.004, de 17/08/2017 - D.O.U de 18/08/2017

CERTIFICADO

O Diretor Geral da **FACULDADE ÚNICA**, no uso de suas atribuições, certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** portador(a) da Carteira de Identidade nº 1262777615 concluiu o curso de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de Especialização, intitulado **GESTÃO HOSPITALAR**, promovido por esta Instituição de Ensino Superior, com carga horária de 720 horas realizado no período de 10 de julho de 2021 a 15 de março de 2022 e outorga-lhe o presente certificado a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais na forma da Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de abril de 2018.

039683

Ipatinga - MG, 16 de março de 2022

Assinado de forma digital por PAULO HENRIQUE FERNANDES:38229846120
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla v5, ou=28842630000122, ou=Videoconferencia, ou=Certificado PF A1, cn=PAULO HENRIQUE FERNANDES:38229846120
Dados: 2022.03.17 16:45:22 -03'00'

Aluno(a)

Valdir Henrique Valério
Diretor Geral

Faculdade ÚNICA de Ipatinga

Certificado registrado em conformidade com a Resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018, publicada no DOU em 09/04/2018.

Registro nº 6571 Livro nº 6 Folha nº 66 de Ipatinga, 16 de março de 2022.

Faculdade ÚNICA de Ipatinga

Credenciada pela portaria nº 366, de 12/03/1997, Seção 1, pág. 5003.

Recredenciada pela Portaria nº 206, de 08/04/2016, publicada no DOU do dia 11/04/2016, Seção 1, pág. 26.

Credenciada para oferta de cursos superiores na modalidade a distância pela Portaria nº 1.004, de 17/08/2017, publicado no DOU do dia 18/08/2017, Seção 1, pág 20.

Média mínima para aprovação: 7.0
Frequência mínima para aprovação: 75%

03684

HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO HOSPITALAR
ÁREA DE CONHECIMENTO DO CURSO: NEGÓCIOS, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO

Disciplina	CH	Frequência	Nota	Corpo Docente	Titulação
Docência no Ensino Superior	60	100%	8.0	Clemilda Daniela Silva	Mestre (a)
Metodologia do Trabalho Científico	60	100%	10.0	Marcelo Augusto Nery Médes	Doutor (a)
Meios Digitais e o Profissional do Futuro	60	100%	8.0	Luiz Antônio Antunes Alves	Mestre (a)
Empreendedorismo Pessoal	60	100%	9.5	Gilson Renhe	Especialista (a)
Marketing Pessoal	60	100%	9.0	Carolina de Aquino Machado	Mestre (a)
Ética e Cidadania	60	100%	9.5	Nirciene Quintão de Assis Corrêa	Mestre (a)
Saúde Pública - Fundamentos e Legislação	60	100%	10.0	Rosana Franciele Botelho Ruas	Mestre (a)
Noções de Administração e Dinâmica Institucional	60	100%	9.0	Alessandro Henrique de Souza Miake	Mestre (a)
Fundamentos da Administração de Recursos Humanos	60	100%	9.5	Marilene Gonçalves Nunes	Mestre (a)
Gestão dos Serviços da Saúde	60	100%	9.5	Rosana Franciele Botelho Ruas	Mestre (a)
Gestão e Logística Hospitalar	60	100%	9.0	Victor Santiago Rodrigues de Morais	Mestre (a)
Gestão de Custos e Finanças	60	100%	10.0	Vera Lúcia Valgas	Mestre (a)

Página de assinatura

Paulo Bond

38229846120

Paulo Henrique Fernandes

Grupo Prominas

Grupo Prominas

His

16 de março de 2022 — Certificado solicitado por Paulo Henrique Fernandes (CPF: 38229846120) por meio do ip desconhecido localizado em Quirinopolis - GO - .

16 de março de 2022 — Documento gerado por Grupo Prominas. (Empresa: Grupo Prominas, CPF responsável: 797.646.906-10)

16 de março de 2022 — Documento assinado por Grupo Prominas (Empresa: Grupo Prominas, CPF responsável: 797.646.906-10) assinou este documento por meio do IP 35.233.222.183 localizado em The Dalles - Oregon - United States.

035685

EV.G Uma iniciativa enap

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Gestão Pessoal - Base da Liderança (Turma ABR/2022) com início em 01/05/2022 e com carga-horária de 50 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

09686

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Gestão Pessoal - Base da Liderança

Disponibilidade:
01/05/2022 a 10/06/2022

Data de encerramento:
14/05/2022

Carga Horária:
50 horas

Nota Final:
80

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulo 1: O Desenvolvimento Biopsicossocial e a Dimensão Biológica
Módulo 2: Dimensões Psicológica e Perfil Comportamental
Módulo 3: Dimensão Social e Desenvolvimento Integrativo
Módulo 4: Mentalidade e aspectos relacionados à Psicologia Positiva
Módulo 5: Virtudes, Forças de caráter, crenças e valores pessoais
Módulo 6: Técnicas de Coaching

036877

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código **RTHs6744837AfsK**.

Este certificado foi gerado em 14/05/2022 às 14:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

EV.G Uma iniciativa enap

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Avaliação da qualidade de serviços como base para gestão e melhoria de serviços públicos (Turma MAI/2022) com início em 08/05/2022 e com carga-horária de 20 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

03688

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Avaliação da qualidade de serviços como base para gestão e melhoria de serviços públicos

Disponibilidade:
08/05/2022 a 28/05/2022

Data de encerramento:
11/05/2022

Carga Horária:
20 horas

Nota Final:
65

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulo 1 - Visão Geral sobre serviços e avaliação de serviços públicos
Módulo 2 - Histórico e evolução dos modelos de avaliação de serviço
Módulo 3 - Aplicação de ferramentas de avaliação a um serviço específico
Módulo 4: Melhoria dos serviços públicos

0689 0

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código **uM9G6786416RhvI**.

Este certificado foi gerado em 16/05/2022 às 13:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

EV.G Uma iniciativa enap

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Inteligência Emocional (Turma ABR/2022) com início em 01/05/2022 e com carga-horária de 50 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

006920

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Inteligência Emocional

Disponibilidade:
01/05/2022 a 10/06/2022

Data de encerramento:
07/05/2022

Carga Horária:
50 horas

Nota Final:
94.05

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulo 1 – Gestão das emoções pessoais
Módulo 2 – Gestão das emoções nas relações interpessoais
Módulo 3 – Ambiente de trabalho positivo
Módulo 4 – Liderança positiva

036911

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código `IjGN6745738x0yz`.

Este certificado foi gerado em 16/05/2022 às 13:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

EV.G Uma iniciativa enap

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Redação Oficial e Noções de SEI e suas aplicações (Turma MAI/2022) com início em 15/05/2022 e com carga-horária de 10 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

036092

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Redação Oficial e Noções de SEI e suas aplicações

Disponibilidade:
15/05/2022 a 25/05/2022

Data de encerramento:
15/05/2022

Carga Horária:
10 horas

Nota Final:
71.7

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Redação Oficial e suas principais características;
Tipos de Redação Oficial e suas estruturas;
O parágrafo e sua estruturas;
Composição de texto;
Dicas práticas de redação;
Noções sobre o Sistema Eletrônico de Informaçãoes (SEI).

026923

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código **pxH16830628wtYS**.

Este certificado foi gerado em 16/05/2022 às 13:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

Casa do Saber +

CERTIFICADO
DE CONCLUSÃO

Certificamos que

PAULO HENRIQUE FERNANDES

CPF:

382.298.461-20

Concluiu o curso online:

Neurociência para desenvolver uma mente criativa

Ministrado por:

Ana Carolina Souza

Carga horária:	Data de início:	Data de conclusão:
01:00 horas	12/05/2022	12/05/2022

Alexandre Max
CEO

Casa do Saber Eventos Culturais SA
CNPJ: 05.452.257/0001-06

0060940

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: Paulo Henrique Fernandes

RG: 12627776-15

CPF: 382.298.461-20

Assinatura:_ Assinado de forma digital por Paulo Henrique Frnandes Dados: 2023.09.10 21:50:40 -03'00'

03695

03696

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA

03697

03698

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

INSCRIÇÃO - COREN-GO 321.250

ENFERMEIRO

NOME
LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
GOIÂNIA
GO
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO
19/06/1990

DATA DE VALIDADE
09/10/2017

PRESIDENTE

RG
770180

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SSPTO

DATA DE EMISSÃO
15/10/2012

FILIAÇÃO
JOSÉ GERALDO DA SILVA
THEREZA CRISTINA VERAS SILVA

CPF
732.543.631-91

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

0901120127000250000480

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E TEM FÉ PÚBLICA (ART. 15 INCISO VII - LEI 5.905 DE 12/07/73 E LEI 6.206 DE 07/05/75).

É PROIBIDO PLASTIFICAR

03699
03698

Coren GO
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Certidão de Regularidade

Atendendo a requerimento da parte interessada, CERTIFICA que o profissional identificado é inscrito nesta Autarquia e não consta processos ético-disciplinares em seu desfavor. Durante o periodo de pandemia da Covid-19, o Coren-GO não irá utilizar informações referentes a débitos de anuidades e multa eleitorais, inscrições em dívida ativa e execuções judiciaispara emissão da Certidão de Regularidade Profissional.

Nome: Luiz Eduardo Veras e Silva

Cpf: 73254363191

Categoria: ENFERMEIRO

Inscrição: 321250-ENF - 11/10/2012

Endereço: R do Camorim Qd.65 Lt 21

Cidade: Goiânia

O(s) seguinte(s) registro(s):

Esta certidão tem prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias a partir da emissão (24 de setembro de 2021.), substituindo também a cédula profissional neste prazo estabelecido conforme Resolução Cofen 659/2021.

ASPECTOS JURÍDICOS E TÉCNICOS DE VALIDADE DA CERTIDÃO

Esta certidão tem validade de 180 dias de sua emissão

Para confirmar a autenticidade dessa CERTIDÃO consulte em Serviços On-Line no site do COREN Goiás, através do endereço www.corengo.org.br
Consulte informando o 411246/NET e Nº inscrição 321250-ENF através do menu Conferência de Certidão

03700

FACULDADE METROPOLITANA

Declaração de Matrícula

Declaramos para os devidos fins que, **Luiz Eduardo veras e Silva, CPF 732.543.631-91,** está matriculado(a), neste estabelecimento de ensino, no curso de pós-graduação Lato Sensu em **"MBA em Gestão Hospitalar"**, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, com carga horária total de 600 horas, cujas aulas ocorrem a distância, com início em 04/11/2020 e previsão de término em 03/05/2021, conforme cronograma previsto a seguir. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

Data	Disciplinas	CH	Nota
22/04/2021	INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50h	6.0
22/04/2021	CONCEITO DE HOSPITAL	50h	8.0
22/04/2021	ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50h	6.0
22/04/2021	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50h	6.0
22/04/2021	GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50h	10.0
01/05/2021	GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50h	8.0
01/05/2021	GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50h	6.0
01/05/2021	PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50h	10.0
01/05/2021	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50h	8.0
01/05/2021	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50h	6.0
01/05/2021	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50h	6.0
01/05/2021	HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50h	8.0
	Carga Horária Total	**600**	

Ribeirão Preto, 05 de outubro de 2021

Código de autenticidade: 874097f225b8fe9b9085c8dd8ce3395b
Site para verificação: https://www.estudesemfronteiras.com/novo/autenticidade-declaracao

Antonio Marcos Neves Esteca

Antonio Marcos Neves Esteca
Coordenador de Pós-Graduação

Metropolitan Educação Ltda
13.411.192/0001-70
Av. Presidente Kennedy, 1677
Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP
CEP: 14095-220
Tel: (16) 3617-1318

03701

IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

Rua T-55, Qd. 96, Lt. 11, nº 580,
Setor Bueno, Goiânia - GO | 62 3945-5050
ipog.edu.br | ipog@ipog.edu.br

Diretoria Acadêmica

DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA

Nº DE MATRÍCULA
00270000000EGS0206

Declaramos, para os devidos fins, que **LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA**, CPF:**732.543.631-91**, está regularmente matriculado(a) no curso de pós-graduação *lato sensu* **MBA Executivo Gestão em Saúde**, na cidade de GOIÂNIA, tendo carga horária de 432 horas/aula, com data de início em 06/08/21 e término previsto para 25/09/22. O referido curso atende as exigências da Resolução nº 1, de 06 de Abril de 2018 do Ministério da Educação (MEC).

As aulas acontecem sempre aos finais de semana, sendo uma vez por mês, nos seguintes horários:

Sexta-feira: 18:00 às 23:00 horas;

Sábado: 08:00 às 19:00 horas;

Domingo: 08:00 às 13:00 horas.

Goiânia/GO, 04 de outubro de 2021

SARA DE SÁ CAVALCANTE
Secretária Acadêmica

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO & GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 04/10/2021 09:14:06
ID: 000000117404

03702

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/1959
Aditamento como PUC GOIÁS conforme Portaria n. 1.747, de 23/12/2009
Secretaria Geral

Diploma registrado nos termos do § 1º do art. 48 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

Registro n. 23184

Processo n. 2850/2012-SG/SEDOC/SRD

Data do Registro: 05/10/2012

Luciola Linhares Silva Soares Correia
Secretária Geral

Curso de Enfermagem. Título de **ENFERMEIRO**. Renovação de reconhecimento pela Portaria MEC n. 1, de 06/01/2012 – D.O.U. 09/01/2012.

012853

02703

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

O Reitor da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de

ENFERMAGEM

e a outorga do grau de BACHAREL, em 20 de setembro de 2012, a

Luiz Eduardo Veras e Silva,

brasileiro, nascido em Goiânia – Estado de Goiás, em 19 de junho de 1990,

cédula de identidade n. 770.180-SSP/TO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 05 de outubro de 2012.

Prof. Wolmir Theodoro Amado
Reitor

Profª. Sonia Margarida Gomes Sousa
Pró-Reitora de Graduação

Luiz Eduardo Veras
Diplomado

03704

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

Histórico Escolar

Curso: ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA
Área do conhecimento: ENFERMAGEM
Período de realização: 05 de outubro de 2012 a 25 de abril de 2014.
Nome: LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA Matrícula: 2012.2.1156.0031-7
Identidade: 770.180 / SSP - TO Naturalidade: GOIÂNIA - GO Data Nasc: 19/06/1990

DISCIPLINAS CURSADAS	CH	FREQ	CONC	DOCENTE	TIT.
ESTÁGIO SUPERVISIONADO	90	90	A	CRIMENE CANDIDA ALVES TELES	E
				SILVIA REGINA MANFREDI	M
GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	20	20	A	TEREZINHA DALOSSI GENNARI	D
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA	20	20	B	MARISLEI DE SOUSA ESPÍNDULA BRASILEIRO	D
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA	50	50	A	JACQUELINE ANDREIA BERNARDES LEAO CORDEIRO	M
				PATRICIA FREIRE CAVALCANTE	M
				SONIA LUZIA CAIXETA	E
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	20	20	A	SILVIA REGINA MANFREDI	M
FARMACOLOGIA GERAL	20	20	A	ROBERTO CARLOS LYRA DA SILVA	D
NEFROLOGIA BÁSICA	20	20	A	FABIA MARIA OLIVEIRA PINHO	D
METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR	20	20	A	KAROLINA KELLEN MATIAS	M
ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA RENAL	40	40	A	MARIA APARECIDA DALBONI	D
PROPEDEUTICA DE ENFERMAGEM	15	15	A	SILVIA REGINA MANFREDI	M
EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA	15	15	A	JOÃO BOSCO SIQUEIRA JÚNIOR	D
CONTROLE DE INF.E NORMAS DE BIOSSEGURANÇA	20	20	B	ZILAH CANDIDA PEREIRA DAS NEVES	M
ESPECIFIC. DA ASSISTENCIA DE ENFER. EM NEFROLOGIA	20	20	A	GIULENA ROSA LEITE CARDOSO DOS ANJOS	M
NEFROLOGIA CLÍNICA	60	60	A	SILVIA REGINA MANFREDI	M
				VALDECIRA MARIA PIVETA	M

TCC: (ARTIGO CIENTÍFICO) Data: 26/04/2014
Título: "Atuação do enfermeiro no diagnóstico precoce da lesão renal aguda".
Prof.(a) Orientador(a) DOUTOR(A) - MARISLEI DE SOUSA ESPINDULA BRASILEIRO
Conceito: A Carga Horária: 50

- O curso atende integralmente as Orientações Preconizadas pela Resolução N. 01/2007 do CNE/CES/MEC, de 08/05/2007 - publicada no DOU em 21/05/2007
- Instituição credenciada pelo Decreto n. 47.041/59 e Portaria n. 1.747 - MEC. Recredenciamento Portaria n.859 de 11/09/2013.
- DEL. Nº09/2013-CPGP DO CEPEA

Equivalência de conceitos:	Titulação:
A - 9,0 a 10,0	D - Doutor(a)
B - 8,0 a 8,9	E - Especialista
C - 7,0 a 7,9	M - Mestre(a)
D - Insuficiente	LD - Livre Docente

Secretaria de Pós-Graduação Lato Sensu
Registro n.: 27 Fls: 68 Livro: 14

Goiânia(GO), 13 de junho de 2017

Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu

Prof. Ms. Brasilino José Ferreira Neto (R.E. 4245)
Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu
PUC Goiás/PROPE - Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu

03705

037061

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

CERTIFICADO

A Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa certifica que

Luiz Eduardo Veras e Silva

concluiu o Curso de ***ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA- ÁREA DE CONHECIMENTO: ENFERMAGEM,*** promovido pela *Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu*, conforme a *Resolução nº 01, de 08 de junho de 2007, do CNE/CES/MEC*, no período de outubro de 2012 a abril de 2014, com a carga horária de 480 horas.

Goiânia, 13 de junho de 2017.

Profa. Dra. Milca Severino Pereira
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Especialista

Prof. Ms. Braulino José Ferreira Neto
Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu

Luiz Eduardo Veras e Silva

Brasileiro, solteiro, 30 anos
Telefone: (62) 98117-0190

E-mail: leves15@gmail.com

FORMAÇÃO

Graduado em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás ,PUC-GO, conclusão em 2012/1.

Pós graduado em "Enfermagem em Nefrologia". Pontifícia Universidade Católica de Goias, PUC-GO, conclusão em junho\2017.

Pós graduado em "MBA em Gestão Hospitalar". Faculdade Metropolitana, conclusão em Maio\2021.

Pós graduando em "MBA Executivo em Gestão Hospitalar". Instituto de Pós-graduação & Graduação, IPOG, Inicio em Agosto\2021, termino previsto setembro/2022.

EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- **Mar/2021-Atualmente – Policlínica Estadual Região da Nordeste - Posse**

Cargo: Coordenador da Clínica de Hemodialise

Principais atividades: Coordenação do setor de Hemodialise, treinamento da equipe da Clínica, montagem de escalas, manter qualidade do ambiente e segurança, procurando o conforto do paciente e da equipe.

- **Dez/2020-Fev/2021 – Hospital Santa Terezinha Rio Verde Goiás**

Cargo: Enfermeiro Supervisor.

Principais atividades: Supervisão da equipe de enfermagem; assistência a pacientes internados na instituição nos setores COVID, Clínica Médica e Pronto Socorro.

- **Ago/2020-Dez/2020 – FAMP - Faculdade Morgana Potrich**

Cargo: Professor.
Principais atividades: Docência para o curso de enfermagem.

03707

- **Ago/2020-Dez/2020 – Secretária Municipal de Saúde de Mineiros – Goiás**

Cargo: Enfermeiro socorrista, lotado na UTI do Hospital Municipal Dr Evaristo Vilela Machado.
Principais atividades: Assistência de enfermagem e avaliação nefrológica a pacientes graves com COVID-19;

Enfermeiro responsável pelo tratamento hemodialítico dos pacientes em LRA.

- **Out/2015-jul/2017 – Santa Casa de Misericórdia de Goiânia**

Cargo: Enfermeiro supervisor
Principais atividades: Supervisão da equipe de enfermagem e assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise.

- **Out/2012-Dez/2015– Clínica de Doenças Renais – Goiânia**

Cargo: Enfermeiro supervisor
Principais atividades: Supervisão da equipe de enfermagem e assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise.

- **Jan/2012-Jun/2012 – Santa Casa de Misericórdia de Goiânia**

Cargo: Acadêmico de Enfermagem pela PUC-Go.
Principais atividades: Assistência de enfermagem a pacientes críticos e semi-críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva.

- **Dez/2010-Jun/2012 – Instituto de Neurologia de Goiânia**

Cargo: Acadêmico de Enfermagem pelo IEL.
Principais atividades: Assistência de enfermagem a pacientes com danos neurológicos internados em enfermaria e Unidade de tratamento intensivo.

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA

portador(a) do RG 770180 SSP/TO, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 03 de maio de 2021

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral

60420

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar				
Disciplinas	**CH**	**Nota**	**Professor**	**Titulação**
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	6.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	8.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	6.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	6.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	6.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	8.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	6.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	6.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **04 de novembro de 2020** a **03 de maio de 2021**

Autenticidade do Certificado:

462860bcec29fa5f95e96c37f57a785c

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 106824, no livro 1, página 2125. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

Ribeirão Preto - SP, 03 de maio de 2021

037 10

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO.
CEP: 74 810-100 Tel: (62) 3157 0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Luiz Eduardo Veras e Silva

RG: 770180 SSP-To

CPF: 732.543.631-91

Assinatura: Luiz Eduardo Veras e Silva

03711

03712

Estrutura e experiência da Diretoria

• Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

YURI LEMES RABELLO

03712

03714

Rua Presidente Epitácio Pessoa, Q: 42, LT: 18, Sn, Jardim Presidente

(62) 99197-7206 (62) 3290-1375
CV http/lattes.cnpq.br/5714025316060167
yuri-lemes@hotmail.com

YURI LEMES RABELO 01/09/1993

HABILIDADES & COMPETÊNCIAS

- Atuação direta na administração pública.
- Aplicar e transferir conhecimento.
- Capacidade de conciliação e negociação.
- Comunicação, redação e gramática por meios físicos ou tecnológicos eficaz.
- Relacionamento interpessoal e trabalhar em equipe gerenciando conflitos e interesses.
- Pró-atividade.
- Criatividade e adaptabilidade.
- Ética coerência e integridade.
- Habitual e constante busca em desenvolvimento pessoal e em aprendizagem.
- Compromisso com resultados.
- Gerenciar processos, tempo e recursos.
- Planejamento e organização.
- Liderar e atuar estrategicamente.

EXPERIÊNCIA

DIRETOR GERAL, HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIM - HEJA

01/07/2021 - Até 31/01/2022

Atuou a frente do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim – HEJA, com atribuições estabelecidas:

- Executar a organização, coordenação, supervisão, administração geral e controle dos trabalhos e atividades no HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ, em atendimento às diretrizes pré estabelecidas em estrita observância ao interesse público e determinações do ESTADO DE GOIÁS.
- Convocar reuniões periódicas com a Diretoria do Instituto CEM para orientação, supervisão e acompanhamento do desenvolvimento das atividades do HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ (HEJA).
- Fornecimento de relatórios semanais das atividades e ocorrências do HEJA para a Diretoria do Instituto CEM.
- Fornecer informações dos resultados das atividades desempenhadas à Diretoria do Instituto CEM para análise e tomada de decisão.
- Exercer todos os esforços para a regular, ininterrupta e eficaz operação do Hospital Estadual de Jaraguá, de modo que os serviços médicos ofertados por esta unidade hospitalar atendam os interesses públicos e do Estado de Goiás.
- Encaminhar ao Instituto CEM as requisições de compra de bens e insumos para o atendimento das necessidades operacionais do HEJA.
- Apresentar para a Diretoria do Instituto CEM relatórios demonstrando a necessidade de contratação e/ou dispensa de pessoal celetista e/ou prestadores de serviços para a respectiva aprovação.
- Conduzir a Direção Geral do HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ (HEJA) com observância dos princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, legalidade e eficiência.

PARA

03715

GESTÃO DE CONTRATOS, INSTITUTO CEM - ICEM

01/03/2021 - Até 30/06/2021

Atuou de forma coordenada tendo como finalidade o assessoramento da alta administração por meio de exame e avaliação de documentações, tendo como finalidade os seguintes aspectos:

- Adequação e eficácia dos controles, integridade e confiabilidade das informações e registros;
- Integridade e confiabilidade dos sistemas estabelecidos para assegurar a observância das políticas, metas, planos, procedimentos, leis, normas, portarias e regulamentos, assim como da sua efetiva aplicação;
- Compatibilidade das operações e programas com objetivos, planos e meios de execução;
- Mensuração e mitigação dos problemas e riscos, oferecendo alternativas para solução.

ANALISTA FINANCEIRO NIVEL III, INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO - IMED

25/08/2019 - Até 28/02/2021

Realiza serviços na área da administração pública hospitalar, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, nacionalmente e internacionalmente reconhecida pelo alto grau de qualificação profissional e de ampla capacidade de gestão e soluções eficientes no ambiente da administração pública hospitalar. Desenvolve tarefas no setor financeiro e de prestação de contas da organização, efetuando serviços correlatos de suporte na área jurídica e operacional nas unidades hospitalares por esta administração gerida.

- Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN (Goiás) Aporte financeiro: 2,6 Milhões mensal.
- Hospital Regional de Formosa – HRF (Goiás) Aporte financeiro: 1,5 Milhões mensal.
- Hospital Regional de Luziânia – HRL (Goiás) Aporte financeiro: 1,6 Milhões mensal.

CONTROLADOR NÍVEL I, CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS – INSTITUTO CEM

05/12/2018 - Até 24/08/2019

Atuou na área de gestão pública, desenvolvendo atividades no setor financeiro e de prestação de contas da Instituição, bem como envolvendo serviços de suporte na área jurídica e operacional das atividades envolvendo o Contrato de Gestão Emergencial 107/2018 CEM/SES.

- Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN (Goiás) Aporte financeiro: 2 Milhões mensal.

CONTROLADOR NÍVEL I, INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR

01/06/2015 - Até 31/08/2018

01/06/2013 - Até 31/05/2015 Assistente de Controladoria

Desenvolveu o seu trabalho em conjunto com uma equipe multidisciplinar, nacionalmente e internacionalmente reconhecida pelo alto grau de qualificação profissional e de ampla capacidade de gestão e soluções eficientes no ambiente da

03716

administração pública hospitalar. Atuou na instrução e fiscalização dos processos administrativos internos oriundos da atividade de gerenciamento hospitalar das unidades de saúde. Elaboração e conferência de despachos e ofícios; elaboração de chamamentos públicos, análise de documentação necessária para a correta instrução processual de acordo com os manuais de compras e contratação internos e externos, desde documentos constitutivos, passando certidões negativas de débitos de empresas fornecedoras de bens e serviços, etc. Auditar todos os processos administrativos de aquisição de bens e serviços do Instituto e das unidades administradas e após análise, fazer a liberação de pagamento em conjunto com a superintendência executiva e a presidência de toda a verba destinada ao custeio dos hospitais, elaborar contratos; elaboração de pareceres jurídicos.

Algumas Unidades Públicas geridas por esta Controladoria do Instituto GERIR:

- Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO (Goiás) Aporte financeiro: 17 Milhões mensal.
- Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN (Goiás) Aporte financeiro: 2 Milhões mensal.
- Hospital Dr. Carlos Macieira – HCM (Maranhão) Aporte financeiro: 7 Milhões mensal.
- Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho – HMPF (Paraíba) Aporte financeiro: 2 Milhões mensal.

EDUCAÇÃO

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – SÃO PAULO/SP BRASIL – ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

- Conclusão: 2021

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS (UNI-ANHANGUERA) – GOIÂNIA/GO BRASIL – GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

- Conclusão: 2020

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS (UNI-ANHANGUERA) – GOIÂNIA/GO BRASIL – GRADUAÇÃO EM DIREITO

- Conclusão: 2015 ADVOGADO, REGULARMENTE INSCRITO PELA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, SECCIONAL GOIÁS OAB GO -46.302

IDIOMAS

CENTRO CULTURAL BRASIL - ESTADOS UNIDOS (CCBEU) – GOIÂNIA/GO BRASIL – CURSO AVANÇADO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM INGLÊS

Curso intensivo, com preparatório para exames finais de proficiência:

- Test of English as a Foreign Language (TOEFL)
- University of Cambridge/Michigan Language Assessments (CAMLA)
- Conclusão: a concluir.

CURSOS COMPLEMENTARES

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES DOS MERCADOS FINANCEIRO E DE CAPITAIS (ANBIMA) - **Compliance Legal, Ética e Análise do Perfil do Investidor,** ministrado em 20/04/2020, com 05 horas-aula com certificado.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES DOS MERCADOS FINANCEIRO E DE CAPITAIS (ANBIMA) - **Fundamentos de Economia e Finanças** ministrado em 19/04/2020, com 08 horas-aula com certificado.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES DOS MERCADOS FINANCEIRO E DE CAPITAIS (ANBIMA) - **Mentalidade Ética,** ministrado em 19/04/2020, com 02 horas-aula com certificado.

03717

- ESCOLA CONQUER (CONQUER) – **Inteligência Emocional,** ministrado em 26/04/2020, com 10 horas-aula com certificado.
- INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN (EINSTEIN) - **Prontuário médico eletrônico,** ministrado em 26/04/2020, com 01 hora-aula com declaração de participação.
- INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN (EINSTEIN) - **Problemática da Sustentabilidade em Saúde,** ministrado em 26/04/2020, com 15 minutos-aula com declaração de participação.
- GOOGLE ATELIÊ DIGITAL (GOOGLE) – **Fundamentos de Marketing**, concluído 04/05/2020, com 40 horas-aula com certificado.
- SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE) – **Como analisar o mercado**, ministrado em 11/10/2019, com 06 horas-aula com certificado.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU) - **Gestão e Fiscalização de Contratos Administrativos: Nível Intermediário**, ministrado em 10/11 a 12/12/2014, com 40 horas-aula com certificado.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) – **Argumentação Jurídica**, ministrado em 03/02/2014, com 5 horas-aula com certificado.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) – **Formação Docente para Professores de Direito**, ministrado em 06/03/2014, com 10 horas-aula com certificado.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) – **O Juiz e a Ética**, ministrado em 06/03/2014, com 10 horas-aula com certificado.
- ESCOLA DE POLÍTICAS PÚBLICAS (EPP) – **Publicação de Dados em Formato Aberto**, ministrado em 24/06/2014, com 30 horas-aula com certificado.
- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU) – **Rumo a uma cultura de acesso à informação: a Lei 12.527/2011 – 15ª Edição,** ministrado em 19/03/2014 a 02/04/2014, com 10 horas-aula com certificado

REFERÊNCIAS

EDSAMUEL CARLOS DE ARAÚJO

Superintendente Executivo, Instituto de Gestão em Saúde – GERIR Fone: (11) 97375-1017

THADEU DE MORAES GREMBECKI

Diretor Administrativo, Instituto CEM - Fone: (15) 99119-5589

ÂNGELA MARIA SANTOS CHAGAS

Diretora de Recursos Humanos, Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED Fone (11) 99953-0085

03718

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13263653

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

03719

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE GOIÁS
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 46302

NOME
YURI LEMES RABELO

FILIAÇÃO
WEDER ROSA RABELO
SILMEIRE LEMES RABELO

NATURALIDADE
GOIÂNIA-GO

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1993

RG
5393699 - SPTC GO

CPF
043.402.931-99

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA 01

EXPEDIDO EM
09/04/2016

LUCIO FLAVIO SIQUEIRA DE PAIVA
PRESIDENTE

03720

UNIGOIÁS
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Centro Universitário de Goiás - Unigoiás

O Reitor do Centro Universitário de Goiás - Unigoiás Confere o Grau de

Bacharel em Administração

a

Yuri Lemes Rabelo

de nacionalidade brasileira, nascido em 1 de setembro de 1993 em Goiânia - GO, documento de identificação n. 05377034348 DETRAN-GO, pela conclusão do Curso de Administração - Bacharelado, no primeiro semestre de 2020, tendo em vista o termo de Colação de Grau em 30 de julho de 2020 e, de acordo com suas atribuições, outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 19 de agosto de 2020

Prof. Joveny Sebastião Candido de Oliveira JM. JD
Reitor

Profª. Esp. Ronilda Moreira da Paz
Secretária Geral

Yuri Lemes Rabelo
Diplomado

03721

03722

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS - UNIGOIÁS
SOCIEDADE ANHANGUERA DE ENSINO LTDA
CNPJ: 01.088.830/0001-85

Portaria Ministerial de credenciamento nº. 1.216 de 11/05/2004, D.O.U. em 13/05/2004, Seção I, pág. 16. Recredenciado pela Portaria n. 33 de 28/01/2015, D.O.U. em 12/02/2015, Seção I, pág. 13.

SECRETARIA GERAL

Diploma registrado nos termos do § 4º do art. 2º do Decreto n. 5.786, de 24/05/2006, D.O.U. em 25/05/2006, e do art. 45 da Lei n. 9.394, de 20/12/1996, D.O.U. em 23/12/1996.

Registro n.: 11632
Processo n.: 001738/2020
Em 19/08/2020.

Secretária Geral

Renovado o Reconhecimento pela Portaria SERES nº. 204, de 25/06/2020, D.O.U., em 07/07/2020, Seção 1, pág. 32.

007.225

255.500

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Centro Universitário de Goiás - Uni-Anhanguera

O Reitor do Centro Universitário de Goiás - Uni-Anhanguera Confere o Grau

de Bacharel em Direito

a

Yuri Lemes Rabelo

de nacionalidade brasileira, nascido em 1 de setembro de 1993 em Goiânia - GO, documento de identificação n. 5393699 - GO, pela conclusão do Curso de Direito - Bacharelado, no segundo semestre de 2015, tendo em vista o termo de Colação de Grau em 13 de janeiro de 2016 e, de acordo com suas atribuições, outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 22 de março de 2016

Prof. Joveny Sebastião Candido de Oliveira JM, JD
Reitor

Yuri Lemes Rabelo
Diplomado

Profª. Esp. Ronilda Moreira da Paz
Secretaria Geral

ORIGINAL

03723

03724

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS - Uni-ANHANGUERA

Reconhecido pela Portaria de Credenciamento n. 1.216 de 11/05/2004, D.O.U em 13/05/2004. Recredenciado pela Portaria n. 33 de 28/01/2015, D.O.U em 12/02/2015.

SECRETARIA GERAL

Diploma registrado nos termos do § 4º do art. 2º do Decreto n. 5.786, de 24/05/006, D.O.U. em 25/05/2006, e do art. 45 da Lei n. 9.394, de 20/12/1996, D.O.U. em 23/12/1996.

Registro n.: 7044
Processo n.: 000984/2016
Em 22 de março de 2016.

Secretária Geral

Curso Reconhecido pelo Decreto MEC n. 80.180 de 17/08/1977, D.O.U em 18/08/1977. Renovado o Reconhecimento pela Portaria MEC nº 124 de 09/07/2012 ,D.O.U. em 10/07/2012.

001362

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Yuri Lemes Rabelo**, **RG. 5393699**, o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em:

Gestão em Saúde

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/06/2020 a 31/08/2021, compreendendo 422 horas.

São Paulo, 17 de dezembro de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-graduado(a)

Prof.ª Dra. Olga Guilhermina Dias Reich
Diretora de Ensino Superior

03725

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2020-31				
Disciplina	**Corpo Docente**		**Carga Horária**	**Nota da**
	Professor	**Titulação**	**h/a**	**Disciplina**
Compreendendo o Setor da Saúde	Patricia Yukari Kinjo	Especialista	30	10,0
Epidemiologia Gerencial	Paulo David Scatena Gonçalves	Especialista	30	9,1
Experiência do Paciente	Ana Merzel Kernkraut	Especialista	30	8,8
Gestão Avançada em Saúde	Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Mestre	15	9,8
Gestão e Execução Estratégica	Ana Júlia Soares Leme	Especialista	45	9,0
Gestão de Fluxo de Paciente	Tatiane Ramos Canero	Especialista	30	8,3
Gestão Financeira em Saúde	Marcelo dos Santos Andrade	Especialista	30	9,3
Gestão de Operações e Serviços em Saúde	Denis Faria Moura Junior	Mestre	45	9,2
Gestão de Recursos Humanos em Saúde	Simone Azevedo	Especialista	30	8,7
Gestão de Risco e Segurança em Saúde	Rosane Oliveira Simoes	Especialista	20	7,8
Imersão Prática	Claudia Regina Laselva	Mestre	22	9,4
Metodologia do Trabalho Científico	Paula Vitali Miclos	Doutora	15	9,8
Trabalho de Conclusão de Curso	Claudia Regina Laselva	Mestre	60	9,5
Transformação Digital em Saúde	Michel Silva Fornaciali	Doutor	20	9,2
Carga horária total em hora/aula	----------	----------	**422**	----------

Monografia: "ESTRATÉGIAS DO ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE DO CORPO DE LIDERANÇAS DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE – GO FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19", aprovada com nota 9,5

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 17 de dezembro de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o nº 2851/22
Fl. 16 do livro RC 07
Em 07 de março de 2022

03726

ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN

DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO

Declaro que Yuri Lemes Rabelo, RG: 5393699, concluiu em 31/08/2021 o curso de Pós-graduação em Gestão em Saúde - EAD.

O curso tem o reconhecimento através da portaria ministerial MEC/SERES nº1 de 06/01/2012 publicada em 09/01/2012.
O CNPJ da Instituição é 60.765.823/0001-30.

O certificado encontra-se em fase de emissão na Secretaria Acadêmica.

Disciplinas cursadas:

Disciplinas	Notas	Carga Horária	Situação
Compreendendo o Setor da Saúde	10.0	30.00	Aprovado
Epidemiologia Gerencial	9.1	30.00	Aprovado
Experiência do Paciente	8.8	30.00	Aprovado
Gestão Avançada em Saúde	9.8	15.00	Aprovado
Gestão de Fluxo de Pacientes	8.3	30.00	Aprovado
Gestão de Operações e Serviços em Saúde	9.2	45.00	Aprovado
Gestão de Recursos Humanos em Saúde	8.7	30.00	Aprovado
Gestão de Risco e Segurança em Saúde	7.8	20.00	Aprovado
Gestão e Execução Estratégica	9.0	45.00	Aprovado
Gestão Financeira em Saúde	9.3	30.00	Aprovado
Imersão Prática	9.4	22.00	Aprovado
Metodologia do Trabalho Científico	9.8	15.00	Aprovado
Trabalho de Conclusão de Curso	9.5	60.00	Aprovado
Transformação Digital em Saúde	9.2	20.00	Aprovado

São Paulo, 19 de Novembro de 2021.

Thatiani Fonseca Ramires Serpeloni
Secretaria Acadêmica da Pós Graduação

03727

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF. New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GO tel: (62) 3229.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de prova e a pedido da parte interessada, que **YURI LEMES RABELO**, portador do **CPF: 043.402.931-99**, trabalhou para o **INSTITUTO CEM**, Associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, **CNPJ nº 12.053.184/0001-37**, qualificado como Organização Social pelo Estado de Goiás Decreto Nº 9.184, 12 de Março de 2018, Entidade Gestora do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TRINDADE – HUTRIN, R. 03, 200 – Jardim Primavera, Trindade – GO, 75380-000 durante a vigência do **Contrato de Gestão 107/2018**. Executou para esta empresa o serviço de **CONTROLADOR** na organização social, no período de dezembro de 2018 a agosto de 2019 perfazendo os serviços da área de gestão pública envolvendo os setores financeiro e de prestação de contas da Instituição, bem como envolvendo serviços de suporte na área jurídica e operacional das atividades envolvendo o Contrato de Gestão 107/2018.

Registramos, ainda, que YURI LEMES RABELO, cumpriu fielmente com suas obrigações, nada constando que o desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Por ser verdade firmamos a presente

Goiânia, 09 de dezembro de 2019

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

PRESIDENTE / INSTITUTO CEM

03728

Av. T-63, nº 1296 Qd.145 Lt. 08/09 sala 708
Setor Bueno 74230 100 Goiânia GO
Tel 62 3095-2793
www.gerir.org.br

gerir

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação e a pedido da parte interessada, que **YURI LEMES RABELO**, portador do CPF: 043.402.931-99, prestou serviços sob vínculo celetista de 01/01/2015 até 13/08/2018, contratado para o cargo de **CONTROLADOR I**, em regime diarista (segunda-feira a sexta-feira) das 08:00 às 17:00 perfazendo uma jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais. Exercendo as atividades de **verificação de regularidade fiscal dos contratos, verificação de pagamentos** e atividades junto as áreas financeira, administrativa e jurídica supervisionado pelo responsável da área do Instituto Gerir.

Por ser verdade firmamos a presente.

Goiânia, 28 de novembro de 2019

Felipe Almeida Pontes
Coordenador Regional de RH
Instituto Gerir

FELIPE [illegible] SILVA
Coordenador [illegible] Instituto Gerir

03729

Av. DeputadoJamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF.New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GOtel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

Jaraguá, 01 de julho de 2021.

PORTARIA INTERNA Nº 002/2021 de 01 de julho de 2021.
INSTITUTO CEM

DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DO DIRETOR GERAL
HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ – HEJA
CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2021 SES/GO

O Diretor Administrativo do Instituto CEM, Sr. Thadeu de Morais Grembecki, dentro das atribuições que lhe confere o art. 15 do Regulamento dos Procedimentos para Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal, **RESOLVE:**

Art. 1º - NOMEAR para o preenchimento ao cargo de **DIRETOR GERAL** na unidade hospitalar - Hospital Estadual de Jaraguá/GO (HEJA), o **YURI LEMES RABELO, CPF: 043.402.931-99,** com início em 01 de julho de 2021, com autoridade e responsabilidades inerentes ao cargo e função, em substituição do Sr. PAULO HENRIQUE FERNANDES, inscrito no CPF: 382.298.461-20.

Art. 2º – A contratação e remuneração será realizada via contratação por Pessoa Jurídica com todas as regras definidas em contrato.

Art. 3º – Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Thadeu Grembecki
Diretor Administrativo
Instituto CEM

Jeziel Barbosa Ferreira
Diretor Presidente
Instituto CEM

03730

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Yuri Lemes Rabelo

RG: 5393G-99 SPTC-GO

CPF: 043.402.931-99

Assinatura: Yuri Lemes Rabelo

03731

03732

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

MELINA MARIA SALES COSTA

03733

03734

MELINA MARIA SALES COSTA

Bacharel em Fisioterapia - UNIP (Bolsista). Especialista em Acupuntura - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). Formação em Reeducação Postural Global - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). MBA Executivo Gestão em Saúde pela IPOG (cursando). Tem experiência e vivência em coordenação e treinamento de equipes de trabalho. Habilidades em trabalhar em equipe e gestão de pessoas.

Nome : Melina Maria Sales Costa
Endereço: R. Sergipe, Setor Urias Magalhães - Goiânia-Goiás
Natural de São Paulo - SP, solteira, 37 anos.
e-mail: costamelina21@gmail.com
Telefone: (62) 984046260

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2020 - 2021
Cargo Atual: Diretora - Geral de Unidade de Saúde Porte 2 - DAID-9 Empresa: CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR - CREMIC/SAIS/SES/GO

2018 - 2019
Cargo: Gerente
Empresa: Espaço AME - Clínica de Estética

2016 - 2018
Cargo: Gerente
Empresa: Ludmilla Rabelo Estética Avançada

2011 - 2014
Cargo: fisioterapeuta
Empresa: Lux Laser - Depilação a Laser

2007 - 2010
Cargo: Supervisora
Empresa: Motivação Qualidade de Vida e Bem Estar - Ginástica

Laboral. **CAPACITAÇÕES:**

- Gestão de Qualidade, Auditoria e Acreditação Hospitalar
- Ética no Serviço Público - Escola de Governo
- Defesa do Usuário e Simplificação - Enap
- Desenvolvendo Times de Alta Performance - Enap

03735

- Gestão Pessoal - Base da Liderança - Enap
- Redação Oficial - Escola de Governo
- Formação Básica de Licitações - Escola de Governo
- SEI! Básico e Avançado - Escola de Governo
- Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, reiki, terapias com florais, auriculoterapia, aromaterapia, plantas medicinais.

CAPACITAÇÕES EM DERMATOFUNCIONAL:

- Treinamento aplicação de laser de epilação pela empresa Ibtlaser - 2019 - Manejo Fisioterapêutico nas complicações pós operatórias de cirurgias plásticas, Instituto Celulare, 2019
- Fibrose Zero, Angela Lange - 2019
- Moblização Tecidual Superficial e Taping em pré, intra e pós operatório, Juliana Botti, 2018
- Gerenciamento em estética pela, UEG 2017
- Procedimentos de skinbooster, técnicas de dermosustentação, lipoenzimática de papada, toxina botulinica e preenchimento com ácido hialuronico, Refference Treinamentos 2017 - Curso de capacitação técnica no Método Priscila Palazzo de criolipólise e técnicas associadas 2016
- Curso de capacitação em Biossegurança em Estética pela UEG 2015 - Curso de capacitação e técnicas dermato funcional corporal e facial - Carlos Ruiz - 2012 - Curso de capacitação em aplicação de laser em epilação pela Ibt lasers - 2011

03736

Art. 9º Os Distritos Judiciários de Heitoraí e Morro Agudo de Goiás ficam transferidos das Comarcas de Itaberaí e Rubiataba, respectivamente, para a Comarca de Itapuranga.

Art. 10. Fica a Comarca de Itapuranga elevada à entrância intermediária.

§ 1º Os cargos de Juiz de Direito que se encontram providos na Comarca, somente serão reclassificados como de Comarca de entrância intermediária à medida que ficarem vagos.

§ 2º Os magistrados atualmente titularizados na Comarca de Itapuranga, quando promovidos à entrância intermediária, poderão exercer opção para que a promoção se efetive na respectiva unidade judiciária no prazo de 5 (cinco) dias, contados da data da publicação do ato respectivo.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190384

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010022791,

RESOLVE:

Exonerar ANA PAULA RIBEIRO ZENHA, CPF/ME nº 005.247.171-33, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, para exercê-lo. Fica condicionada a eficácia ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190385

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000036006793,

RESOLVE:

I - exonerar do cargo de provimento em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes, os que nelas se acham investidos, e nomear a indicada a seguir, para exercê-lo:

No DE ORDEM	EXONERAR	NOMEAR
1	RUTIANE LEMOS DE OLIVEIRA CPF/ME no 009.673.691-77	MEGGIE SADDI DUARTE CPF/ME no 024.867.231-29
2	ANDREZZA MEDEIROS TELES CPF/ME no 040.876.966-18	ANA CAROLINA MASSON SOUSA CPF/ME no 009.730.131-09

II - fica condicionada a eficácia dos provimentos de que trata o inciso I ao atendimento, pelas nomeadas, do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190388

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010020334,

RESOLVE:

Exonerar SÉRGIO COUBE BOGADO NETO, CPF/ME nº 042.900.411-75, do cargo em comissão de Assessor "A7", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear AMANDA DE MORAIS, CPF/ME nº 700.379.121-86, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Saúde. Fica condicionada a eficácia do provimento ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190389

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000025040408,

RESOLVE:

I - exonerar, a pedido e a partir de 4 de julho de 2020, MESQUISEDEC AIRES DE OLIVEIRA, CPF/ME nº 942.891.401-06, do cargo em comissão de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear ANDRÉ ADALTO DA ROCHA, CPF/ME nº 301.808.481-00, para exercê-lo, com lotação no Departamento Estadual de Trânsito;

Estado de Goiás
Imprensa Oficial do Estado de Goiás

AGÊNCIA BRASIL CENTRAL
Rua SC-1, nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - Goiás
Fones: 3201-7639 / 3201-7623 / 3201-7663
www.abc.go.gov.br

Diretoria

Sofia Bezerra Coelho Da Rocha Lima
Presidente

Clebiana Pimenta Gouvêa Cruz
Diretora de Gestão Integrada

Marco Aurélio Vigário
Diretor de Telerradiodifusão, Imprensa Oficial e Site

Previsto Custódio dos Santos
Gerente de Imprensa Oficial e Mídias Digitais

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 01534790

Universidade Paulista

O Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia,
em 09 de fevereiro de 2006, confere o título de

Fisioterapeuta a

Melina Maria Sales Costa

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 15 de novembro de 1983
R.G. n.º 3930240 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 09 de fevereiro de 2006

Reitor

Diretor

Secretário Geral

Melina Mª Sales Costa
Diplomado

UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA

06738

SCANNER ODYSSEY XIIIS

Reitor: Dr. João Carlos Di Genio
Vice-Reitor de Graduação: Dr. Yugo Okida
Diretor: Prof. Dr. Paschoal Laércio Armonia
Secretário Geral: Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral Adjunto: Prof. Edison Fernandes

Universidade Paulista

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 550
D.O.U. de 09-11-1988

Curso de Fisioterapia

Reconhecido pela Portaria MEC n.º 2.447
de 14-11-2001 - D.O.U. de 16-11-2001

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Secretaria Geral

Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 101700

Processo n.º 2007.1.97306

nos termos do Artigo 48 § 1º da Lei 9394/96.

São Paulo, 25 de junho de 2007

De acordo

Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral
RG: 1.471.274-SP

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sobo n.º 99762

No Livro n.º 250 às fls. 108

Em 01 de abril de 2008

Dr. JOSE EUCLIDES POUBEL E SILVA
PRESIDENTE

CREFITO - 11

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO

Nome: Melina Maria Sales Costa

Inscrição nº 99462-F

Livro 5-F-GO Fls. 184V

Em 04 de maio de 2008

Dr. Eduardo Olivio Ravagni Nicolini
Presidente

CANCELADO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO – CREFITO 11 - DF e GO

REINSCRIÇÃO

Reinscrito(a) no CREFITO 11,
Livro/fls:5-F-GO/184V, Autorização n.: 127,
Deferido em
Brasília-DF, 10 de maio de 2016.

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO – CREFITO 11 - DF e GO

BAIXA DE REGISTRO

Deferido em: 04/04/2014
Reunião de Diretoria N.:11
Registro n.: 99762-F GO
Livro / folha n.: 5-F-GO/184-V

Brasília-DF, 04 de abril de 2014

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

037/39

SCANNER ODYSSEY APPS

UNI SAÚDE®
PÓS GRADUAÇÃO - ENSINO - PESQUISA E EXTENSÃO SOCIAL

CENTER FISIO - IMES®
Instituto Mineiro de Estudos Sistêmicos

CERTIFICADO

O Diretor da UNISAÚDE / CENTER FISIO - IMES, com os poderes que lhe são conferidos pelo Estatuto Social e Constituição da República Federativa do Brasil, certifica que:

Melina Maria Sales Costa concluiu o

Curso de Formação em Acupuntura

no período compreendido entre março de 2003 a fevereiro de 2006, tendo cumprido todas as exigências contidas no programa.

Goiânia, 18 de fevereiro de 2006.

Prof. Ms. Jean Luís de Souza
Diretor de Ensino

Melina Maria Sales Costa
TITULADO

006740

SCANNER ODYSSEY XIIS

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100010037157,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ ME nº 005.958.491-21, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear ROSILENE MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 467.875.261-72, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar LUCIANA CARMO DE DEUS CAETANO, CPF/ME nº 885.714.751-72, do cargo em comissão de Diretor Técnico de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear WYLZENETH SIQUEIRA CÂNDIDO PORTUGUES SERAFIM, CPF/ME nº 925.257.091-87, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos art. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267297

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202114304002439,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, do cargo em comissão de Gerente de Pesquisa, Projetos e Difusão de Tecnologia Avançada, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear THIAGO ANGELINO MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 885.893.741-49, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar, a pedido e a partir de 27 de setembro de 2021, MARCELO ALVES DE SOUSA, CPF/ME nº 287.163.611-72, do cargo em comissão de Gerente de Desenvolvimento dos Parques Tecnológicos, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos arts. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267299

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar a pedido, NAYARA CUNHA DE URZEDA, CPF/ME nº 025.396.511-00, do cargo em comissão de Assessor "A5", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear GABRIELA MACHADO CORSO, CPF/ME nº 026.455.241-50, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Comunicação.

Parágrafo único. A eficácia do provimento estabelecido pelo art. 1º fica condicionada ao atendimento do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267301

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100036011780,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, a pedido e a partir de 24 de setembro de 2021, ODILON PAULO OLIVEIRA SANTOS, CPF/ME nº 066.314.545-73, do cargo em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267303

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100005024881,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar sem efeito o art. 1º do Decreto de 5 de outubro de 2021, publicado na página 41 do Suplemento do Diário Oficial nº 23.651, da mesma data (Protocolo nº 259293), que nomeou ONÁSSIS ROBERTO NASCIMENTO, CPF/ME nº 773.772.811-20, para, em comissão, exercer o cargo de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, por não haver tomado posse no prazo legal, e nomear GIULLIANO DE SÁ CARVALHO, CPF/ME nº 798.442.356-34, para exercê-lo.

Art. 2º Nomear os relacionados no quadro abaixo para, em comissão, exercerem os cargos ali discriminados, da Secretaria de Estado da Administração:

03742

IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

Certificado

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Executivo Gestão em Saúde**, (Área de conhecimento Negócios, administração e direito), com carga horária total de 432 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

MELINA MARIA SALES COSTA

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 15 de novembro de 1983, cédula de identidade nº 3930240-2-SPTC /GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Prof.º CARLO COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO

ESPECIALISTA

SARA DE SÁ CAVALCANTE
SECRETÁRIA ACADÊMICA

0 03743

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

Recredenciamento Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto de 2016.

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o nº 7921 - No livro 82 - Folha(s) 396

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG Nº 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Raniely Carneiro Melo

Raniely Carneiro Melo
Setor de Registro de Certificado

Sara de Sá Cavalcante
Secretária Acadêmica

IPOG

1° Via

03744

HISTÓRICO ACADÊMICO – IPOG Instituto de Pós-graduação & Graduação

Curso: MBA Executivo Gestão em Saúde

Credenciamento: Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto 2016

MEC/CNE/CES, Nº 1, de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013

CERTIFICADO REGISTRADO SOB O

Nº: 7921 FOLHA: 396 LIVRO: 82

Período de Realização: 4 de Fevereiro de 2022 a 2 de Abril de 2023 **Turma: DZEGSGYN001**

Carga Horária Total: 432 horas/aula

Acadêmico(a): MELINA MARIA SALES COSTA **Nacionalidade:** Brasileiro(a) **Sexo:** Feminino

Identidade: 3930240-2 / GO **CPF:** 005.958.491-21 **Data de Nascimento:** 15/11/1983

Disciplina	Nota	Freq.	C.H.	Professor	Titulação
Gestão Estratégica de Pessoas em Organizações de Saúde	10,0	100	36	RAQUEL MAGALHÃES DE MELLO	Especialista
Aspectos Jurídicos em Saúde	10,0	100	36	MARIA LUISA DE BARROS CORREIA	Mestre
Liderança nos Organizações de Saúde	8,0	100	36	EDUARDO REFKALEFSKY	Doutor
Desenvolvimento Integral do Potencial Humano	8,5	75	36	BRUNO FERREIRA ALEGRIA	Doutor
Marketing em Saúde	9,5	100	36	JOSÉ HUMBERTO VIANA LIMA JÚNIOR	Doutor
Qualidade, Segurança e Acreditação em Saúde	10,0	100	36	SEMÉIA DE OLIVEIRA CORRAL	Doutor
Gestão de Facilities, Hospitalidade e Serviços Hospitalares	9,0	100	36	CRISTINA HELENA TOULIAS HERINGER	Especialista
Tecnologia de Informação e Inovação em Organizações de Saúde	10,0	100	36	MARCELO ALMEIDA MAGALHÃES	Doutor
Gestão de Suprimentos e Logística Hospitalar	10,0	100	36	ESDRAS JORGE SANTOS BARBOZA	Mestre
Sustentabilidade, Ética e Responsabilidade Social	8,5	100	36	JULIANA DALBONI ROCHA	Doutor
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	10,0	100	36	FABIANO LUÍS FIGUEIREDO DA SILVA	Mestre
Gestão Financeira em Saúde	7,0	75	36	RAFAEL VARGAS PONTES	Mestre

Título Artigo: A importância da Acreditação hospitalar no Sus

Nota Artigo: 9,25

Goiânia-GO, 19 de junho de 2023

037745

Assinado Por CARLO COSTA GUIZELINI:59752661149
Data: 20/06/2023 10:19:29
ID: 000000204637

Assinado Por SARA DE SA CAVALCANTE:89646711120
Data: 20/06/2023 13:20:04
ID: 000000204637

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO & GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 19/06/2023 17:32:17
ID: 000000204637

03746

CERTIFICADO

IDOR
INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

0277 47

Certificamos que

MELINA MARIA SALES COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o nº. 005.958.491-21 participou do Curso de Gestão Prática de Linhas de Cuidado baseado em Valor, realizado pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, no(s) dia(s) 18, 25 de maio e 01, 06, 15 de junho de 2023, com carga horária total de 16 horas.

São Paulo, 27 de junho de 2023

Dr. Felipe Spinelli de Carvalho
Diretor Executivo
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

Dra. Helidea de Oliveira Lima
Coordenadora Acadêmica do Curso
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

03748

GRUPO IBES

Certificado

Curso

CONCLUÍDO COM SUCESSO

03749

O IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde, Instituição Acreditadora credenciada pela ONA e pela ACSA International, concede este certificado a

MELINA MARIA SALES COSTA

Pela Conclusão do **Curso Formação de Avaliadores ONA**, realizado no (s) dia (s) 22 e 23 de junho de 2023, com carga horária de 20 hora(s).

São Paulo, 23 de junho de 2023.

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
DIRETORA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DO GRUPO IBES

Vanice Costa

Vanice Costa
MEMBRO DO CONSELHO
DO GRUPO IBES

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
apcer ISO 9001
IQNet
ONA Organização Nacional de Acreditação
ACSA International
IEEA
IEEA

Curso

Formação de Avaliadores SBA/ONA

GRUPO IBES

03750

Carga Horária: 20 horas

Conteúdo Programatico:

- Atuação do Avaliador do SBA/ONA
- Manual de Conduta IBES
- Coleta de informações e análise critica de evidências
- O Sistema Brasileiro de Acreditação
- Avaliação Remota (novo)
- Diagnóstico Organizacional, Certificação e Manutenção
- Fundamentos da Acreditação e Dimensões da Qualidade
- Gerenciamento de Protocolos Multiprofissionais
- Padrões de Nivel 1, 2 e 3
- Busca de evidências e interpretação de padrões e requisitos nas Seções do Manual ONA: Gestão Organizacional, Atenção ao Paciente, Diagnóstica e Terapêutica e Gestão de Apoio
- Redação de relatórios
- Simulado de avaliação de habilidades de comunicação e técnicas de entrevista, incluindo feedback

IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
Av. Queiroz Filho, 1.700 - sala 112 - E- CEP 05319-000
Cond. Villa Lobos Office Park - São Paulo -SP
www.grupoibes.com.br / atendimento@ibes.med.br

Certificado Registrado sob número 19528 Folha 53
do Livro de Registro nº 3

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
São Paulo, 23 de junho de 2023.

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Melina Maria Dales Costa

RG: 3930240

CPF: 005.958.491-21

Assinatura: Melina Maria Dales Costa

03751

03752

Estrutura e experiência da Diretoria

• Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

U3754

Estado de Goiás
Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços ao*** **GRUPO EXECUTIVO DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS - GEED,** inscrito no CNPJ sob nº 17.465.354/0001-04, situado na Rua 104, nº 168, Qd. F-21, Lt 24, 1º e 2º andar, Setor Sul – Goiânia/GO neste ato representada por sua **Diretora Geral, IVÂNIA ALVES FERNANDES,** portadora da CI/RG Nº 593.386/2 e do CPF sob nº 211.236.671-87, detém **Gerencia Técnica e Operacional do Grupo Executivo de Enfrentamento as Drogas – GEED, áreas de assistência a saúde mental de usuários de álcool e outras drogas e, educação em saúde, no planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e assistência ao terceiro setor.**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos órgãos titulares do GEED, contidos no Planejamento Estratégico 2017-2020; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas e repressão ao tráfico de drogas; do controle, distribuição, avaliação e acompanhamento das vagas em Comunidades Terapêuticas, que se encontrarem devidamente regulamentadas, para acolhimento de pessoas com dependência química, conforme disponibilidade orçamentária e de fluxo financeiro; da Articulação e disponibilização de serviços nos equipamentos da rede de saúde mental para acolhimento de pessoas com dependência química; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas, bem como o fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; no Monitoramento dos programas e ações do plano de trabalho, no âmbito do Poder Executivo Estadual, bem como seu desdobramento em projetos, nos quais constarão responsáveis e prazos por cada ação a serem desenvolvidas a curto, médio e longo prazos; na Articulação, junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; na Elaboração e apresentação para todos os envolvidos, periodicamente, de relatórios contendo o resultado das ações e impactos, bem como promover a sua divulgação; na Representação do órgão ao Ministério Público do Estado de Goiás relacionadas ao planejamento e andamento das atividades e Ações atribuídas a politica de drogas do estado de Goiás constantes do presente Acordo de Cooperação. Sempre atuando na gerencia técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas e no apoio a gestão de serviços**

Rua 104 nº. 1 ... -2671

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-8998
-01331912110872709490571 - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 156205C *0024*.
Goiânia, 16 de dezembro de 2019.

Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu, Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA GOIÁS

03755

do terceiro setor (comunidades terapêuticas) cadastradas e contratados pelo GEED/SES/GO. Sendo contrata em janeiro de 2016 até dezembro de 2018.

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

GOIÂNIA, 30 de dezembro de 2018.

TAB.

Ivânia Alves Fernandes
Diretora Geral

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-8998
0133191211085920946066B - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura indicada de IVANIA ALVES FERNANDES PESSOA *246051*0032*. Dou fé. Goiânia, 16 de dezembro de 2019 - 16:44:32h.
Em Test° da Verdade.
Simony Coelho Medeiros Gouveia-Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Simony Coelho Medeiros Gouveia
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-8998
01331912110872709490572 - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *562055 *0024*.
Goiânia, 16 de dezembro de 2019.
Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

Instituto de Excelência em Educação e Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25, *RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua* ***55*** *nº* ***384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC*** *bairro* ***JARDIM GOIÁS****, na cidade de* ***GOIÂNIA*** *CE:74810-230 Estado de* ***GOIÁS****, prestou serviços ao INSTITUTO DE EXCELENCIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, CNPJ nº* ***10347669/0001-08****, estabelecida na Rua* ***85****, , nº* ***186****, bairro* ***SETOR SUL****, CEP 74080-010, na cidade de* ***Goiânia****, Estado de GO* , detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para, **ELABORAÇÃO, EXECUSSÃO E COORDENAÇÃO DO PANEJAMENTO DE CURSOS E PROJETOS DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA ÀREA DA SAÚDE e EDUCAÇÃO.**

Registramos que prestou serviços **NA DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DE CURSOS NA AREA DA SAÚDE OFERTADOS PELO INSTITUTO DE EXCELÊNCIA EM EDUCAÇÃO E SAÚDE- IEES, DESDE DE MAIO DE 2010 ATÉ A PRESENTE DATA.**

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005)**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Cidade, 20 de agosto de 2019.

Cartório Antonio do Prado

Manuela Echebarria de Almeida

MANUELA ECHEBARRIA DE ALMEIDA
DIRETORIA FINANCEIRA

CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Rua Goiás, Nº [illegible] Fone: (62) 3225-1053 | www.cartorioantoniodoprado.com.br

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
[ILEGÍVEL] - MANUELA ECHEBARRIA DE ALMEIDA
Em testemunho da verdade.
GOIANIA-GO, 05 de Dezembro de 2019, às 14:31:37 horas.
MATHEUS LOPES FERREIRA - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo:00071912042801509460378

CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Matheus Lopes Ferreira
Suboficial e Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493039 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test da Verdade Goiânia-GO. 05 de dezembro de 2019 cs496880
Leonardo Silveira Araujo-Escrevente

03757

REDE DE NEGÓCIOS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, queMEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25,*RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua* 55, *nº* 384 apt.201/a, ed. Flamboyant Parc, *bairro* jardim goiás, *na cidade de* Goiânia*CEP:74810-230, Estado de* GOIÁS, *prestou serviços a REDE DE NEGOCIOS, CNPJ nº* 18.670.548/0001-04, *estabelecida na rua* Calçada das Gardênias, 20, Sala 13 - Centro Comercial - CEP 06.453-051, Alphaville - Barueri,*Estado doSão Paulo* detém qualificação técnica paradireção e supervisão em áreas gestão da qualidadeempresarial.

Registramos que prestou serviços na Supervisão do planejamento estratégico de contratos firmados com esta empresa REDE de Negócios no período de 16 de janeiro a 30 de abril de 2019, com uma carga horaria de 40hs, em contrato no valor de R$ 40.000,00 (quarenta mil reais), executando as seguintes atividades:

- Elaboração, coordenação e implantação de projetos de capacitação da força de trabalho;
- Elaboração, aplicação e tabulação de instrumentos de pesquisa de satisfaçãode clientes e funcionários;
- Elaboração, coordenação e avaliação de projetos de extensão na área da gestão da qualidade empresarialem áreas saúde e educação;
- Elaboração diagnóstica situacional de viabilidade técnica de serviços de saúde e educação;

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Palmas, 30 de abril de 2019.

QueilaFigueiredo
Diretora Presidente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493042 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé. Em Test da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs49689C
Leonardo Silveira Araújo.Escrevente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Piccoli - Tabeliã
Confirme a Autenticidade: http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Selo Digital nº 126466AAC327713-FKW
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 26 de agosto de 2019. 635466. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$0,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12. TOTAL: R$3,82. Luana Tamara Delazeri, Escrevente Auxiliar.
Quadra 104 Norte - Av. LO-02, nº 22 - Centro - Palmas/TO - CEP: 77.006-022 - Fone: (63) 3216.7200
03758

QFTreinamentos

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25,***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua*** *55,* ***nº*** *384 apt.201/a, ed. Flamboyant Parc,* ***bairro*** *jardim goiás,* ***na cidade de*** *Goiânia****CEP:74810-230,*** ***Estado de*** *GOIÁS, prestou serviços a,* ***QFTreinamentos,CNPJ nº*** Cnpj: 09.017.806/0001-67, ***estabelecida na rua*** *106 norte, alameda 02, , LT. 04 E 05- ed. Palmas business center, sala 905,* ***bairro*** *conjunto I,* ***CEP: 77006-054, na cidade de*** *Palmas,* ***Estado do*** *Tocantins,*detém qualificação técnica paraCoordenaçãoem áreas Gestão da Qualidadee de Recursos Humanos cujo desempenho se deu em contrato de prestação de serviço **no período de 12 de agosto a 28de outubro de 2018, no município de Goiânia, totalizando 94 horas de consultoria técnica, no valor de R$ 95.000,00 (noventa e cinco mil reais).**

Registramos que prestou serviços na:coordenação do planejamentoda seleção, movimentação e qualificação de Recursos Humanos de contratos firmados com a empresa ***QFTreinamentos***,atuando na:

- ✓ Elaboração e coordenação de projetos de qualificação profissional e técnica da força de trabalho;
- ✓ Na pesquisa de satisfação de clientese;
- ✓ Em projetos de extensão na área da gestão da qualidade e inovação empresarialnas áreas da saúde e educação.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

2º TABELIONATO

Palmas, 28 de outubro de 2018.

Queila Figueiredo
Presidente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493041 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs49389C
Leonardo Silveira Araújo.Escrevente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Piccoli - Tabelia
Confirme a Autenticidade: http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/seiodigital
Selo Digital nº 126466AAC327714-DGG
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 28 de agosto de 2019. 63546B. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$9,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12, TOTAL: R$13,82. Luana Tamara Delazeri. Escrevente Auxiliar.
Quadra 104 Norte - Av. LO-02, nº 22 - Centro - Palmas/TO - CEP: 77.006-022 - Fone: (63) 3216.7200

QF Treinamentos e Desenvolvimento

Cnpj: 09.017.806/0001-67

contato@queilafigueiredo.com.br

03759

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

ATESTAMOS, para os devidos fins de direito, que a empresa ***CONTSERVS GESTÃO CONTÁBIL E EMPRESARIAL LTDA – EPP, com sede na Rua 217 nº 728, Quadra 47, Lote 11, Setor Leste Universitário, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.253.287/0001-85***, presta serviços para execução do Projeto de implantação da **GESTÃO PARTICIPATIVA** entre pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificadas como Organização Social (OS) e o Município de Rio Verde – Goiás, o qual busca a reorganização, o gerenciamento, a reestruturação das ações, o desenvolvimento, a implantação e a execução de trabalhos nos diversos serviços disponibilizados, inovação com às modalidades de atendimento na unidade de saúde UPA24h José Póvoa Mendes na Cidade de Rio Verde – Goiás. O contrato de Prestação de Serviços da CONTRATADA "CONTSERVS GESTÃO CONTÁBIL" e o CONTRANTE "SECRETARIA MUNICIPAL DE RIO VERDE – GOIÁS", deu-se através do Pregão Presencial 189/2018, que continuadamente procedeu o Contrato de Prestação de Serviços nº 776/2019 o qual deu início em 17/01/2019 a ser finalizado em 31/12/2021,

Diante da exposição, DECLARAMOS, que os trabalhos são executados operacionalmente por uma equipe técnica de consultores, dentre os membros da equipe a de forma direta a participação da Profissional técnica **MEIRE INCARNACAO RIBEIRO SOARES**, BRASILEIRA, CASADO(A), Comunhão Parcial, EMPRESÁRIA, data de nascimento 06/09/1963, portador da Carteira Nacional de Habilitação (CNH): n° 03042229570, expedida por DETRAN/GO em e CPF: n° 048.784.278-25, residente e domiciliada na cidade de Goiânia - GO, na RUA 55, nº SN, QUADRA19B LOTE 2/7 APT 201 COND RES FLAMBOYANT PARCK, JARDIM GOIAS, CEP: 74810-230

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493040 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test° da Verdade Goiania-GO, 05 de dezembro de 2019.cs456897
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

03760

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493045 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Test.º da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs4G6878
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

Com vistas ao fornecimento do seguinte objeto contratado:

1.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS

1.1.1 ESTRUTURA FÍSICA OPERACIONAL E FUNCIONAL

1.1.1.1 Analisar os regulamentos Técnicos em conformidade com recomendações dos órgãos externos de fiscalização;

1.1.1.2 Analisar a caracterização visual da UPA 24h – de acordo com a Portaria nº 2.838/GM/MS – 2011;

1.1.1.3 Levantar a existência de Protocolos clínicos na Unidade;

1.1.1.4 Levantar a existência de Regimentos Internos;

1.1.1.5 Levantar existência de Procedimentos Operacionais Padrões (POP's)

1.1.1.6 Levantar a existência de estruturas apropriadas para ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.1.7 Levantar a existência de convênios, termos de cooperação técnica e contratos referentes à oferta de ensino, pesquisa e extensão na Unidade.

1.1.1.8 Levantar a existência de protocolos para oferta de ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.1.9 Levantar a existência e operacionalização de sistemas da gestão do controle e avaliação da Unidade.

1.1.1.10 Levantar e analisar o sistema integrado de gestão pública de saúde na Unidade;

1.1.1.11 Levantar a existência de um sistema de registro e controle de ponto biométrico;

1.1.1.12 Levantar a existência de organograma da Unidade.

1.1.2 COMPOSIÇÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA

1.1.2.1 Levantamento dos gastos com Pessoal Direto e Indireto na Unidade;

1.1.2.2 Levantamento dos gastos com Manutenção preventiva e corretiva (com terceiros ou próprios);

1.1.2.3 Levantamento dos Bens de uso depreciados e a depreciar;

1.1.2.4 Levantamento dos gastos fixos para manutenção operacional da estrutura administrativa:

- Água / Luz, internet e Telefone;
- Materiais de Expediente e Limpeza;
- Lanches e Refeições e etc.

1.1.2.5 Levantamento dos gastos com Contratos de Terceiros;

1.1.2.6 Identificação e análise as FONTES DE RECURSOS disponíveis para custeio operacionais diretos e indiretos;

1.1.2.7 Identificação dos custos efetivos de processamento, manutenção e conservação dos vestuários e instrumentais hospitalares;

1.1.2.8 Identificação da oferta e/ou potencialidade de implantação ou implementação de programas de residência médica e multiprofissional na Unidade;

03761

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 102 / 104 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74055-325
FONE: (62) 3223-1014
AUTENTICAÇÃO
01131912010562408493044 - Consulte em:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o Original Doc Fé Em Test Da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496879
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

1.1.2.9 Levantamento do quantitativo de exames laboratoriais e de imagens solicitados pela Unidade no período último trimestre em curso;

1.1.3 PATRIMONIAL (BENS OPERACIONAIS)

1.1.3.1 Avaliação comparativa dos bens mobiliários em geral com base nas legislações do SISMOB/MS

1.1.3.2 Levantamento, quantitativo, dos itens que compõe os bens mobiliários;

1.1.3.3 Avaliação do estado de conservação dos bens que compõem o imobilizado;

1.1.3.4 Levantamentos dos bens que compõem os mobiliários de propriedade de terceiros (comodato, termos de cooperação técnica e locação);

1.1.4 RECURSOS HUMANOS (PESSOAL)

1.1.4.1 Levantamento atual do quantitativo de profissionais disponíveis na Unidade;

1.1.4.2 Análise do quantitativo da equipe assistencial multiprofissional em relação á de profissionais administrativos compatíveis com a atual demanda para atendimento na Unidade;

1.1.4.3 Levantamento e análise da sazonalidade de servidos ofertados no último trimestre em curso;

1.1.4.4 Levantamento do quantitativo de servidores: concursados, comissionados, residentes médicos e multiprofissionais, estagiários de graduação e nível técnico e, profissionais cedidos de outras autarquias, terceirizados e, de contrapartidas de contratos/convenio e termos de cooperação técnica;

1.1.4.5 Levantamento do número de profissionais que atuam como preceptores de ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.5 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGENS E EXAMES LABORATORIAIS

1.1.5.1 Levantamento das legislações regulamentadoras dos serviços de imagem e exames laboratoriais;

1.1.5.2 Analisar as legislações regulamentadoras dos serviços de imagem e exames laboratoriais, com as existentes na Unidade;

1.1.5.3 Levantamento da efetividade dos exames realizados na Unidade considerando o período do último trimestre em curso;

1.1.5.4 Levantamento da oferta dos serviços de imagem e exames laboratoriais para o atendimento a demanda da Unidade;

1.1.5.5 Identificar a existência de convênios, contratos e termos de cooperação técnica para realização, complementar, de exames de imagem e laboratoriais na Unidade.

03762

1.2 FORMATAÇÃO DO CAGES (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE).

1.2.1 LEGISLAÇÃO DO CAGES

1.2.1.1 Elaboração da minuta de lei (resolução, portaria, projeto de lei...);

1.2.1.2 Definição da estrutura física operacional;

1.2.1.3 Definição do perfil funcional dos membros da comissão;

1.2.1.4 Construção da minuta de regimento interno do CAGES;

1.2.1.5 Submissão à apreciação e aprovação dos gestores responsáveis;

1.2.1.6 Submissão a apreciação junto ao departamento jurídico da SMS.

Goiânia -Goiás, 04 de setembro de 2019.

Dirceu Júlio de Cantuária Almeida
Auditor e Sócio administrador
CRC-GO-11.745/O-6 / CPF: 381.519.951-49

Eliane Joana Cláudio Almeida
Consultora e Sócia operacional
CRC/GO-023694/O-8 / CPF: 808.249.001-20

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 • Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
02051907311057094603586, 02051907311057094603587 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança as assinaturas de ELIANE JOANA CLAUDIO ALMEIDA, DIRCEU JULIO DE CANTUARIA ALMEIDA. Dou fé
Em Testº da Verdade.
Goiânia-GO, 04/09/2019 - 15:01:56h cs1290770 *0005
Ezequiel da Silva Carvalho-Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 • Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562469493043 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº _____ de Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496873
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

03763

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins, que**MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES,**prestou serviços ao **INSTITUTO CONEXÃO MASTER- ICM**, no período de 20 de março a 25 de junho de 2018, no município de Goiânia Goiás, totalizando 60 horas de consultoria técnica, no valor de R$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais).

Com qualificação especifica em DIREÇÃO E SUPERVISÃO TÉCNICA EM ÁREAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO, atuou como consultora em:

- Supervisão e Direção doplanejamento, elaboração e coordenação de projetos de qualificação profissional e técnica nas áreas de educação e saúde;
- Pesquisa em projetos de extensãonas áreas da saúde e educação;
- Elaboração de editais públicos;
- Elaboração diagnóstica de serviços de saúde e educação.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Palmas, 10 de julho de 2018.

2º TABELIONATO

Queila Figueiredo
Diretora Presidente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Piccoli - Tabeliã
Confirme a Autenticidade: http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Selo Digital nº 126466AAC327712-BMJ
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 20 de agosto de 2018. 635461. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$0,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12. TOTAL: R$3,82. Luana Tamara Delazeri. Escrevente Auxiliar.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493048 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº _____ da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs493882
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

© 2017 Instituto Conexão Master CNPJ: 08.877.988/0001-83
SEDE: Qd 106 norte, alameda 02, lt. 04 e 05 - Ed. Palmas Business Center, Sala 905, Conjunto L, Palmas Tocantins - CEP: 77006-054
www.icmaster.com.brcontato@icmaster.com.br 62 9 95787114

Dados para conferência:

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

CPF sob o nº 048784278-25, RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55, nº 384 apt. 201/A, Ed. Flamboyant Parc, Jardim Goiás - Goiânia Goiás, CEP:74810-230.

INSTITUTO CONEXÃO MASTER

CNPJ nº 08.877.988/0001-83, estabelecida na Qd106 norte, Al 02, lt. 04 e 05- Ed. Palmas Business Center, Sala 905, Conjunto L - PalmasTocantins, CEP: 77006-054.

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493047 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Test° da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs49688
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 152 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493046 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé. Em Test. da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs409870
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

ALCANCE
Clínica Médica e Exames em Geral

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços a*** **CLÍNICA ALCANCE (centro de medicina Garavelo- ltda),** inscrito no CNPJ sob nº 17.372.032/0001-10, situado na Rua 15-c, nº s/n, Qd.102, Lt 30, cep : 74930-280 , Setor GARAVELO Aparecida de Goiânia/GO neste ato representada por seu **Diretor Geral, LEO ANTONIO DE ALMEIDA** portador do, CRM nº**15615**, RG Nº**4157189** e do CPF sob **nº001.792.621-14**, detém competências técnicas no **Gerenciamento Técnico e Operacional da CLÍNICA ALCANCE (centro de medicina Garavelo-ltda) áreas de assistência a saúde em clinica geral a usuários do SUS e particular, dando consultoria técnica da gestão da qualidade, ofertando educação permanente e capacitação técnica ao equipe de Recursos Humanos da empresa e aos usuários da clinica; planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos através do ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e a assistência técnica e administrativa da unidade de saúde .**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos pela direção da clinica, contidos no Planejamento Estratégico 2013 a 20019; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção, tratamento, reabilitação da saúde em geral; da articulação nos equipamentos da rede de saúde, pública e privada, para acolhimento de pessoas com em processo de tratamento clinico e ambulatorial ; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção, tratamento, reabilitação da saúde, bem como a orientação aos usuários do SUS e familiares sobre fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; na Articulação, e apoio junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; Sempre atuando na consultoria gerencial técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários. prestando serviço voluntariado desde abril 2013 até a presente data.**

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em**

03766

ALCANCE
Clínica Médica e Exames em Geral

Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

GOIÂNIA, 25 de Agosto de 2019.

Leo Antonio de Almeida
Médico / Resp. Técnico
CRM-GO 15.615

Dr. LEO ANTONIO ALMEIDA
Diretor Geral

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Reconheço por **SEMELHANÇA** a(s) firma(s) de
[LDEXzr0]-LEO ANTONIO DE ALMEIDA
Em testemunho da verdade.
GOIANIA-GO, 05 de Dezembro de 2019, as 14:30:45 horas.
MATHEUS LOPES FERREIRA - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo:00071912042801509460375
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Matheus Lopes Ferreira
Suboficial e Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493051 - Consulte em
http://extrejudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test[illegible] da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs49688C
Leonardo Silveira Araújo.Escrevente

03767

Clínica Revitale
A Solução para quem você Ama!
Especialistas em Tratamento de dependências químicas e comportamentais
Internações Involuntárias e Voluntárias
CNPJ: 17372032/0001-10
paredeusardrogas@gmail.com www.clinicarevitale.net

QUALIDADE MATRIX

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços a CLINICA REVITALE LTDA,*** inscrito no CNPJ sob nº 17.372.032/0001-10, situado na Rua ALAMEDA DAS FLORES , nº 100, Qd. D, Lt 03, , Setor VILLAGE CASA GRANDE – Goiânia/GO neste ato representada por sua **Diretor Geral,** LUIS GONZALO portadora da CI/RG Nº XXXe do CPF sob nºXXX, detém competências técnicas no **Gerenciamento Técnico e Operacional da clínica REVITALE - LTDA , áreas de assistência a saúde mental de usuários de álcool e outras drogas e, educação em saúde, no planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos de capacitação técnica de recursos humanos através do ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e a assistência técnica e administrativa da unidade de saúde .**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos pela direção da clinica, contidos no Planejamento Estratégico 2012 a 20019; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas; do controle, distribuição, avaliação e acompanhamento das vagas na clínica para acolhimento, tratamento e reinserção social de pessoas com dependência química; da Articulação nos equipamentos da rede de saúde mental e assistência social, pública e privada, para acolhimento de pessoas com dependência química; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas, bem como a orientação aos usuários e familiares sobre fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; na Articulação, e apoio junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; participação em Ações atribuídas a politica de drogas do estado de Goiás; Sempre atuando na gerencia técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas . prestando serviço voluntariado desde janeiro de 2012 até a presente data.**

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1496 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74083-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562408493050 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test. ____ de Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496887
Leonardo Silveira Araujo Escrevente

UNIDADE AMBULATORIAL – E
Av. T-7 esq. Av. Mutirão – Sala
(62) 9 9979-1700 – Em frente a SAGA – 74.140-110

03768

Clínica Revitale
A Solução para quem você Ama!
Especialistas em Tratamento de dependências químicas e comportamentais
Internações Involuntárias e Voluntárias
CNPJ: 17372032/0001-10
paredeusardrogas@gmail.com www.clinicarevitale.net

QUALIDADE MATRIX

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL(UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
01131912010471009463149 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de LUIS GONZALO GOMEZ BARRETO. Dou fé Em Test° da Verdade.
Goiânia-GO, 05/12/2019 - 16:49:05 cs646783 *0026
Leonardo Silveira Araujo Escrevente

GOIÂNIA, 25 de Agosto de 2019.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493049 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Test° da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs436887
Leonardo Silveira Araujo Escrevente

Dr. Luis Gonzalo Gomez Barreto
CRM/MEG 5679
Psiquiatra
Pós-Graduado em Dependência Química
UNIFESP

1º OFÍCIO

Luis Gonzalo Gómez Barreto - CRM 5679 – RQE 7691
Médico Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria / Associação Médica Brasileira
Pós-graduado em Dependência Química – Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP
Capacitação para Tratamento de canabinoides:
INTERCAN International Cannabis Academy - Instituto HealthMetrix
Coordenador técnico-clínico do Centro Estadual de Avaliação Terapêutica álcool e drogas - CEAT AD
Diretor Técnico da Clínica Revitale

UNIDADE DE INTERNAÇÃO
Alameda das Flores, Chácara 3, No 100 - Village Casa Grande – Goiânia – GO - (62) 3261-1553 OI
Próx. do Shopping Passeio das Águas e da Av. Perimetral Norte – Atrás da CARGIL – 74.690-821

UNIDADE AMBULATORIAL – ED. LOURENÇO OFFICE
Av. T-7 esq. Av. Mutirão – Sala 1204 – Setor Oeste – Goiânia – GO
(62) 9 9979-1700 – Em frente a SAGA – 74.140-110

037698

Faculdade de Fisioterapia de Presidente Prudente

Presidente Prudente - Estado de São Paulo
Reconhecimento: Portaria n.º 254/84 - D.O.U. de 14/06/84

MEC - Universidade Federal de São Carlos
Registrado sob n.o 130.197
por delegação de competência do Ministério da Educação e Cultura nos termos das portarias MEC/SESu n.os 29/79 e 57/80.
Reitoria, 24 de 10 de 1985

Mario Tolentino
p/ Reitoria Delegação Port. GR. 057/79

O Diretor da Faculdade de Fisioterapia de Presidente Prudente, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Fisioterapia, em 21 de dezembro de 1984 confere o título de

Fisioterapeuta

a **Meire Incarnação Ribeiro**

RG n.º 130.268-MS nacionalidade: Brasileira
filha de **Arly Ribeiro** e de **Darci Panobianco Ribeiro**,
nascida a 06 de setembro de 1963, natural de Mariluz, Estado do Paraná e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 21 de dezembro de 1984.

Diretor
ALTAMIRO BELO GALINDO - RG. 3226764

Secretário
VERA LUCIA MOLINA MULLER - RG. 5.196.500
SECRETÁRIA PRO-TEMPORE

Fisioterapeuta

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1495 - Qd. F-41 LT 102/104 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
AUTENTICAÇÃO
05180205125908492779 1 - Consulte em
https://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test° da verdade. Goiânia-GO, 26 de abril de 2019 cs487665
Thiago Mauricio de Souza Assis-Escrevente

03770

Universidade Norte do Paraná

Estado do Paraná

UNOPAR

A Reitora da Universidade Norte do Paraná,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 04 de julho de 2009 do
Curso de Graduação em Pedagogia
e a sessão solene de colação de grau em 13 de agosto de 2009, confere o título de

Licenciado em Pedagogia a

Meire Incarnação Ribeiro Soares

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 06 de setembro de 1963, RG 130.268-MS, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Londrina, 17 de setembro de 2009.

Diplomada

Reitora

Chanceler

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1495 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74083-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
0205190205126900492778 7 - Consulte em
http://extrajudicial.tiago.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test? da verdade Goiânia-GO, 26 de abril de 2019. ca48765B
Thiago Maurício de Souza Assis-Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

0677 7

PROADI-SUS SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

03772

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

Meire Incarnação Ribeiro Soares

CPF nº 048.784.278-25 concluiu, conforme disposições do verso, o curso de **Pós-Graduação Lato Sensu – Especialização em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem**, no período de 01 de abril a 12 de dezembro de 2014.

São Paulo, 07 de agosto de 2015.

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Superintendente de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Profa. Dra. Valéria Vernaschi Lima
Coordenadora do Curso

Meire Incarnação Ribeiro Soares
Discente

Certificado de Especialização

Universidade de Brasília
Diretoria de Administração Acadêmica

Certificamos que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES** portador(a) do documento de identificação 130 268 SEP MS nascido(a) em 06 de setembro de 1963 nacionalidade brasileira natural do Estado do Paraná concluiu o curso de especialização EM FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA da UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, no período de 14 de abril de 1999 a 28 de abril de 2000 com duração de ///465/// (QUATROCENTAS E SESSENTA E CINCO) horas.

Brasília, 07 de março de 2001

Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Certificado registrado sob o nº 314

no livro nº 008 folha nº 063

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1490 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1014
AUTENTICAÇÃO
020519020612590094927769 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original "DOU-Fé Em Test" da verdade. Goiânia-GO, 26 de abril de 2019, 6487660
Thiago Mauricio de Souza Assis-Escrevente

03773

GABINETE DO REITOR-GR
Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás • Brasil
Fone: (62)3227.1000 • Fax: (62)3227.1005
www.ucg.br • reitoria@ucg.br

UNIVERSIDADE
Católica
DE GOIÁS

RECONHECIMENTO DE TÍTULO

O Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação (Mestrado) da Universidade Católica de Goiás, reconhece o título de **CERTIFICADO-DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS,** da Senhora **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES,** obtido na **UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA – ESPANHA,** equivalente ao título de **MESTRA EM EDUCAÇÃO** da **UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**. O reconhecimento foi feito com base na seguinte legislação: Artigo 48 Parágrafo 3° da Lei n° 9.394 de 20/12/1996; Resolução CNE/CES n° 01 de 03/04/2001 e n° 02 de 09/06/2005 e Ato Próprio Normativo n° 009/2006-CEPEA/UCG de 03/05/2006.

Goiânia, 06 de setembro de 2007.

Prof. Wolmir Therezio Amado
Reitor da Universidade Católica de Goiás

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (062) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
02051902051259004627798 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº da Verdade. Goiânia-GO, 26 de abril de 2019. cs487679
Thiago Mauricio de Souza Assis Escrevente

03774

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

El Rector de la Universidad de Extremadura otorga este

CERTIFICADO-DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS

a

Dña. MEIRE INCARNAÇÂO RIBEIRO SOARES

por haber superado con la calificación de NOTABLE el día 22 de Noviembre de 2002 la evaluación de los conocimientos en los periodos de docencia e investigación que prevé el artículo 6 del Real Decreto 778/1998, de 30 de abril, correspondientes al Programa de Doctorado FORMACIÓN DEL DOCENTE UNIVERSITARIO del Departamento de INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, con las calificaciones de: Periodo de docencia, NOTABLE (7,43) y Periodo de investigación, APROBADO (6).
El interesado accedió a los estudios de tercer ciclo con título extranjero sin homologar en virtud de la Disposición Adicional Primera del señalado Real Decreto 778/1998.
Este documento certifica, al amparo del mencionado Real Decreto, el reconocimiento de los Estudios Avanzados realizados por el interesado en el área de conocimiento de DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR, y acredita su Suficiencia Investigadora.

Badajoz, 17 de Noviembre de 2004

La interesada

El Rector

Fdo: J. Francisco Duque Carrillo

Nº de Registro: 846

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original Dou fé. Em Test Da
Verdade.Goiânia-GO, 26 de abril de 2010.6648766F
Thiago Mauricio de Spuza Assis-Escrevente

0677

Cambridge International University

The Directors of the University
On the recommendation of the Academic Board and by
Virtue of the Authority in them vested have conferred on

Meire Incarnação Ribeiro Soares

Who has satisfactorily pursued the Studies and passed
the Examinations required therefore the Degree of

Doctor of Philosophy in Education, Ph.D.

Together with all rights and privileges pertaining to the award.
In witness whereof this degree is signed and affixed with
the Seal of this University.
Given this ten of July of the year two thousand seven

President

Dean

Currículo lattes

Dra. Meire Incarnação Ribeiro Soares

Endereço para acessar este CV: **http://lattes.cnpq.br/8435059107791883**

Possui graduação em **FISIOTERPIA** pela Universidade do Oeste Paulista (1984), graduação em **PEDAGOGIA** pela Universidade Norte do Paraná (2009), acadêmica em **DIR**EITO pela faculdade Raizes-GO, Especialização em fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização aperfeiçoamento em gestão dialógica e comunicação para a gestão escolar-ENSP/FIOCRUZ(2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropoliticas de Saúde – UFF(2015), curso de aperfeiçoamento em metodologias ativas - PBL (UniEvangelica), Mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanalise -Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005). Exerceu a presidência da comissão de educação do Conselho Regional de Fisioterapia 11º, Presidente da Comissão de Tomadas de Contas do Conselho Regional de fisioterapia 11º (2007 a 2010), membro titular do conselho fiscal da Abenfisio (2009a 2010), Delegada Regional da Associação Brasileira de Educação em Fisioterapia, Professora do curso de fisioterapia e Educação Fisica da Universidade Estadual de Goias-UEG/GO (1998 a 2003), Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da UNIP/GO (2000 a 2002), diretora da Área da saúde e Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Padrão-GO (2001 a 2003), Pró-reitora acadêmica e Coordenadora do Curso de Fisioterapia da FAGO/GO (2002 a 2003); Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Tamandaré-GO (2003 a 2007), Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Uni-Evangélica- GO (2006 a 2009), Professor adjunto dos Cursos de Fisioterapia, Farmácia e Medicina da Fundação UNIRG-TO (2009 a 2011), Tutora do projeto Caminhos do Cuidado –Ministério da Saúde/SES-GO, Colaboradora Técnica Pedagógica do Instituto de Excelência em Educação e Saúde- IEES (2009 a 2016). Colaboradora técnica pedagógica de curso de Medicina, Farmácia, Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia do Instituto Educacional Qualitas-SP (2005 a 2009), Consultoria nas áreas de saúde para instituições de ensino técnico profissional e superior no credenciamento/ recredenciamento de instituições e de cursos de graduação e pós-graduação, Tem experiência profissional clinica e em homecare na área de Fisioterapia Neurológica, Membro Efetivo da Câmara técnica de Educação e Trabalho do CONASS (2011 A 2015),Membro Suplente do CONASS na Câmara Técnica de Residência Multiprofissional em Saúde- CNRMU/MEC, Membro Efetivo da Grupo técnico da CIB (2011/2015) e membro efetivo da Câmara Técnica da CIB(2011/2015), Membro efetivo da mesa de negociação permanente do plano de cargos, carreira, salários e vencimentos da SES/GO, 2011/2015); Membro efetivo do colegiado

APROVADO

consultivo e deliberativo da ESAP/CEP-SAUDE-SES/GO(2011/2015); Superintendente de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás-SES/GO (2011/2015); Membro do fórum Goiano de Enfrentamentos as Drogas, 2016 até a presente data; membro efetivo dos Eixos Comunidade Terapêutica e de Tratamento, do fórum Goiano de Enfrentamentos as Drogas; Gerente Técnica Operacional do Grupo Executivo de Enfrentamento as Drogas-GEED, 2016 até apresente data; Consultora ***Ad hoc*** do Conselho Estadual de Educação de Goiás-CEE/GO; Professora de cursos de capacitação da Escola de Governo *Henrique Santilo,* 2016 até a presente data; Superintende de Ensino do CEGECON – Centro de Gestão em Educação Continuada, 2017; Consultoria em projetos e programas de reinserção social de usuários de drogas do GEED , 2016 até presente data; Consultoria em projetos de qualificação em editais de Chamamento Publico para gestão em áreas da Educação de 2014 até a presente data, experiência e captação de recursos publico nacional e internacionais para projetos sociais.

UNINTER

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2020.

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

CERTIFICADO

025033

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES **Matrícula:** 2862320 **CPF:** 04878427825

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO / CURSO
Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA (SETOR AEROPORTO) - GO
Ato de Credenciamento e Recredenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012 publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012, seção 1, p.23. Recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016 publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016, seção 1, p.24
Curso: GESTÃO HOSPITALAR **Carga Horária Total do Curso:** 360 hs
Nível do Curso: Especialização *Lato sensu* **Área do Curso:** SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL
Início da Turma: 03/03/2019 **Término[1]:** 23/02/2020

REGULAMENTAÇÃO
Resolução em vigência:os cursos ministrados pela IES cumprem todas as disposições legais da Resolução do Conselho Nacional - CNE vigente na data de início da turma.
- *Turma iniciada até Março/2001: Resolução CES nº 03 de 05/10/1999*
- *Turma iniciada até Maio/2007: Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001*
- *Turma iniciada até Abril/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007*
- *Turma iniciada a partir de Maio/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 06/04/2018*

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Certificado registrado sob o n.º 1979176 no Livro Eletrônico de Registros da IES.
As assinaturas do Reitor no anverso e da Secretária Geral de Gestão Acadêmica no verso deste Certificado são mediante chancelas mecânicas registradas em Escritura Pública no 7º Tabelião/Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266
[1] Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas obrigatórias que compõem a grade curricular.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2020

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

03780

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Meire Incarnação Ribeiro Soares

RG: 130268 - SSP-MS

CPF: 048.784.278-25

Assinatura: _____

03781

03782

Estrutura e experiência da Diretoria

• Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

FERNANDA BARROS GOMIDES

05784

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL 09 1ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA | INSCRIÇÃO CREFITO 141099-F

FERNANDA BARROS GOMIDES

CARLOS OTONI PEREIRA BARROS

JANETTE GOMIDES DE CARVALHO BARROS

S.TEREZINHA DE GOIAS/GO 20/02/1988

BRASILIA/DF 04/02/2011

IDENTIDADE CIVIL

4612782 28/05/2001 DGPC/GO

IDENTIDADE ELEITORAL

054321051007 0040/112 020351501-32

Fernanda Barros Gomides.

FACULDADE ANHANGUERA DE ANÁPOLIS

ANHANGUERA EDUCACIONAL

A Diretora Executiva da Faculdade Anhanguera de Anápolis, mantida pela Anhanguera Educacional, no uso de suas atribuições regimentais e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia, em 13 de janeiro de 2010, confere o título de Bacharel em Fisioterapia a

Fernanda Barros Gomides

brasileira, natural do Estado de Goiás, nascida a 20 de fevereiro de 1988
RG nº 4612782 / GO
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar
de todos os direitos e prerrogativas legais.

Anápolis, 19 de janeiro de 2010

Lígia Oliveira Dutra
Secretário(a) Acadêmico(a)

Fernanda Barros Gomides
Diplomada

Profa. Viviane Meneses
Diretora Executiva

057864

FGV

O Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas confere a

Fernanda Barros Gomides Naves

Natural de Santa Tereza de Goiás - GO, nascido(a) em 20 de fevereiro de 1988, doc. de identificação DGPC-GO - 4612782

Certificado do Curso

MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde

Nível especialização (lato sensu), área de conhecimento Ciências Sociais, Negócios e Direito, com 432 horas-aula, concluído em 17 de março de 2019.

Rio de Janeiro, 04 de fevereiro de 2020.

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor
FGV EBAPE

1ª Via

FGV FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

HISTÓRICO ESCOLAR

FGV EDUCAÇÃO EXECUTIVA

Nome do aluno: Fernanda Barros Gomides Naves		Registro Institucional: E-288890
Naturalidade: Santa Tereza de Goiás - GO	Data de nascimento: 20/02/1988	Período de realização do curso: 27/10/2017 a 17/03/2019
Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde	Total de horas-aula cumpridas: 432h	Coeficiente de Rendimento: 8,49

Disciplina	Docente Responsável	Titulação / Instituição	H / A	Frequência	Média Final
Aspectos Jurídicos em Saúde	Marcos Cesar de Souza Lima	Doutor em Direito / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	10,00
Contabilidade para Executivos em Saúde	Sérgio Leal Caldas	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,00
Economia e Políticas de Saúde no Brasil	Nora Raquel Zygielszyper	Mestre em Economia / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	24h	100%	7,60
Finanças Aplicadas à Saúde I	Samy Soubhe Tannous	Mestre em Matemática / Universidade Federal de Goiás	24h	100%	10,00
Finanças Aplicadas à Saúde II	Agnaldo Santos Pereira	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	9,00
Gestão de Custos em Saúde	Alfredo Augusto Gonçalves Pinto	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,50
Gestão de Pessoas em Saúde	Tania Regina da Silva Furtado	Doutor em Comunicação / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	100%	7,50
Gestão dos Serviços em Saúde	Carlos Augusto Lobbé de Araujo Cotta	Especialista em Cardiologia / Santa Casa de Misericórdia	24h	100%	7,80
Logística Aplicada à Saúde	Cláudia Herminia de Lima e Silva	Mestre em Gestão de Serviços de Saúde / Instituto Universitário de Lisboa - Iscte	24h	100%	7,00
Marketing de Organizações em Saúde	Maria Nazareth Ribeiro	Especialista em Medicina / Instituto de Medicina Psicossomática - Impsis	24h	100%	10,00
Negociação e Administração de Conflitos	Guilherme Hoffmann	Mestre em Marketing Internacional / Universidad Nacional de La Plata	24h	100%	7,20
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	Marcelo Almeida Magalhães	Doutor em Engenharia Civil / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	7,80
Plano Integrado de Gestão em Saúde	Maria Laiz Athayde Marcondes Zanardo	Doutor em Administração de Empresas / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	8,00
Qualidade e Acreditação em Saúde	Angela Zerbielli	Especialista em Outros / Escola Politécnica da Universidade de São Paulo	24h	100%	10,00
Responsabilidade Social e Ética em Saúde	Claudia Lopes Pires	Especialista em Anatomia / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	7,90
Sistemas Integrados de Gestão aplicados à Saúde	Alexandre da Silva Furtado Amaral	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	7,20
Plano de Negócios em Saúde	José de Oliveira Guimarães	Mestre em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Gestão de Projetos de Saúde	Soraia Regina Gomes de Almeida	Especialista em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,80
Trabalho de Conclusão do Curso: A ACREDITAÇÃO E SEUS IMPACTOS NAS BOAS PRÁTICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: Estudo de caso em uma clínica médica de multiespecialidades					8,00

0578

Este curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES 01/07 (DOU de 08/06/2007 - Seção 1 - p.9). Recredenciamento FGV EBAPE: Portaria MEC nº 739/2016 – DOU de 21/07/2016 – Seção 1 – p. 53.
1ª Via

E 288890

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: FERNANDA BARROS GOMIDES NAVES

RG: 4612782 PCII GO

CPF: 020.351.501-32

Assinatura: Fernanda Barros Gomides Naves

03789

03790

Estrutura e experiência da Diretoria

• Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

TULIO NAVES TORRES

03791

03792

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
TÚLIO NAVES TÔRRES BORGES

CRM/UF
009329/GO

FILIAÇÃO
MARCILIANO ANTÔNIO BORGES
MARIA TEREZINHA NAVES TORRES BORGES

DATA DE INSCRIÇÃO | VIA
17/02/2005 | 1

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
030.940.236-08

RG / ÓRGÃO EMISSOR
5299117-3380214/SSP-GO

TÍTULO DE ELEITOR
000317006661074

SEÇÃO
019

ZONA
072

DATA DE NASCIMENTO
09/01/1977

NATURALIDADE
BRASÍLIA-DF

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
GOIÂNIA,10/03/2016

0154698

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE, PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS - CERES-GO
Rua Rodolfo Martins nº. 75-B - Centro - Ceres-GO - Fone: (62) 3323-2612

Autentico para os devidos efeitos que a fotocópia conferi com o documento original apresentado. (Decreto Lei nº 2.148/40, art 2º) Dou Fé. Ceres-GO, 19 de março de 2021. Selo: 01652103110769809490254
Consulte este selo em - https://extrajudicial.tjgo.jus.br
EmolumentosR$6,18

Kamilla Cardoso Ferreira

1º TABELIONATO DE NOTAS
CERES - GO.

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

03793

Fundação Oswaldo Aranha
Centro Universitário de Volta Redonda

O Diretor Geral do Centro Universitário de Volta Redonda, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Medicina em 30 de novembro de 2001, confere o título de

Médico a

Túlio Naves Torres Borges

brasileiro, natural do Distrito Federal, nascido a 09 de janeiro de 1977,
filho de Marciliano Antônio Borges e Maria Terezinha Naves Tôrres Borges, RG 3299117-3880214 - SSP - GO

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Volta Redonda, 30 de novembro de 2001

Prof.ª Elisamaura F. Santos Oliveira
Secretária Geral - UniFOA

Túlio Naves Torres Borges
Diplomado

Prof. Osvaldir Geraldo Denadai
Diretor - Geral - UniFOA

03794

Associação Médica Brasileira

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ao

Dr. Túlio Naves Torres Borges

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

São Paulo, 06 de janeiro de 2005

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente da AMB

Dr. Edmund Chada Baracat
Secretário Geral da AMB

Dr. Walter Manna Albertoni
Presidente da SBOT

Dr. Iliro Suzuki
Secretário Geral da SBOT

037965

FGV

O Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas confere a

Tulio Naves Torres Borges

Natural de Brasilia - DF, nascido(a) em 09 de janeiro de 1977, doc. de identificação SSPGO - 3299117

Certificado do Curso

MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde

Nível especialização (lato sensu), área de conhecimento Ciências Sociais, Negócios e Direito, com 432 horas-aula, concluído em 17 de março de 2019.

Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2019.

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor
FGV EBAPE

1ª Via

03796

FGV FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

HISTÓRICO ESCOLAR

FGV EDUCAÇÃO EXECUTIVA

Nome do aluno: Tulio Naves Torres Borges		Registro Institucional: E-286425
Naturalidade: Brasília - DF	Data de nascimento: 09/01/1977	Período de realização do curso: 27/10/2017 a 17/03/2019
Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde	Total de horas-aula cumpridas: 432h	Coeficiente de Rendimento: 9,15

Disciplina	Docente Responsável	Titulação / Instituição	H / A	Frequência	Média Final
Aspectos Jurídicos em Saúde	Marcos Cesar de Souza Lima	Doutor em Direito / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	10,00
Contabilidade para Executivos em Saúde	Sérgio Leal Caldas	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Economia e Políticas de Saúde no Brasil	Nora Raquel Zygielszyper	Mestre em Economia / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	24h	100%	10,00
Finanças Aplicadas à Saúde I	Samy Soubhe Tannous	Mestre em Matemática / Universidade Federal de Goiás	24h	100%	9,80
Finanças Aplicadas à Saúde II	Agnaldo Santos Pereira	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	9,00
Gestão de Custos em Saúde	Alfredo Augusto Gonçalves Pinto	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,50
Gestão de Pessoas em Saúde	Tania Regina da Silva Furtado	Doutor em Comunicação / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	100%	10,00
Gestão dos Serviços em Saúde	Carlos Augusto Lobbé de Araujo Cotta	Especialista em Cardiologia / Santa Casa de Misericórdia	24h	100%	9,10
Logística Aplicada à Saúde	Cláudia Herminia de Lima e Silva	Mestre em Gestão de Serviços de Saúde / Instituto Universitário de Lisboa - Iscte	24h	100%	7,00
Marketing de Organizações em Saúde	Maria Nazareth Ribeiro	Especialista em Medicina / Instituto de Medicina Psicossomática - Impsis	24h	100%	10,00
Negociação e Administração de Conflitos	Guilherme Hoffmann	Mestre em Marketing Internacional / Universidad Nacional de La Plata	24h	100%	9,00
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	Marcelo Almeida Magalhães	Doutor em Engenharia Civil / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	7,30
Plano Integrado de Gestão em Saúde	Maria Laiz Athayde Marcondes Zanardo	Doutor em Administração de Empresas / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	8,00
Qualidade e Acreditação em Saúde	Angela Zerbielli	Especialista em Outros / Escola Politécnica da Universidade de São Paulo	24h	100%	9,30
Responsabilidade Social e Ética em Saúde	Claudia Lopes Pires	Especialista em Anatomia / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	10,00
Sistemas Integrados de Gestão aplicados à Saúde	Alexandre da Silva Furtado Amaral	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	10,00
Plano de Negócios em Saúde	José de Oliveira Guimarães	Mestre em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Gestão de Projetos de Saúde	Soraia Regina Gomes de Almeida	Especialista em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,90
Trabalho de Conclusão do Curso: OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SEU APOIO À GESTÃO E AO PLANEJAMENTO: Avaliação da gestão dos sistemas e tecnologias de informação em uma clínica médica de multiespecialidades					8,00

0637 97

Este curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES 01/07 (DOU de 08/06/2007 - Seção 1 - p.9). Recredenciamento FGV EBAPE: Portaria MEC nº 739/2016 – DOU de 21/07/2016 – Seção I – p. 53.
1ª Via

E 286425

PREFEITURA DE
CAMPOS VERDES
A MUDANÇA QUE VOCÊ VÊ!

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES** inscrito no **CPF: 030.640.236-08, RG 32999117,** residente e domiciliado na AV Goiás nº 605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres-GO, Cep: 76300-000, Medico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia CRM 9329/GO, realizou todas as funções e deveres previstos à **PREFEITURA DE CAMPOS VERDES – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CNPJ: 11.263.318/0001-81.**

Registramos que o Doutor **TÚLIO NAVES TORRES BORGES** prestou os serviços acima referidos que, apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Campos Verdes, 28 de abril de 2021.

Secretária Municipal de Saúde

Rosalina Veríssimo de Oliveira

Rosalina Veríssimo de Oliveira
Secretaria de Saúde
Decreto 04/2021

03798

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, à pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES** inscrito no **CPF: 030.640.236-08, RG 32999117,** residente e domiciliado na AV Goiás nº 605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres-GO, Cep: 76300-000, Medico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia CRM 9329/GO, realizou todas as funções e deveres previstos à **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA CNPJ: 11.899.105/0001-40.**

Registramos que o Doutor**TÚLIO NAVES TORRES BORGES**prestou os serviços acima referidos que, apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 26 de abril de 2021.

Dr. Juan Pablo Cardoso Noronha
Secretário de Saúde
Decreto nº 02/2021

03799

MABCOT

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES inscrito no CPF: 030.640.236-08, RG 3299117,** residente e domiciliado na Av Goiás nº605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres Go, Cep: 76300-000, Médico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia, Empreendedor, Socio, Diretor, graduado pela Fundação Getúlio Vargas com certificado MBA Executivo em Administração Gestão de Saúde realiza todas as funções e deveres previstos e descritos acima na empresa **MAB E CIA LTDA inscrita no CNPJ 04.846.076/0001-93.**

Registramos que o senhor TÚLIO NAVES TORRES BORGES prestou e presta serviços a mais de 14 anos na empresa e que, as prestações dos serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 25 de março de 2021.

MAB - COT
04.846.076/0001-93

MAB - COT
04.846.076/0001-93

IBN Laboratório

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, TÚLIO NAVES TORRES BORGES inscrito no CPF: 030.640.236-08, RG 3299117, residente e domiciliado na Av Goiás nº605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres Go, Cep: 76300-000, Médico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia, Empreendedor, Socio, Diretor, graduado pela Fundação Getúlio Vargas com certificado MBA Executivo em Administração Gestão de Saúde realiza todas as funções e deveres previstos e descritos acima na empresa IBN LABORATÓRIO LTDA inscrita no CNPJ 02.383.297/0001-47.

Registramos que o senhor TÚLIO NAVES TORRES BORGES prestou e presta serviços a mais de 10 anos na empresa e que, as prestações dos serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 25 de Março de 2021.

Fernanda Barros Gomides Naves

02.383.297/0001-47
IBN Laboratorio Ltda.
Rua São Patrício nº. 81 - Centro
CEP. 76.300.000
CERES - GOIÁS

Fone: 62 3323-1945
www.ibnlaboratorio.com.br
Rua São Patrício - nº 81
Centro - Ceres - GO

03801

IBN
InstitutoBrandãoNaves

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES inscrito no CPF: 030.640.236-08, RG 3299117,** residente e domiciliado na Av Goiás nº605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres Go, Cep: 76300-000, Médico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia, Empreendedor, Socio, Diretor Técnico, graduado pela Fundação Getúlio Vargas com certificado MBA Executivo em Administração Gestão de Saúde realiza todas as funções e deveres previstos e descritos acima na empresa **INSTITUTO BRANDÃO NAVES EIRELLI inscrita no CNPJ 17.378.208/0001-41.**

Registramos que o senhor TÚLIO NAVES TORRES BORGES prestou e presta serviços a mais de 05 anos na empresa e que, as prestações dos serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 25 de Março de 2021.

17.378.208/0001-41
Instituto Brandão Naves Eireli-ME
Avenida Goiás nº 903 Setor Cruzeiro
CEP-76.300-000
CERES-GOIÁS

03802

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: TULIO NAVES TORRES BORGES

RG: 3299117 SSP GO

CPF: 030.640.236-08

Assinatura: _____

03803

03804

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

ADECEILDES ROCHA

03806

Adecildes Dals Rocha

Rua Guajará – Quadra 194 – Lote 05 nº 95 Parque
Amazônia - Goiânia - GO
(62) 99121-2842
adecildes@hotmail.com
57 anos · Brasileiro · Casado

Objetivo Profissional: Gestor Hospitalar ou de Saúde

RESUMO DE QUALIFICAÇÕES

- Profissional com excelente experiência na área de Gestão Hospitalar e de Saúde, em entidades e órgãos públicos, atuando para garantir todas as metas estabelecidas através de uma gestão participativa, administrando materiais, recursos humanos, patrimônio, informações, recursos financeiros, orçamentários, tecnológicos, processos e métodos organizacionais.
- Desenvolver planejamento estratégico, identificando oportunidades, avaliando a viabilidade e fazendo recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novos negócios.
- Capacidade de produzir e relatar dados da Gestão Administrativa com precisão e comunicar-se de forma eficaz com os stakeholders e superiores, a fim de facilitar uma tomada de decisão ideal.
- Controlar e apoiar em processos relacionados à área Administrativa, propondo melhorias que tragam resultados positivos ao negócio.
- Habilidades de comunicação interpessoal, gestão de pessoas, percepção crítica e analítica para análise de melhoria em processos administrativos.
- *Participação em diversas palestras e congressos.*

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Pós-Graduação em Administração Hospitalar – concluído em 1992.

IPH – Instituto de Pesquisas Hospitalar

Graduação em Administração Hospitalar – concluído em 1991.

IPH – Instituto de Pesquisas Hospitalar

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

⇨ Informática: Pacote Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook e Internet).

⇨ Curso: **Conhecimentos dos Regulamentos e Rotinas Técnicos Burocráticos** – Hospital Kreiskrankenhaus-Rottweil.

⇨ Curso: **Capacitação de Gestores do Fundo Rotativo de Saúde** – Secretaria da Saúde.

⇨ Curso: **Elaboração de Projetos** – Secretaria da Saúde.

⇨ Curso: **Direito Previdenciário** – Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

03807

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Jan/2020 ate fev/2021 Secretaria Municipal de Saúde de Rio verde - GO
Cargo: Assessor especial – Maternidade Augusta Bastos
Localidade: Rio Verde - GO

Jun/2017 até Dez/2018 **Secretaria Municipal de Saúde de Goiatuba/GO**
Cargo: Secretário Municipal de Saúde e Diretor Geral do Hospital Municipal Doutor Henrique Santillo
Localidade: Goiatuba/GO

Fev/2013 até Jul/2015 **Hospital Ortopédico de Goiânia**
Cargo: Administrador Hospitalar
Localidade: Goiânia/GO

Jun/2010 até Fev/2013 **Hospital e Maternidade Dona Iris**
Cargo: Coordenador Administrativo
Localidade: Goiânia/GO

Abr/2006 até Fev/2011 **Tribunal de Contas do Estado de Goiás**
Cargo: Assessor e Analista de Processos das Contas dos Hospitais Públicos de Goiânia
Localidade: Goiânia/GO

Nov/2003 até Abr/2005 **Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Goiás**
Cargo: Administrador Hospitalar
Localidade: Goiânia/GO

Principais Atividades Desenvolvidas:

- *Executar as políticas sociais e econômicas, cumprindo as diretrizes estratégicas estabelecidas pela Mantenedora em relação ao Hospital.*
- *Administrar o hospital, assegurando regularidade do seu funcionamento, de acordo com este regulamento e em consonância com o contrato de gestão e as diretrizes estabelecidas pela mantenedora, visando atender plenamente a clientela SUS, adstrita a sua área de regionalização.*
- *Preparar planejamento estratégico obedecendo a diretrizes da entidade mantenedora e as políticas públicas definidas pelo Gestor de Saúde do Estado de Goiás.*
- *Implementar as estratégias, exercendo diretamente o comando da execução das diretrizes e metas do hospital, ouvindo os diretores das respectivas diretorias do hospital, e em consonância com a Secretaria.*
- *Estabelecer plano de metas e definir indicadores de controle e avaliação para o hospital, submetendo-os à Secretária de Saúde e respondendo pela operacionalização.*
- *Realizar as despesas ordinárias do hospital e obter, por escrito, autorização da Entidade paras as extraordinárias.*
- *Elaborar os contratos de prestação de serviços, fornecimentos e de terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da entidade.*
- *Implementar as políticas de: qualidade, contratação de pessoal, salários, assistência, aquisição, alienação e pagamentos.*
- *Planejar a manutenção preventiva dos equipamentos médicos, controle de estoque de materiais, a limpeza e até o destino dos resíduos hospitalares.*
- *Participar das reuniões, eventos e treinamentos desenvolvidos pelos órgãos competentes.*
- *Representar o hospital como membro do Conselho de Saúde do Município.*
- *Emissão de relatório periódico das atividades da unidade.*

03808

Faculdade de Administração Hospitalar

do

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

03809

(1) Diretor da Faculdade de Administração Hospitalar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 21 de dezembro de 1990, confere o título de

Bacharel em Administração a

Adecildes Dias Rocha

brasileiro, natural do Estado de Goiás

nascido a 22 de janeiro de 1962, cédula de identidade R.G. nº 13.863.164,

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de março de 1991.

Maria Graciliria Camilo
Secretário

Diplomado

Diretor

038107

Curso de Administração Hospitalar
Reconhecido pelo Decreto n.º 79.268 em 14-02-77,
DOU de 15-02-77.

APOSTILA

O diplomado concluiu nesta Faculdade a habilitação:

Administração Hospitalar.

São Paulo, 20 / 03 / 91

Maria Graciosa Camilo
Secretário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotada a Apostila
São Paulo 11 novembro 91
RCZ-Ld.
Seção de Registro de Diplomas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 906050
Processo n.º 91.1.37391.1.4
em 11 de novembro de 1991
RCZ-Ld.
Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias Nos 730/77, 71/77, 30/78 e 90/80)

CARTEIRA
26 10 60
Seção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 01 SET 1992
Profa. Dra. LOR CURY
Secretária Geral

SECRETARIA DA FAZENDA
DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS
Desenvolvimento com Responsabilidade

SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

COF
10
ANOS

03811

Confere a

Adecildes Dias Rocha

Este certificado de participação no

I Seminário das Unidades Correcionais do Executivo Estadual

Realizado no **Auditório do CAT** nos dias **14 e 15 de Agosto de 2008**, com duração de **16 Horas/aula**.

Luísa das Graças Tomé
Gerente de Desenvolvimento de Pessoas

José Carlos de Oliveira Pajaro
Chefe da Corregedoria Fiscal

038127

TEMAS MINISTRADOS	Carga Horária
1. **Palestra:** A Sindicância Administrativa e seu Papel Inqueritorial	1h40min
2. **Palestra:** O Processo Administrativo Disciplinar	1h40min
3. **Palestra:** Investigação Patrimonial	1h50min
4. **Palestra:** Lesão ao Erário na Infração Ético - Disciplinar	1h30min
5. **Palestra:** A Prova no Processo Administrativo Disciplinar	1h30min
6. **Palestra:** Nulidade e Prescrição	1h40min
7. **Palestra:** Normativa da Súmula 343 do STJ e Súmula Vinculada nº 05 do STF	1h30min

Registro nº 02
Livro nº 04
Folha (s) nº 120

Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS

INAMPS / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO
DO
HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS

038137

CERTIFICADO

O QUE É A RESIDÊNCIA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?

Certificamos que

ODECILDES D. ROCHA participou da palestra ministrada neste hospital em 30.03.88.

DATA : S.Paulo, 07 de abril 1988
LOCAL : Hospital Infantil Darcy Vargas

Ana Raquel de Almeida
COORDENADORA E ORGANIZADORA DA PALESTRA

03814

CERTIFICADO

V

DIREITO ADMINISTRATIVO

472

Certificamos que

Adecildes Dias Rocha

participou do **CONGRESSO GOIANO DIREITO ADMINISTRATIVO**, realizado de 30 de maio a 01 de junho de 2006, no Centro de Convenções de Goiânia.

Carga Horária: 30 horas

Goiânia, 01 de junho de 2006.

Fabrício Motta

Prof. Fabrício Motta
Diretor presidente do IDAG

Idag Instituto de Direito Administrativo de Goiás

PROGRAMAÇÃO OFICIAL

30/05/2006 – Terça feira

09:30 - Conferência de Abertura
O Estado em juízo: prerrogativas ou privilégios?
Romeu Bacellar Filho (PR)

Presidência: Dep. Vilmar Rocha (UFG)

10:30 - Painel 1 – Direito Urbanístico
Alcance do conceito de "justa indenização" na desapropriação
Francisco Taveira Neto (GO)
O IPTU progressivo como instrumento de ordenação
Frederico Telho (GO)

Presidência: Dr. Eriberto Marin (UFG)

14:00 - Painel 2 – Licitações Públicas
Desconsideração da personalidade jurídica nas licitações
Edgar Guimarães (PR)
Novas modalidades de contratação e a Lei 8.666/93
Vera Monteiro (SP)

Presidência: Dr. Juscimar Pinto Ribeiro (IDAG)

16:20 - Painel 3 – Controle da Administração Pública
Controle de Constitucionalidade pela Administração Pública
Juliano Taveira Bernardes (GO)
Administração Pública e súmula vinculante
Bruno Bizerra (GO)
O controle do orçamento público
José Siqueira (GO)

Presidência: Dr. João Furtado (PGE)

31/05/2006 – Quarta feira

08:30 - Painel 4 – Servidores públicos
Questões polêmicas sobre o regime remuneratório do servidor público
Antônio Flávio (GO)
Reajuste e revisão da remuneração e responsabilidade civil do Estado
Ricardo Papa (GO)
Relações entre o regime geral de previdência e o regime próprio dos servidores
Fernando Cleber de Araújo Gomes (GO)

Presidência: Cons. Paulo Rodrigues (TCM-GO)

10:40 - Conferência
Repercussões das decisões do judiciário nas competências dos Tribunais de Contas
Benjamin Zymler (DF)

Presidência: Cons. Sebastião Tejota (TCE-GO)

14:00 - Painel 5 – Consórcios Públicos
Principais inovações da Lei 11.107/05
Leila Prudente (GO)
Consórcios municipais e prestação de serviços públicos
Odete Medauar (SP)

Presidência: Dr. Benedito Torres Neto (AGMP)

16:00 - Painel 6 - Constituição e Direitos Fundamentais
Defensoria pública e assistência jurídica aos necessitados
Alexandre Tocantins (GO)
Devido processo legal e o Estado em juízo
Valentina Jungmann (GO)

Presidência: Dr. Leonardo Buíssa Freitas (JF-GO)

01/06/2006 – Quinta feira

08:30 - Painel 7 – Regime Jurídico da Administração Pública
Anulação de atos administrativos e o princípio da segurança jurídica
Ari Queiroz (GO)
Governo e judiciário entre os princípios da moralidade e eficiência administrativa
Emerson Gabardo (PR)
Princípio da publicidade, propaganda e eleições
Spiridon Anyfantis (GO)

Presidência: Dr. Nélson Figueiredo (IDAG)

14:00 - Painel 8 – Constituição e Poder Judiciário
O controle das CPIs pelo Poder Judiciário
Felicíssimo Sena (GO)
Questões concretas sobre mandado de segurança
Cristiana Fortini (MG)
Controle jurisdicional das políticas públicas
João Batista Gomes Moreira (DF)

Presidência: Dra.Sandra Regina Teodoro Reis (ASMEGO)

16:30 - Conferência de Encerramento
"Congruências e paradoxos do regime jurídico-administrativo contemporâneo".
José dos Santos Carvalho Filho (RJ)

Presidência: Fabrício Motta (IDAG)

03815

Adh'2004 SÃO CAMILO HOSPITALAR

A Saúde que Queremos: Inclusão Social e Gestão Profissional.

038161

Certificado

Certificamos que ADECILDES DIAS ROCHA

participou do(a) IX Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares e V Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares

realizado no Expo Center Norte - São Paulo - SP no(s) dia(s) 01 e 02 de Junho de 2004, com a carga horária total de 16 HORAS na categoria de CONGRESSISTA.

Prof. Dr. Léo Pessini
Superintendente da União Social Camiliana.

Prof. Dr. Christian de Paul de Barchifontaine
Reitor do Centro Universitário São Camilo e
Presidente do Adh'2004 – São Camilo

ENTIDADE PROMOTORA
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

CERTIFICADO

GOIÁS

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário de Gestão Municipal e Regional do SUS em Goiás – Pactuação dos Indicadores de Atenção Básica em Saúde

no período de 22 e 23.02.2005

com carga horária de 16 horas

Goiânia, 23 de FEVEREIRO de 2005

Dr. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendência de Gestão

Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos

03817

TEMA

- **O PAPEL DA SES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS.**
- **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM SISTEMAS MUNICIPAIS.**
- **PACTUAÇÃO DOS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

038184

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES/CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 25 Fl: 78

Nº: 21775 Resp: Ronaldo

GOIÁS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

CERTIFICADO

SUS

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário Goiano de Tecnologia Médico-Hospitalar

no período de 15 a 17.12.2003

com carga horária de 24 horas

Goiânia, 17 de DEZEMBRO de 2003

Superintendência de Gestão
Drº. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendente de Gestão - SES/GO

Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos
Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretora Geral do CENFORH-SUGES
SES

03819

03820

TEMA

- A Resolução RDC nº 50;
- Conceitos básicos de ar condicionado. Resolução RDC nº 50 e instalações de climatização em EAS;
- A Portaria GM/MS nº 3523/98 e suas exigências;
- Resolução RE nº 09/03 e Resolução QAI em EAS (a ser publicada);
- Arquitetura X Controle de infecção em Serviços de Saúde (Materiais de Acabamento);
- Resolução RDC nº 50 - Instalações de Gases Medicinais;
- Resolução RDC nº 50 - Instalações Elétricas em EAS;
- Apresentação da experiência do Centro de Engenharia Biomédica (CEB) em implantar uma central de manutenção local - Caso Hospital das Clínicas (HCUNICAMP). Podendo ser expandida para experiência na implantação da Central de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares – CERMEQ – Caso CERMEQ Jaú-SP;
- Apresentação da experiência do Colégio Técnico da UNICAMP (COTUCA) em implantar um curso de formação de técnicos em manutenção de equipamentos médico-hospitalares – Caso COTUCA. Podendo ser expandida para experiência na implantação do curso de capacitação de artífices, técnicos em equipamentos e engenheiros clínicos - Caso Projeto Nordeste/MS.

Coordenação:

Dra. Maria Paula Curado
Superintendência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde Leide das Neves Ferreira/SULEIDE

Engº Ricardo Alcoforado Maranhão Sá
Gerência de Avaliação e Incorporação Tecnológica em Saúde/SULEIDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES / CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 23 Fl: 70

Nº: 7685 Resp: Ronaldo

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

Goiânia, 19 de dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a pedido e para os fins de comprovação, que o Sr **ADECILDES DIAS ROCHA**, **CPF: 031.606.508-04**, foi funcionário (a) da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (FUNDAHC/HC), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita sob o CNPJ 02.918.347.0001/43 sob o regime da CLT, com sede á Primeira Avenida nº. 545 – Setor Leste Universitário, Goiânia – Goiás.

O (a) supracitado (a) funcionário (a) laborou no Departamento de Diretoria–HMDI, na função de Diretor Administrativo e Financeiro. No período de 18/06/2012 a 21/08/2013.

02.918.347/0001-43
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Primeira Avenida nº 545
Leste Universitário
CEP: 74.605-020
GOIÂNIA - GO

Atenciosamente,

Cristiano Crispim de Figueiredo Souza
Gerente de Gestão de Pessoal/FUNDAHC

Estado de Goiás

AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

A P O S T I L A

O PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, no uso de suas atribuições legais, **DECLARA** que, por Portaria n.º 1.849 de 18 de agosto de 2003, publicado à (s) pág. (s) 03 do Diário Oficial nº 19.221 de 21 de agosto de 2003, foi nomeado (a), e retificado pela Portaria nº 2.015 de 04 de setembro de 2003, do Gabinete Civil da Governadoria, apenas quanto ao nome de ADELCIDES DIAS ROCHA que fica assim grafado: **ADECILDES DIAS ROCHA**, para, em comissão e a partir de 18 de agosto de 2003, exercer o cargo de **Assessor Especial "C", Ref. III,** na Secretaria da Saúde.

GABINETE DO PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, em Goiânia, aos 05 dias do mês de setembro de 2003, 115ª da República.

JEOVALTER CORREIA SANTOS
P/ PRESIDENTE

MARIA HELENA A SILVA
Chefe de Gabinete- Portaria n.º 454/2001
AGANP-GO

MATRICULA - IPASGO
4070275
ASS.
DATA: 09/09/03

Agência de Administração

GERÊNCIA EXECUTIVA DE PESSOAS
SUBGERÊNCIA DE CADASTRO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL
Tomou posse e recebeu a 1ª via em
08 / Setembro / 2003
Mª Aurélia
Responsável

ADECILDES

03822

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS** instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1945 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 120.06212.71-2

NÚMERO: 7175805 | SÉRIE: 0030 | U.F.: GO

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE ____ / ____ / ____ PARA ____ / ____ / ____

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPARAÇÃO JUD. | D - ADOÇÃO | F - ALTERAÇÃO VOLUNTÁRIA

A B C D E F G

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADECILDES DIAS ROCHA

FILIAÇÃO: ULISSES DIAS DA ROCHA
LAURINDA MARIA DA ROCHA

NASCIMENTO: 22/01/1965 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: GURUPI - TO

DOCUMENTO: C. I. 1368319-4 12/08/1979 SSP SP

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 031.606.508-04 CNH: 02268465898

TIT. ELEITOR: 14331708132 SEÇÃO: 243 ZONA: 127

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 19/05/2011

ASSINATURA DO PORTADOR

03823

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH: ..

DIABETE: ☐ SIM ☐ NÃO

HEMOFILIA: ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS: ☐ SIM ☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993: ☐ SIM ☐ NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
1477010005	SP	21/02/1998	

DATA DE ANOTAÇÃO: 19/05/2011 — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR: Aline R. de Souza, Auxiliar Operac. de Serviços Diversos

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

DATA DE ANOTAÇÃO: / / — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR:

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

DATA DE ANOTAÇÃO: / / — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR:

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

DATA DE ANOTAÇÃO: / / — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR:

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 01.624.477/0001-00 CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

CGC/CPF/CEI: ..

ENDEREÇO: AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1460 SETOR OESTE - CEP 74115-030

MUNICÍPIO: GOIÂNIA-GO UF:

ESP. DO ESTABELECIMENTO: Clínica Médica

CARGO: Administrador

CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 03 DE julho DE 2011

REGISTRO Nº: 06 FLS. FICHA: 23

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por mês

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.
Dr. Nabyh Salum

DATA DE SAÍDA: 23 DE Maio DE 2012

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.
Dr. Nabyh Salum

COM. DISPENSA CD Nº: ..

FGTS Nº DA CONTA: ..

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador : FUNDAHC

CNPJ: 02.918.347/0001-43

Endereco PRIMEIRA AVENIDA 545

Bairro LESTE UNIVERSITARIO

Cidade GOIÂNIA GO

Esp. Estabelec OUT.ATIV.ASSOCIATIVAS

Cargo ADMINISTRADOR II

Cod. CBO 09220

Data Admissao 18/06/2012

Ficha Nº 3130

Remuneracao especificada: 2.494,00

DOIS MIL, QUATROCENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS

Prof. Nilzio Antonio da Silva
Diretor Executivo
FUNDAHC/UFG

FUND.DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLINICAS

DATA DE SAÍDA: .. DE .. DE ..

..

COM. DISPENSA CD Nº: ..

FGTS Nº DA CONTA: ..

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: ..

CGC/CPF/CEI: ..

ENDEREÇO: ..

MUNICÍPIO: .. UF:

ESP. DO ESTABELECIMENTO: ..

CARGO: ..

CBO Nº: ..

DATA DE ADMISSÃO: .. DE .. DE ..

REGISTRO Nº: .. FLS. FICHA: ..

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: ..

DATA DE SAÍDA: .. DE .. DE ..

..

COM. DISPENSA CD Nº: ..

FGTS Nº DA CONTA: ..

09

03824

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

CONVÊNIO

Número 14776 Série 00015 SP

ASSINATURA DO PORTADOR

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01.586.742/0001-03

HOSPITAL ORTOPEDICO DE
CNPJ/MF GOIÂNIA LTDA

Rua AV. L Nº 470 - ST. AEROPORTO Nº

Município CEP 74075-050 Est

Esp. do estabelecimento MATRIZ

Cargo Administrador

CBO nº

Data admissão 16 de junho de 2014

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R$ 5.000,00 (cinco mil reais) p/ mes

HOSPITAL ORTOPEDICO DE GOIANIA
Nilton Portela
Depto Pessoal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 30 de Abril de 2015

Nilton Portela
Depto Pessoal
Hospital Ortopedico de Goiania

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

CNPJ: 11.858.570/0005-67

Endereço: AV FUAD RASSI /N° 541 QUADRA11 LOTE 11/12 SALA 13

Função: COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Admissão 07/03/2016

Salário: R$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS POR MÊS)

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 04 de junho de 2016

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº

03825

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE HIDROLÂNDIA
CONVÊNIO

Número 14771 Série 00255

Adecildes Dias Ferro
ASSINATURA DO PORTADOR

12

CONTRATO DE TRABALHO

02.916.347/0001-431

Empregador FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CNPJ/MF
Rua PRIMEIRA AVENIDA Nº 645
Município SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO CEP: 74605-020 Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo Administrador II
CBO nº
Data admissão 18 de junho de 2012
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R$ 2.494,00 (Dois mil quatrocentos e noventa quatro reais)

Cristiano Eduardo Sou
SUPERVISOR RH/FUNDAHC
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 23 de fevereiro de 2013

Sônia Maria Alves Faria
Depto Pessoal / FUNDAHC
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº 157866 8513

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA
CNPJ: 01.567.668/0001.88
Endereço: Rua 05 Nº 641 Setor Central
Município: Goiânia UF: GO
Esp. Do Estabelecimento: Serviços Saúde
Cargo: ADMINISTRADOR
CBO Nº: 252105
Data de Admissão: 10 de Dezembro de 2013.
Registro nº 080 Fls./Ficha: 085
Remuneração Especifica: Salário Fixo (Base) de R$ 2.719,33 (Dois mil setecentos e dezenove Reais e trinta três centavos) por mês.

HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA

1º 2º
Data saída 09 de março de 2014

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

03826

Continuação

Número 14770 Série 00015-SP

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Polegar Direito

DECILDES DIAS ROCHA

ASSINATURA DO PORTADOR

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01 038 751/0004-02

FASA HOSPITAL DE URGÊNCIAS DR. HENRIQUE SANTILLO

CGC/MF.

Rua AV. BRASIL NORTE, 3.105 Nº CIDADE UNIVERSITÁRIA

Município CEP 75083-440 Est. ANÁPOLIS - GO

Esp. do estabelecimento

Cargo Diretor Administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 02 de Maio de 19 2005

Registro nº Fls./Ficha 005

Remuneração especificada R$ 4.000,00 (Quatro mil reais) por mês

Fundação de Assistência Social de Anápolis

Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo

Ass. do empregado Pessoa rogo c/test.

1º 2º

Data saída 11 de Julho de 19 2005

FASA - Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo

Ass. do empregador ou seu preposto

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01.624.477/0001-00

CLINICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

CGC/MF

Rua AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1440 Nº SETOR OESTE - CEP 74115-030

Município GOIÂNIA-GO Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Gerente administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 01 de junho de 19 2010

Registro nº 06 Fls./Ficha 03

Remuneração especificada R$ 800,00 (oitocentos Reais) por mês

CLINICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

1º 2º

Data saída 10 de Setembro de 19 2010

CLINICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

03827

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

11/3/2022
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 30/10/2001 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 7/3/2022

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
HOSPITAL DAS CLINICAS			2338424	01567601000224
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
HOSPITAL DAS CLINICAS UFG			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
PRIMEIRA AVENIDA			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
QD 68 AREA 1	SETOR LESTE UNIVERSI	74605050	GOIANIA	GO
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL	MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**687**
Outros	**1686**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	**4**

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GINECOLOGIA	8	8
GASTROENTEROLOGIA	7	7
TORACICA	2	2
NEUROCIRURGIA	4	4
ENDOCRINOLOGIA	2	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	5
NEFROLOGIAUROLOGIA	6	6
ONCOLOGIA	8	8
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	31	31
PLASTICA	4	4
CIRURGIA GERAL	14	14
OFTALMOLOGIA	1	1
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CARDIOLOGIA	2	2

CLÍNICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GERIATRIA	4	4

03828

PNEUMOLOGIA	6	6
HANSENOLOGIA	1	1
AIDS	3	3
ONCOLOGIA	2	2
HEMATOLOGIA	8	8
NEONATOLOGIA	6	6
DERMATOLOGIA	4	4
NEUROLOGIA	4	4
NEFROUROLOGIA	8	8
CLINICA GERAL	60	15
CARDIOLOGIA	8	8

COMPLEMENTAR

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	110	30
SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	30	0
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	1	0
UTI ADULTO - TIPO II	14	14

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CLINICA	10	10
OBSTETRICIA CIRURGICA	11	11

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	21	21
PEDIATRIA CIRURGICA	1	1

HOSPITAL DIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	5	5

LEITOS HABILITADOS
(Os totais de leitos SUS com sinalização (*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI II ADULTO	-	14(*)
		14

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	4	2	SIM
MAMOGRAFO COM ESTEREOTAXIA	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
RAIO X ATE 100 MA	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	3	3	SIM
RAIO X DENTARIO	1	1	SIM
RAIO X MAIS DE 500MA	10	8	SIM
RESSONANCIA MAGNETICA	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	3	2	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	2	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:

03829

BERÇO AQUECIDO	7	7	SIM
BILIRRUBINOMETRO	1	1	SIM
BOMBA DE INFUSAO	62	62	SIM
DESFIBRILADOR	10	10	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	6	6	SIM
INCUBADORA	11	11	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	55	55	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	8	8	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	25	25	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	35	35	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	48	48	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	10	10	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	2	2	SIM
ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	9	9	SIM
ENDOSCOPIO DIGESTIVO	16	16	SIM
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	16	16	SIM
LAPAROSCOPIO/VÍDEO	3	3	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	11	11	SIM
OFTALMOSCOPIO	2	2	SIM

OUTROS EQUIPAMENTOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	3	3	SIM
APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA	2	2	SIM
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	21	21	SIM
EQUIPAMENTOS DE AFERESE	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	13	0
ODONTOLOGIA	1	1
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	4	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	1

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	15	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	88	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	6	0
ODONTOLOGIA	2	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	18	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0

03830

SALA DE GESSO	2	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	3	0

HOSPITALAR

Instalação:	**Qtde./Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
SALA DE CIRURGIA	10	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	2	12
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	20
LEITOS RN NORMAL	0	0
LEITOS RN PATOLOGICO	0	0

Serviços de Apoio

Serviço:	**Característica:**
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		**Hospitalar:**	
Cod.:	**Serviço:**	**Característica:**	**Amb.:**	**SUS:**	**Hosp.:**	**SUS:**
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
169	ATENCAO EM UROLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
153	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
153	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
123	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

03831

	PROTESES E MATERIAIS ESPE					
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
129	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
164	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
141	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
153 - 001	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	ACOMP CLINICO PRE E POS OPERATORIO E HORMONIOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
153 - 002	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	CIRURGIA E ACOMPANHAMENTO PRE E POS-OPERATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 004	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 002	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E	NÃO	NAO

03832

	NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO		INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 002	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	MONITORAM EXT DA QUALIDADE EXAMES CITOPATOLOGICOS COLO UTERO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2673932
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 008	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM BUCO MAXILO FACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 007	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM ODONTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 004	SERVICO DE FARMACIA	DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS ESTRATEGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO

03833

126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
129 - 001	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR MEIO SOROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 009	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	SUBSTITUICAO/TROCA DE OPM	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 013	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS II	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 018	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OFTALMOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 014	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 015	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 017	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
141 - 001	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO

149 - 001	TRANSPLANTE	RIM	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 002	TRANSPLANTE	MEDULA OSSEA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 005	TRANSPLANTE	CORNEA/ESCLERA	NÃO	NAO INFORMADO

03835

03836

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Adecildes Dias Rocha

RG: 6763373 - PC-GO

CPF: 031.606.508-04

Assinatura: _____

03837

03838

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

AMADIS JOSÉ LOTRÁRIO

03839

03840

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **CENTRO DE OLHOS DO PARÁ - M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI,** sediada a Rua Dr. Paes de Carvalho, no. 2985, Centro, Cidade de Castanhal, Estado do Pará, CEP: 68.743-060, com inscrição no C.N.P.J sob nº 08.080.995/0001-50, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, assessorando a diretoria em planejamento estratégico, de 04 de janeiro de 2016 a 31 de março de 2018, em nossas unidades das cidades de Belém, Castanhal e Barcarena, no estado do Pará, com média mensais de atendimentos de 3.150 consultas, 4.100 exames e 230 cirurgias, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Castanhal, 12 de agosto de 2019.

Cartório 1º Ofício de Notas e Registros de Imóveis Comarca Castanhal-PA

M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI
Dr. Marcelo Taveira dos Santos
CPF: 516.136.032-15

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Comarca de Castanhal - Estado do Para - Brasil
Rua Senador Antônio Lemos, 595 - CEP: 68743-015
Tabeliã e Oficiala
Luisa Helena Cardoso Chaves

Reconheço por SEMELHANÇA a (s) firma (s) de:
[EKiwPUP]--MARCELO TAVEIRA DOS SANTOS.....
.....
Castanhal, 14/08/2019. Em testemunho da Verdade
JDCB - DANIELE PINTO DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:R$5,30 - Selo:R$ 0,45 - Total:R$5,75

1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis Comarca Castanhal-PA
Tribunal de Justiça do Estado do Pará
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Série: HJ
Nº 024.066.821

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA SANTOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981409490477
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513502

03841

SÃO LUCAS
HOSPITAL

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.,** sediada a Rua 4, no. 1335, Centro, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.465-539, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.534.437/0001-78, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, de **01 de Abril de 2011 a 30 de junho de 2013**, em nossa unidade, com 81 leitos de enfermaria, 11 leitos de UTI, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Goiânia, 23 de agosto de 2019.

ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.
RAFAEL HADDAD
CPF: 534.085.781-68

Rua 4, no. 1335, Setor Central, CEP: 74.465-539 – Goiânia – GO
Fone: (62) 3219-4500

HSN
HOSPITAL SÃO NICOLAU

GESTÃO OPERACIONAL
Rua Nilo Margon Vaz, 63 Catalão-GO
Tel: 64 3442-9200, 3442-9326

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO NICOLAU – CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.,** sediada a Rua Nilo Margon, 63, Centro, Cidade de Catalão, Estado de Goiás, CEP: 75.701-150, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.326.206/0001-79, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, negociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde e Fundo Municipal de Saúde para atendimentos do SUS – Sistema Único de Saúde.

Registramos que prestou serviços de Assessoria/Consultoria Administrativa, de **01 de março de 2017 a 31 de outubro de 2018**, em nossa unidade, com 56 leitos de enfermaria, 10 leitos de UTI Adulto, 04 leitos de UTI Neo Natal, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Hemodiálise, Laboratório de Análises Clínicas, Consultórios de especialidades, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Catalão, 23 de agosto de 2019.

Cartorio 2º Ofício Catalão-GO (64) 3441-2503

William André Safatle
Diretor Presidente

CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.
WILLIAN ANDRÉ SAFATLE
CPF: 868.634.791-68

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981409490484
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513509

03843

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/06/2021

CNES: 2442620 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU CNPJ: 01.326.206/0001-79

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO CIRURGICO DE CATALAO LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: NILO MARGON Número: 63 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 520510 - CATALAO UF: GO

CEP: 75701-150 Telefone: (64) 3442-9328 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 007

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clinico/Gerente/Administrador: NICOLAU ANDRE SAFATLE

Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 20/05/2021 Última atualização Nacional: 21/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	2	1
UTI ADULTO - TIPO II	9	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	11	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	0
ESPEC - CIRURGICO		

U384A

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
BUCO MAXILO FACIAL	1	0
CARDIOLOGIA	2	1
CIRURGIA GERAL	5	3
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	1
GINECOLOGIA	2	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	2	1
OFTALMOLOGIA	2	1
PLASTICA	2	1
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	4	2
CLINICA GERAL	4	2
DERMATOLOGIA	1	0
GERIATRIA	2	0
HEMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	2	1
NEUROLOGIA	3	1
PNEUMOLOGIA	2	0

0384

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	30	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
REABILITACAO	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	2	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

0384

UNINTER

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

AMADIS JOSÉ LOTRARIO

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 02 de Março de 2021.

AMADIS JOSÉ LOTRARIO
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

0384

022.484

CERTIFICADO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: AMADIS JOSÉ LOTRARIO **Matrícula:** 3159677 **CPF:** 02996423801

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO / CURSO
Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA (SETOR OESTE) - GO
Ato de Credenciamento e Recredenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012 publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012, seção 1, p.23. Recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016 publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016, seção 1, p.24
Curso: GESTÃO HOSPITALAR **Carga Horária Total do Curso:** 360 hs
Nível do Curso: Especialização *Lato sensu* **Área do Curso:** SAÚDE E BEM-ESTAR
Início da Turma: 19/08/2019 **Término[1]:** 01/03/2021

REGULAMENTAÇÃO
Resolução em vigência: os cursos ministrados pela IES cumprem todas as disposições legais da Resolução do Conselho Nacional - CNE vigente na data de início da turma.
- *Turma iniciada até Março/2001: Resolução CES nº 03 de 05/10/1999*
- *Turma iniciada até Maio/2007: Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001*
Turma iniciada até Abril/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007
Turma iniciada a partir de Maio/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 06/04/2018

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Certificado registrado sob o n.º 2082399 no Livro Eletrônico de Registros da IES.
As assinaturas do Reitor no anverso e da Secretária Geral de Gestão Acadêmica no verso deste Certificado são mediante chancelas mecânicas registradas em Escritura Pública no 7º Tabelião/Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266
[1] Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas obrigatórias que compõem a grade curricular.

Curitiba, 02 de Março de 2021

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

03848

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: AMADIS JOSÉ LOTRARIO

RG: 17087248

CPF: 029.964.238-01

Assinatura:_____

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular**

JURACY CAVALCANTE LACERDA JÚNIOR

03849

03850

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4144037827157076
ID Lattes: **4144037827157076**
Última atualização do currículo em 09/06/2021

Graduado em Medicina pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2014). Pós graduação em Gestão Hospitalar e Operacional pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Treinamento de competências Interpessoais pela Dale Carnegie Atualmente é Diretor Médico no HOSPITAL DAHER LAGO SUL S/A. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Juracy Cavalcante Lacerda Júnior
Nome em citações bibliográficas	LACERDA JÚNIOR, J. C.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/4144037827157076

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2019 - 2020	Especialização em Pós Graduação em Gestão Hospitalar e Operacional. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, IIEPAE, Brasil. Título: Conta Certa.
2009 - 2014	Graduação em Medicina. Universidade Presidente Antônio Carlos, UNIPAC, Brasil.
2000 - 2002	Ensino Médio (2º grau). Colégio Bernardo Sayão de Gurupi, CBS, Brasil.

Formação Complementar

2019 - 2019	Guerrilla Business Intensive. Success Resources, SUCCESS RESOURCE, Estados Unidos.
2019 - 2019	Liderança médica 4.0. Associação Nacional de Hospitais Privados, ANAHP, Brasil.
2018 - 2018	Treinamento de Competências Interpessoais. Dale Carnegie, DALE, Brasil.
2017 - 2017	Empretec. Serviço de Apoio às Micros e Pequenas Empresas de Goias, SEBRAE/GO, Brasil.
2014 - 2014	Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. (Carga horária: 16h). CETES HCor, CETES HCOR, Brasil.

Atuação Profissional

HOSPITAL DAHER LAGO SUL S/A, HDLSS_FORN, Brasil.

Vínculo institucional	
2021 - Atual	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Diretor Médico
Vínculo institucional	
2017 - Atual	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Gerente Médico
Vínculo institucional	
2015 - Atual	Vínculo: PLANTONISTA PRONTO SOCORRO, Enquadramento Funcional: MÉDICO PLANTONISTA
Vínculo institucional	

03851

2016 - 2017 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Coordenador médico Pronto Socorro

HOSPITAL JACOB FACURI, HJC, Brasil.

Vínculo institucional

2014 - 2015 Vínculo: PLANTONISTA PRONTO SOCORRO, Enquadramento Funcional: MÉDICO PLANTONISTA

VIDA UTI MOVEL, VIDA UTI, Brasil.

Vínculo institucional

2014 - 2015 Vínculo: MÉDICO SOCORRISTA, Enquadramento Funcional: MEDICO SOCORRISTA

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.

Produções

Produção bibliográfica

Apresentações de Trabalho

1. FREITAS, G. R. R. ; REIS, T. A. ; CONTI, R. S. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; SILVA FILHO, E. R. ; REIS, M. L. C. A. . 600 HORAS SEGUIDAS DE HEMODIAFILTRAÇAO CONTINUA. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
2. REIS, T. A. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; FREITAS, G. R. R. ; COSTA, J. F. ; REIS, M. L. C. A. ; CONTI, R. S. ; SILVA FILHO, E. R. . CISTO SIMPLES INFECTADO EM ENXERTO RENAL. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
3. REIS, T. A. ; FREITAS, G. R. R. ; COSTA, J. F. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; REIS, M. L. C. A. ; CONTI, R. S. ; SILVA FILHO, E. R. . - NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA RELACIONADA A MESALAZINA. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
4. REIS, T. A. ; FREITAS, G. R. R. ; COSTA, J. F. ; CONTI, R. S. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; REIS, M. L. C. A. ; SILVA FILHO, E. R. . PLASMAFERESE POR MEMBRANA E ANTICOAGULAÇAO REGIONAL COM CITRATO. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
5. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. Higiene e Cuidados da Criança e Visão do Parto pelo Pediatra. 2013. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
6. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. Simpósio da liga do Coração-LACOR. 2012. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
7. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. IV Jornada Médico-Solidária. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
8. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. V Jornada Médico-Solidária. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. CURSO ECG 7 PASSOS.ECG 7 PASSOS. 2015. (Outra).
2. Higiene e Cuidados da Criança e Visão do Parto pelo Pediatra.Higiene e Cuidados da Criança e Visão do Parto pelo Pediatra. 2013. (Encontro).
3. Diretório Acadêmico.Coordenador de Educação em Saúde Diretório Acadêmico Diogo Guimarães. 2012. (Outra).
4. I Simpósio Câncer de Mama.I Simpósio Câncer de Mama. 2012. (Simpósio).
5. I Simpósio da Liga do Coração.I Simpósio da Liga do Coração. 2012. (Simpósio).
6. IV Jornada Médico Solidária.IV Jornada Médico Solidária. 2012. (Outra).
7. Liga Acadêmica de Emergências Clínicas.Liga Acadêmica de Emergências Clínicas. 2012. (Outra).
8. Minicurso Controle Infecção Hospitalar.Minicurso Controle Infecção Hospitalar. 2012. (Oficina).
9. Simpósio Liga Acadêmica de Clínica Cirurgica.II Simpósio Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica. 2012. (Simpósio).
10. V Jornada Médico Solidária.V Jornada Médico Solidária. 2012. (Outra).
11. Curso Inglês Instrumental.Curso Inglês Instrumental. 2011. (Outra).
12. Curso Patologia Clínica/Medicina Laboratorial.Curso Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. 2011. (Outra).
13. Diretório Acadêmico.Coordenador de Educação em Saúde Diretório Acadêmico Diogo Guimarães. 2011. (Outra).
14. XI Congresso da Sociedade Brasileira Cardiologia Centro Oeste. 2011. (Congresso).
15. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 2010. (Congresso).
16. Congresso Goiano de Ética Médica e do XXII ECAM. Congresso Goiano de Ética Médica e do XXII ECAM. 2010. (Congresso).
17. Diretório Acadêmico.Coordenador de Educação em Saúde Diretório Acadêmico William Gebrim Júnior. 2010. (Outra).
18. Encontro Cientifico dos Acadêmicos de Medicina. 2010. (Encontro).
19. IV Simpósio de Saúde. 2010. (Simpósio).
20. Diretório Acadêmico.Coordenador da Representação Estudantil Diretório Acadêmico Willian Gebrim Júnior. 2009. (Outra).

03852

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. Simpósio da liga do Coração-LACOR. 2012. (Outro).
2. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. V Jornada Médico-Solidária. 2012. (Outro).
3. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. V Jornada Médico-Solidária. 2012. (Outro).

Outras informações relevantes

Estágio Extracurricular na área de Cirurgia no Hospital Goiânia Leste 17/07/2012 à 02/08/2012 Estágio na área de Cirurgia no Hospital Santa Helena Setembro de 2014 à Novembro 2014

03853

daher
HOSPITAL LAGO SUL

Declaração

Brasília-DF, 09 de junho de 2021.

Declaramos, para o Instituto CEM, que o **Dr. JURACY CAVALCANTE LACERDA JUNIOR CRM/DF 22031** exerce o cargo de Diretor Médico no Hospital Lago Sul S/A Daher.

Dr. José Wilson do Bomfim Lopes
Diretor Médico
CRM-DF 2520

Dr. José Wilson do Bomfim Lopes
CRM/DF 2520
Diretor Técnico

Hospital Daher Lago Sul S/A
QI 07 Conj. F Com. Local - CEP: 71.615-570 - Lago Sul - Brasília - DF
61 3213-4848 - Fax 61 3213-4892
site: www.hospitaldaher.com.br

03854

02855 / 55820

República Federativa do Brasil

Universidade Presidente Antônio Carlos

mantida pela Fundação Presidente Antônio Carlos

O Vice-reitor da Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, Lauro Lopes Pinheiro, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Medicina em 12 de dezembro de 2014, confere o título de

Médico

a

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

brasileiro, natural de Teresina-PI, nascido a 8 de janeiro de 1985, filho de Juracy Cavalcante Lacerda e Divanete Lemos Lacerda, portador do documento de identidade nº 700.367-SSP-TO e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

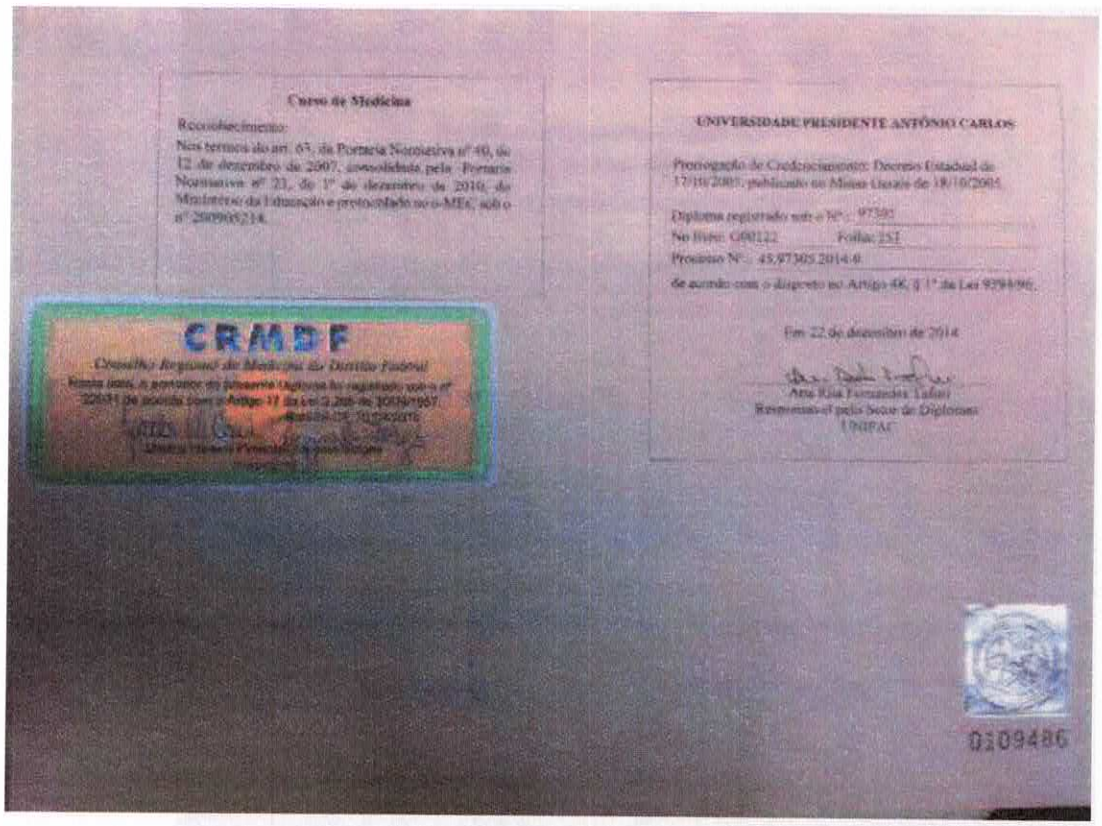
Araguaína-MG, 15 de dezembro de 2014.

Diretor de Unidade Universitária

Vice-reitor

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior
Diplomando

Pró-reitor de Ensino e Assuntos Acadêmicos



Curso de Medicina

Reconhecimento:

Nos termos do art. 63, da Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007, consolidada pela Portaria Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2010, do Ministério da Educação e protocolado no e-MEC sob o nº 200905214.

CRMDF

Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

Nesta data, e perante as Autoridades abaixo, foi registrado sob o nº 22031 de acordo com o Artigo 17 da Lei 3.268 de 30/09/1957.

Brasília-DF, 10/04/2015

Diretoria Técnica Presidente da Comissão Revisora

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS

Prorrogação de Credenciamento: Decreto Estadual de 17/10/2001, publicado no Minas Gerais de 18/10/2001

Diploma registrado sob o Nº.: 97595

No livro: G00122 Folha: 251

Processo Nº.: 45.97305.2014.0

de acordo com o disposto no Artigo 48, § 1º da Lei 9394/96.

Em 22 de dezembro de 2014

Ana Rita Fernandes Tafuri

Responsável pela Seção de Diplomas

UNIPAC

0109486

03856

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 12/06/2021

CNES: 7978642 Nome Fantasia: HOSPITAL DAHER LAGO SUL SA CNPJ: 00.382.069/0001-27

Nome Empresarial: HOSPITAL LAGO SUL S A Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: SHIS EPDB QI Número: 07 Complemento: CONJ F

Bairro: LAGO SUL Município: 530010 - BRASILIA UF: DF

CEP: 71600-700 Telefone: (06)1 248-4848 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JOSE WILSON DO BOMFIM LOPES

Cadastrado em: 26/05/2016 Atualização na base local: 07/04/2021 Última atualização Nacional: 19/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	4	0
UTI ADULTO - TIPO II	15	15
UTI ADULTO - TIPO III	5	0
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	52	28
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	1	0

0957

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	1	0
CIRURGIA GERAL	22	2
ENDOCRINOLOGIA	1	0
GASTROENTEROLOGIA	1	0
GINECOLOGIA	1	0
NEFROLOGIAUROLOGIA	1	0
NEUROCIRURGIA	1	0
OFTALMOLOGIA	1	0
ONCOLOGIA	1	0
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	4	0
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	0
PLASTICA	2	0
TORACICA	2	0
TRANSPLANTE	1	0
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	1	0
CLINICA GERAL	39	2
DERMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	1	0
NEUROLOGIA	1	0

0285

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ONCOLOGIA	8	0
PNEUMOLOGIA	1	0
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	1	0
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	1	0
PEDIATRIA CLINICA	1	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

0389

03860

CERTIFICAÇÃO GREEN BELT

Por demonstrar conhecimento e proficiência no uso e aplicação da metodologia Lean Six Sigma, certificamos

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

como Green Belt

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Master Black Belt Ederson Almeida
Gerente do Programa e Academia
Einstein de Excelência Operacional

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

LEAN SIX SIGMA
Programa Einstein de Melhoria Contínua

03861

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Juracy Cavalcante Lacerda Júnior**, **RG.700367**, o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

Excelência Operacional na Área da Saúde – *Lean Six Sigma*

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES n.º 1 de 06/01/2012 e D.O.U. de 09/01/2012, realizado no período de 01/05/2019 a 31/08/2020, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 18 de janeiro de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Titulado

03862

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membrosda diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório deinteresse do ti tular (cada profi ssional poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

NASSON CARLOS DE ALMEIDA

03863

U3864

CERTIFICADO

ONA
EDUCARE

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu em 04/04/2017
o **Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores**
realizado pela Organização Nacional de Acreditação com duração de 70 horas-aula.

São Paulo, 19 de Abril de 2017.

Dr. Arlindo de Almeida
Presidente da ONA

Shailiny Merlino
Gerente de Educação

Entidades Fundadoras / Associadas:

Validade:**04/04/2019**

abramge · CNS · FBH · FenaSaúde · CMB · Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · Unimed

03865

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Campus Catalão

Resoluções: CNE/CES Nº 01, de 08/06/2007; CEPEC Nº 742, de 05/06/2005; CEPEC Nº 991, de 08/10/2010

Certificamos que **Naasson Carlos de Almeida** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Pessoas e Marketing**, ministrado pelo Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Goiânia, 29 de novembro de 2012

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr Manoel Rodrigues Chaves
Diretor de Unidade

Naasson Carlos de Almeida
Concluinte

UFG

03866

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO

Curso de Especialização em Gestão de Pessoas e Marketing

Nome: Naasson Carlos de Almeida **CPF:** 016.623.201-75 **Data de Nascimento:** 15/06/1987

Legenda situação — AP: Aprovado; AD: Aproveitamento de disciplina; RM: Reprovado por média; RF: Reprovado por falta

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação
Educação Estratégica nas Organizações: Novas Perspectivas em Gestão	0	24	24	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	9,30	100%	AP
Evolução das Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,70	100%	AP
Fundamentos Marketing - Conquistando e Mantendo Clientes	0	24	24	Profª. Ms. Luciana Carvalho	9,00	100%	AP
Gestão de Competência e Desempenho	0	32	32	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	9,00	100%	AP
Gestão de Pessoas: do Método Tradicional ao Modelo Por Competências	0	32	32	Prof. Ms. Serigne Ababacar Cisse Ba	7,00	90%	AP
Mapeamento, Identificação e Seleção de Talentos e Mercado de Trabalho Foco em Competência	0	24	24	Prof. Ms. Marcos Bueno	9,00	90%	AP
Marketing de Serviços	0	32	32	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	8,00	90%	AP
Marketing Estratégico	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Metodologia do Trabalho Científico	0	24	24	Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira	10,00	100%	AP
O Coaching Como Ferramenta de Gestão Por Competências	0	24	24	Profª. Ms. Natércia Guimarães Gomide	9,50	100%	AP
Pesquisa de Marketing	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Psicologia, Trabalho e Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	8,00	95%	AP
Remuneração Por Competência	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,00	90%	AP
Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas Com Ênfase em Competências	0	24	24	Prof. Ms. Janduhy Camilo Passos	8,20	100%	AP

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 360 horas. Período: 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Título da monografia: A Comunicação Interna e Sua Importância para a Organização.

Data de aprovação: 20 de junho de 2012. Avaliação : 8,50

Orientador: Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira

Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira
Coordenador de Curso

MEC — UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Certificado registrado sob nº. 7587 Data do registro: 29/11/2012

Expedido em 29 de novembro de 2012.

José Vitorino Vieira
Coordenador da Expedição e Registro de Diplomas

Confere:

VISTO: Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

03867

054879

Associação Catalana de Educação
Centro de Ensino Superior de Catalão

CESUC

(Curso reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1.111 de 16/07/1992 - D.O.U. 17/07/1992.)
(Renovado o reconhecimento pela Portaria Ministerial nº 2.247 de 24/06/2005 - D.O.U. 27/06/2005.)

O Diretor do Centro de Ensino Superior de Catalão, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **Administração**, **Bacharelado** no **1º** semestre do ano de **2010** e a colação de grau em **19/08/2010**, confere o grau de **Bacharel em Administração** a **Naasson Carlos de Almeida,** brasileiro, nascido em 15/06/1987 em Catalão - GO, cédula de identidade 4768779 - DGPC/GO; expede-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Catalão/GO, 10 de setembro de 2010.

Naasson Carlos de Almeida
Diplomado

Prof. Paulo Antônio Lima
Diretor

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

03868

03869

Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC

Secretaria Geral

Diplomado(a): **Naasson Carlos de Almeida**
Diploma registrado sob nº **3060**
No Livro **17** pág **030 - V**
Processo **63.820**
Código **CGB63.820-10**
Em **10/09/2010**

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

MEC

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS
GERÊNCIA DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Diploma Registrado sob o n°.77710, em 04 de janeiro de 2011, Processo nº 23070.026749/2010-39, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional).

Goiânia, 04 de janeiro de 2011.

Confere: Elen Kellin Borges Pinho
Gerente de Registro de Diplomas em exercício

Visto: Profª. Drª. Valduiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Departamento de Assuntos Acadêmicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DIVISÃO DE REGISTRO ACADÊMICO -DAA-
GOIÂNIA

EMISSÃO DIGITAL DE CERTIDÃO DE CONCLUSÃO HISTÓRICO ESCOLAR DE ESPECIALIZAÇÃO

A Secretaria Geral de Gestão Acadêmica do **Centro Universitário Internacional UNINTER** expede para o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, a CERTIDÃO DE CONCLUSÃO e HISTÓRICO ESCOLAR do curso **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

A Certidão de Conclusão e o Histórico Escolar foram emitidos digitalmente amparados pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC. A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento. .

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - Km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

038704

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, concluiu no dia 27/02/2018 o curso de **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, ofertado pelo **Centro Universitário Internacional UNINTER**, credenciado pela Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016.

O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

O presente documento foi emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

03871

HISTÓRICO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA - GO
Credenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016

DADOS SOBRE O CURSO

Curso: Pós-Graduação *lato sensu* **Área:** SAÚDE
Especialização em: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR
Início da Turma: 04/07/2016 **Término:** 27/02/2018
O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Aprovação por média: para resultados de notas de 70 a 100 na primeira fase de avaliação.
Aprovação por exame: para resultados de notas de 50 a 100 na primeira fase de avaliação.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo): A GESTÃO DE PESSOAS NA PRÁTICA: UMA PESQUISA REALIZADA COM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE CATALÃO, GOIÁS
Nota: 89

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Histórico Escolar emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

03872

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

COMPONENTES CURRICULARES

Disciplinas	C.H.	Média	Resultado	Professor	Titulação
Gestão de Suprimentos Hospitalares	30h	100	APR.MÉDIA	RONALD GIELOW	Mestrado
Gestão Financeira e Custos Hospitalares	30h	70	APR.MÉDIA	PAULO MURO BARBOSA	Mestrado
Auditoria Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Metodologia Científica	30h	90	APR.MÉDIA	ANDERSON NOVELLO	Mestrado
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	30h	70	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Sistema de Informação para Gestão Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Meio Ambiente e Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	RODRIGO DE CASSIO DA SILVA	Doutorado
Hotelaria Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Marketing Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JULIO CELESTINO PEDRON ROMANI	Mestrado
Epidemiologia	30h	60	APR.EXAME	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	30h	90	APR.MÉDIA	ELIANA MARA FORTUNATO DE LUCENA REYNALDO	Mestrado
Bioética em Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Trabalho de Conclusão de Curso	30h	89	APR.MÉDIA	-	-

Grade: Grade 2015 03 **Carga Horária Cursada:** 450h **Carga Horária do Curso:** 450h

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

Informamos que a validação da veracidade da emissão deste documento pode ser realizada através do site: http://www.grupouninter.com.br/documentosdigitais.
Documento emitido às 09:42:26 do dia 28/02/2018.
Código de Validação / Controle do documento: 4233039

03873

EMISSÃO DIGITAL DE CERTIDÃO DE CONCLUSÃO HISTÓRICO ESCOLAR DE ESPECIALIZAÇÃO

A Secretaria Geral de Gestão Acadêmica do **Centro Universitário Internacional UNINTER** expede para o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, a CERTIDÃO DE CONCLUSÃO e HISTÓRICO ESCOLAR do curso **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

A Certidão de Conclusão e o Histórico Escolar foram emitidos digitalmente amparados pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC. A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento. .

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - Km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

03374

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, concluiu no dia 27/02/2018 o curso de **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, ofertado pelo **Centro Universitário Internacional UNINTER**, credenciado pela Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016.

O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

O presente documento foi emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

03875

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO

HISTÓRICO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA - GO
Credenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016

DADOS SOBRE O CURSO

Curso: Pós-Graduação *lato sensu* **Área:** SAÚDE
Especialização em: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR
Início da Turma: 04/07/2016 **Término:** 27/02/2018
O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resoluação CNE/CES nº 01 de 08/06/2007

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Aprovação por média: para resultados de notas de 70 a 100 na primeira fase de avaliação.
Aprovação por exame: para resultados de notas de 50 a 100 na primeira fase de avaliação.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo): A GESTÃO DE PESSOAS NA PRÁTICA: UMA PESQUISA REALIZADA COM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE CATALÃO, GOIÁS
Nota: 89

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Histórico Escolar emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

03876

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

COMPONENTES CURRICULARES

Disciplinas	C.H.	Média	Resultado	Professor	Titulação
Gestão de Suprimentos Hospitalares	30h	100	APR.MÉDIA	RONALD GIELOW	Mestrado
Gestão Financeira e Custos Hospitalares	30h	70	APR.MÉDIA	PAULO MURO BARBOSA	Mestrado
Auditoria Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Metodologia Científica	30h	90	APR.MÉDIA	ANDERSON NOVELLO	Mestrado
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	30h	70	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Sistema de Informação para Gestão Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Meio Ambiente e Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	RODRIGO DE CASSIO DA SILVA	Doutorado
Hotelaria Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Marketing Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JULIO CELESTINO PEDRON ROMANI	Mestrado
Epidemiologia	30h	60	APR.EXAME	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	30h	90	APR.MÉDIA	ELIANA MARA FORTUNATO DE LUCENA REYNALDO	Mestrado
Bioética em Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Trabalho de Conclusão de Curso	30h	89	APR.MÉDIA	-	-

Grade: Grade 2015 03 **Carga Horária Cursada:** 450h **Carga Horária do Curso:** 450h

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - CENTRO
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

Informamos que a validação da veracidade da emissão deste documento pode ser realizada através do site: http://www.grupouninter.com.br/documentosdigitais.
Documento emitido às 09:42:26 do dia 28/02/2018.
Código de Validação / Controle do documento: 4233039

03877

CERTIFICADO

ONA
EDUCARE

ISQua Accredited ORGANISATION

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu em 04/04/2017
o **Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores**
realizado pela Organização Nacional de Acreditação com duração de 70 horas-aula.

São Paulo, 19 de Abril de 2017.

Dr. Arlindo de Almeida
Presidente da ONA

Shailiny Merlino
Gerente de Educação

Entidades Fundadoras / Associadas:

abramge · CNS Confederação Nacional de Saúde · FBH · FenaSaúde · CMB · Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · Unimed

Validade: **04/04/2019**

02820

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Campus Catalão

Resoluções: CNE/CES Nº 01, de 08/06/2007; CEPEC Nº 742, de 05/06/2005; CEPEC Nº 991, de 08/10/2010

Certificamos que **Naasson Carlos de Almeida** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Pessoas e Marketing**, ministrado pelo Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Goiânia, 29 de novembro de 2012

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr Manoel Rodrigues Chaves

Diretor de Unidade

Naasson Carlos de Almeida

Concluinte

UFG

067879

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO

Curso de Especialização em Gestão de Pessoas e Marketing

Nome: Naasson Carlos de Almeida **CPF:** 016.623.201-75 **Data de Nascimento:** 15/06/1987

Legenda situação — AP: Aprovado; AD: Aproveitamento de disciplina; RM: Reprovado por média; RF: Reprovado por falta

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação.
Educação Estratégica nas Organizações: Novas Perspectivas em Gestão	0	24	24	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	9,30	100%	AP
Evolução das Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,70	100%	AP
Fundamentos Marketing - Conquistando e Mantendo Clientes	0	24	24	Profª. Ms. Luciana Carvalho	9,00	100%	AP
Gestão de Competência e Desempenho	0	32	32	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	9,00	100%	AP
Gestão de Pessoas: do Método Tradicional ao Modelo Por Competências	0	32	32	Prof. Ms. Serigne Ababacar Cisse Ba	7,00	90%	AP
Mapeamento, Identificação e Seleção de Talentos e Mercado de Trabalho Foco em Competência	0	24	24	Prof. Ms. Marcos Bueno	9,00	90%	AP
Marketing de Serviços	0	32	32	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	8,00	90%	AP
Marketing Estratégico	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Metodologia do Trabalho Científico	0	24	24	Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira	10,00	100%	AP
O Coaching Como Ferramenta de Gestão Por Competências	0	24	24	Profª. Ms. Natércia Guimarães Gomide	9,50	100%	AP
Pesquisa de Marketing	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Psicologia, Trabalho e Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	8,00	95%	AP
Remuneração Por Competência	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,00	90%	AP
Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas Com Ênfase em Competências	0	24	24	Prof. Ms. Janduhy Camilo Passos	9,20	100%	AP

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 360 horas. Período: 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Título da monografia: A Comunicação Interna e Sua Importância para a Organização.

Data de aprovação: 20 de junho de 2012. Avaliação : 8,50

Orientador: Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira

Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira
Coordenador de Curso

MEC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Certificado registrado sob nº. 7587 Data do registro: 29/11/2012

Expedido em 29 de novembro de 2012.

José Vitorino Vieira
Coordenador de Expedição e Registro de Diplomas

Confere:

VISTO:

Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

03800

056879

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/06/2021

CNES: 2442620 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU CNPJ: 01.326.206/0001-79

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO CIRURGICO DE CATALAO LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: NILO MARGON Número: 63 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 520510 - CATALAO UF: GO

CEP: 75701-150 Telefone: (64) 3442-9328 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 007

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: NICOLAU ANDRE SAFATLE

Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 20/05/2021 Última atualização Nacional: 21/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	2	1
UTI ADULTO - TIPO II	9	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	11	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	0
ESPEC - CIRURGICO		

0388

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
BUCO MAXILO FACIAL	1	0
CARDIOLOGIA	2	1
CIRURGIA GERAL	5	3
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	1
GINECOLOGIA	2	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	2	1
OFTALMOLOGIA	2	1
PLASTICA	2	1
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	4	2
CLINICA GERAL	4	2
DERMATOLOGIA	1	0
GERIATRIA	2	0
HEMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	2	1
NEUROLOGIA	3	1
PNEUMOLOGIA	2	0

0280

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	30	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
REABILITACAO	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	2	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

0388

CERTIFICADO

O **Grupo Voitto** certifica que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu com êxito o curso de **Upgrade de Green Belt para Black Belt em Lean Seis Sigma ,**
com carga horária de 80 horas.
Juiz de Fora - MG, 23 de Dezembro de 2020

Voitto Treinamento e Desenvolvimento
CNPJ: 10.325.713/0001-89

Clóvis Bergamo Filho
Presidente Six Sigma Brasil

Daniel Alves Praga

02884

grupo Voitto

CERTIFICADO:
355850622

Módulo 1 - Fundamentos do Seis Sigma

Revisão Lean Seis Sigma

O Lean Seis Sigma Aplicado a todos os ramos empresariais

O Lean Seis Sigma e as barreiras organizacionais

Como implantar o programa Lean Seis Sigma nas empresas

Sistemática para seleção de projetos e candidatos

A importância da alta gestão

Formação de equipes

A gestão da mudança

Gerenciamento do tempo

Design for Lean Six Sigma e o método DMADV

Módulo 2 - DMAIC: Fase de Definição e Medição

Revisando o DMAIC

Kaizen ou Kaizen Blitz

Medidas de desempenho do negócio

Medidas para cálculo dos ganhos financeiros

Análise de series temporais

Capacidade de processos para dados não-normais

Cálculo de capacidade de processos para atributos

Módulo 3 - DMAIC: Fase de Análise

Regressão Linear Múltipla

Regressão logística

ANOVA para 2 fatores e múltiplas comparações

Testes não-paramétricos

Atividade da catapulta

Módulo 4 – DMAIC: Fase de Melhoria e Controle

Experimento fatorial fracionado

Experimento fatorial em blocos

Experimento fatorial com ponto central

Experimento fatorial com mais de dois níveis

Operação evolutiva (EVOP)

Ferramentas de melhoria da Lean

Módulo 5 - Estudo de caso

Aumento do índice de sucesso das entregas

Redução do tempo de setup na produção de ligas Ferro

Redução da taxa de desligamento dos consultores de venda

Aumento da produtividade na produção de Ligas de Cobre

Redução dos custos com honorários advocatícios e indenizações em condenações judiciais

CERTIFICADO INTERNACIONAL

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

CPF 016.623.201-75

Concluiu o curso "1º Programa Internacional de Formação de Avaliadores 100% Digital", com carga horária de 16 (dezesseis) horas.

São Paulo, 07 de Setembro de 2020

CKO - Chief Knowledge Officer

IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION
HEALTH STANDARDS ORGANIZATION | BRASIL

IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION

QMENTUM IQG INTERNATIONAL

03886
2

CERTIFICADO

O **Grupo Voitto** certifica que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu com êxito o **Treinamento de Green Belt em Lean Seis Sigma ,**
com carga horária de 80 horas.
Juiz de Fora - MG, 2 de Dezembro de 2020

Voitto Treinamento e Desenvolvimento
CNPJ: 10.325.713/0001-89

Clóvis Bergamo Filho
Presidente Six Sigma Brasil

Daniel Alves Praga

0288?

grupo Voitto

CERTIFICADO:
355050622

Módulo 1 - Princípios do Lean Seis Sigma

O que é Seis Sigma

Visão geral do Lean Manufacturing

Integração Lean e Seis Sigma

Os níveis de certificação dos belts

Lean Seis Sigma e os sistemas de gestão

Visão histórica da melhoria contínua

O método DMAIC

Módulo 2 - DMAIC – Fase de Definição

Descrição da Fase Definição

Identificando Projetos Lean Seis Sigma

Mapas de Raciocínio

Voz do Cliente (VOC)

Escopo e planejamento do projeto

Análise de Risco do Projeto

Métricas Lean Manufacturing

Métricas Seis Sigma

Benchmarking

Definição de Metas para projetos Lean Seis Sigma

Equipe de Projeto e a Comunicação

Mapeamento Macro do Processo - SIPOC

Mapeamento do Fluxo de Valor – VSM

Dinâmica Voitto embarcações

Contrato de Projetos – Project Charter

Módulo 3 - DMAIC – Fase de Medição

O que é Seis Sigma

Visão Geral do Lean Manufacturing

Integração Lean e Seis Sigma

Os níveis de certificação dos Belts

Lean Seis Sigma e os Sistemas de Gestão

Visão histórica da melhoria contínua

O Método DMAIC

Consolidando o Conhecimento

Principais distribuições de probabilidade

Distribuição normal e teste de normalidade

Gráficos Básicos

Carta de controle

Capabilidade do processo

Análise do sistema de medição (Dados contínuos)

Análise do sistema de medição (Dados discretos)

Dinâmica dos carrinhos

Módulo 4 - DMAIC – Fase de Análise

Revisando as etapas do projeto; Definição e Medição

Descrição da Fase Análise

FMEA

Mapa de Análise Estatística

Correlação e Diagrama de Dispersão

Regressão Linear Simples

Testes de Hipóteses

ANOVA – Análise de Variância

Cartas Multi-Vari

Teste do Qui-Quadrado

Módulo 5 - DMAIC – Fase de Melhoria

Descrição da Fase de Melhoria

DOE – Planejamento de Experimentos

Diagrama de Árvore

Matriz de Priorização de soluções

Plano de ação – 5W2H

5S

SMED

Kaizen

Kanban

Módulo 6 - DMAIC – Fase de Controle

Descrição da Fase de Controle

Cartas de Controle

OCAP e Diário de Bordo

Procedimento Operacional Padrão

Poka Yoke

TPM

Gestão Visual

Encerramento do Projeto

Módulo 7 - Projetos Lean Seis Sigma

Cases e Estudos de Caso

08880 0260

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

213217139 8

NOME
NAASSON CARLOS DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4768779 DGPC GO

CPF
016.623.201-75

DATA NASCIMENTO
15/06/1987

FILIAÇÃO
JOSE ALMEIDA FIRMINO

DIVINA MARIA DE MENEZES ALMEIDA

PERMISSÃO

ACC

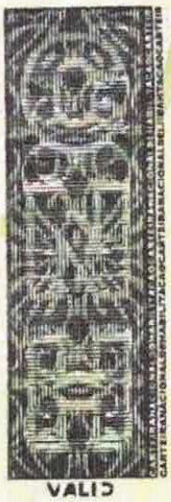
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03834768376

VALIDADE
16/10/2025

1ª HABILITAÇÃO
04/05/2006

OBSERVAÇÕES



VALID

Naasson Carlos de Almeida

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
16/10/2020

Marcos Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO

ASSINATURA DO EMISSOR

54847550958
GO146047133

PROIBIDO PLASTIFICAR

213217139 8

GOIÁS

03889

CERTIFICADO

ONA EDUCARE

ISQua

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu em 04/04/2017

o **Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores**

realizado pela Organização Nacional de Acreditação com duração de 70 horas-aula.

São Paulo, 19 de Abril de 2017.

Dr. Arlindo de Almeida
Presidente da ONA

Shailiny Merlino
Gerente de Educação

03890

Entidades Fundadoras / Associadas:

abramge · CNS · FBH · FenaSaúde · CMB · Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · Unimed

Validade: **04/04/2019**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Campus Catalão

Resoluções: CNE/CES Nº 01, de 08/06/2007; CEPEC Nº 742, de 05/06/2005; CEPEC Nº 991, de 08/10/2010

Certificamos que **Naasson Carlos de Almeida** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Pessoas e Marketing**, ministrado pelo Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Goiânia, 29 de novembro de 2012

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr Manoel Rodrigues Chaves
Diretor de Unidade

Naasson Carlos de Almeida
Concluinte

UFG

16820

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO

Curso de Especialização em Gestão de Pessoas e Marketing

Nome: Naasson Carlos de Almeida **CPF:** 016.623.201-75 **Data de Nascimento:** 15/06/1987

Legenda situação: AP: Aprovado; AD: Aproveitamento de disciplina; RM: Reprovado por média; RF: Reprovado por falta

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação.
Educação Estratégica nas Organizações: Novas Perspectivas em Gestão	0	24	24	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	9,30	100%	AP
Evolução das Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,70	100%	AP
Fundamentos Marketing - Conquistando e Mantendo Clientes	0	24	24	Profª. Ms. Luciana Carvalho	9,00	100%	AP
Gestão de Competência e Desempenho	0	32	32	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	9,00	100%	AP
Gestão de Pessoas: do Método Tradicional ao Modelo Por Competências	0	32	32	Prof. Ms. Serigne Ababacar Cisse Ba	7,00	90%	AP
Mapeamento, Identificação e Seleção de Talentos e Mercado de Trabalho Foco em Competência	0	24	24	Prof. Ms. Marcos Bueno	9,00	90%	AP
Marketing de Serviços	0	32	32	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	8,00	90%	AP
Marketing Estratégico	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Metodologia do Trabalho Científico	0	24	24	Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira	10,00	100%	AP
O Coaching Como Ferramenta de Gestão Por Competências	0	24	24	Profª. Ms. Natércia Guimarães Gomide	9,50	100%	AP
Pesquisa de Marketing	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Psicologia, Trabalho e Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	8,00	95%	AP
Remuneração Por Competência	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,00	90%	AP
Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas Com Ênfase em Competências	0	24	24	Prof. Ms. Janduhy Camilo Passos	9,20	100%	AP

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 360 horas. Período: 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Título da monografia: A Comunicação Interna e Sua Importância para a Organização.

Data de aprovação: 20 de junho de 2012. Avaliação : 8,50

Orientador: Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira

Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira
Coordenador de Curso

MEC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Certificado registrado sob nº. 7587 Data do registro: 29/11/2012

Expedido em 29 de novembro de 2012.

José Vitorino Vieira
Coordenador de Expedição e Registro de Diplomas

Confere:

VISTO: Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

26820

056879

Associação Catalana de Educação
Centro de Ensino Superior de Catalão

CESUC

(Curso reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1.111 de 16/07/1992 - D.O.U. 17/07/1992.)
(Renovado o reconhecimento pela Portaria Ministerial nº 2.247 de 24/06/2005 - D.O.U. 27/06/2005.)

O Diretor do Centro de Ensino Superior de Catalão, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **Administração**, **Bacharelado** no **1º** semestre do ano de **2010** e a colação de grau em **19/08/2010**, confere o grau de **Bacharel em Administração** a **Naasson Carlos de Almeida**, brasileiro, nascido em 15/06/1987 em Catalão - GO, cédula de identidade 4768779 - DGPC/GO; expede-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Catalão/GO, 10 de setembro de 2010.

Naasson Carlos de Almeida
Diplomado

Prof. Paulo Antônio Lima
Diretor

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

26820

Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC

Secretaria Geral

Diplomado(a): **Naasson Carlos de Almeida**
Diploma registrado sob nº **3060**
No Livro **17** pág **030 - V**
Processo **63.820**
Código **CGB63.820-10**
Em **10/09/2010**

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

MEC

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS
GERÊNCIA DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Diploma Registrado sob o nº 77710, em 04 de janeiro de 2011.
Processo nº 23070.026749/2010-39, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional).

Goiânia, 04 de janeiro de 2011.

Confere: Elen Kelrim Borges Pinho
Gerente de Registro de Diplomas em exercício

Visto: Profª. Drª. Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Departamento de Assuntos Acadêmicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DIVISÃO DE REGISTRO ACADÊMICO - DAA -
GOIÂNIA

063820

EMISSÃO DIGITAL DE CERTIDÃO DE CONCLUSÃO HISTÓRICO ESCOLAR DE ESPECIALIZAÇÃO

A Secretaria Geral de Gestão Acadêmica do **Centro Universitário Internacional UNINTER** expede para o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, a CERTIDÃO DE CONCLUSÃO e HISTÓRICO ESCOLAR do curso **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

A Certidão de Conclusão e o Histórico Escolar foram emitidos digitalmente amparados pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC. A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento. .

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - Km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

03895

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, concluiu no dia 27/02/2018 o curso de **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, ofertado pelo **Centro Universitário Internacional UNINTER**, credenciado pela Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016.

O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

O presente documento foi emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

ESTE DOCUMENTO E EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

038996

HISTÓRICO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA - GO
Credenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016

DADOS SOBRE O CURSO

Curso: Pós-Graduação *lato sensu* **Área:** SAÚDE
Especialização em: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR
Início da Turma: 04/07/2016 **Término**: 27/02/2018
O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resoluação CNE/CES nº 01 de 08/06/2007

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Aprovação por média: para resultados de notas de 70 a 100 na primeira fase de avaliação.
Aprovação por exame: para resultados de notas de 50 a 100 na primeira fase de avaliação.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo): A GESTÃO DE PESSOAS NA PRÁTICA: UMA PESQUISA REALIZADA COM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE CATALÃO, GOIÁS
Nota: 89

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Histórico Escolar emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

03897

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

COMPONENTES CURRICULARES

Disciplinas	C.H.	Média	Resultado	Professor	Titulação
Gestão de Suprimentos Hospitalares	30h	100	APR.MÉDIA	RONALD GIELOW	Mestrado
Gestão Financeira e Custos Hospitalares	30h	70	APR.MÉDIA	PAULO MURO BARBOSA	Mestrado
Auditoria Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Metodologia Científica	30h	90	APR.MÉDIA	ANDERSON NOVELLO	Mestrado
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	30h	70	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Sistema de Informação para Gestão Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Meio Ambiente e Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	RODRIGO DE CASSIO DA SILVA	Doutorado
Hotelaria Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Marketing Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JULIO CELESTINO PEDRON ROMANI	Mestrado
Epidemiologia	30h	60	APR.EXAME	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	30h	90	APR.MÉDIA	ELIANA MARA FORTUNATO DE LUCENA REYNALDO	Mestrado
Bioética em Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Trabalho de Conclusão de Curso	30h	89	APR.MÉDIA	-	-

Grade: Grade 2015 03 **Carga Horária Cursada:** 450h **Carga Horária do Curso:** 450h

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

Informamos que a validação da veracidade da emissão deste documento pode ser realizada através do site: http://www.grupouninter.com.br/documentosdigitais.
Documento emitido às 09:42:26 do dia 28/02/2018.
Código de Validação / Controle do documento: 4233039

03898

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do ti tular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

03899

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

03901

03902

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-GO

CERTIDÃO
Diretor Técnico

Certifico, para os devidos fins, que o estabelecimento INSTITUTO CEM, Nome Fantasia INSTITUTO CEM, CNPJ 12.053.184/0001-37, Registro Nº 0004898-GO, sito à AV DEP J CECÍLIO N 2496 SL 26-A ED N B STYLE JARDIM GOIÁS, na cidade de Goiânia - GO, funciona sob a direção técnica do(a) Dr(a). LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL, inscrito sob o CRM nº 0006973-GO.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Conselho Regional de Medicina do Est. Go. CREMEGO
Carla Silva de Matos
Aux. Administrativo

Goiânia, 06 de dezembro de 2018

03903

Hemolabor

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **Luis Henrique Ribeiro Gabriel**, inscrito no CPF sob o nº 377.514.091-34, RG: 1586554 SSP-GO, **CRM/GO nº 6973**, sócio proprietário e Diretor Hospitalar do **Hemolabor - Hematologia E Laboratório De Pesquisas Clínicas Ltda - CNPJ sob nº 00.418.954/0001-19** com endereço na R 5A, 90, Setor Aeroporto, Goiânia/GO - CEP 74075210, detém a **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** como Diretor Hospitalar, médico hematologista com título de especialista em patologia clínica pela sociedade brasileira de patologia do Rio de Janeiro, pós-graduado pelo Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte no serviço de hematologia e exercendo suas funções na clínica de medicina interna.

Registra-se que o **HEMOLABOR** possui 34 leitos para atendimento e cirurgia Ambulatorial, 08 apartamentos, 08 enfermarias e 30 poltronas para prestação de serviço em quimioterapia e farmácia hospitalar, Gerenciamento de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, serviços de consultas clínicas médicas, conta com 15 consultórios médicos. No banco de sangue comporta-se com dez poltronas com média de mil e quinhentas doações mês, para atendimento de aproximadamente quarenta e duas instituições hospitalares, atividades de atendimento hospitalar de média e alta complexidade, com prestação de serviço em hematologia, oncohematologia, hemoterapia, hematologia pediátrica, oncologia clínica, cirúrgica, pediatra, serviços ambulatoriais, enfermaria e Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial.

Atestamos ainda, que realiza todas as atividades hospitalares acima descritas desde Outubro de 1994 até a presente data.

Goiânia, 02 de setembro de 2019.

Augusto Ribeiro Gabriel
CRM 7525

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
Reconheço por **SEMELHANÇA** a(s) assinatura(s) de:
AUGUSTO RIBEIRO GABRIEL
posto que analoga à(s) constante(s) de nosso arquivo.
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Selo Digital nº: 00771912195659009460802
Dou fé. Em Testemunho _____ da Verdade.
Goiânia-GO, 20 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
AA002314

U3904

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIAS
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

CRM/UF
006973/GO

FILIAÇÃO
ELIAS AUGUSTO GABRIEL
TEREZINHA DA PIEDADE R.GABRIEL

DATA DE INSCRIÇÃO
28/10/1994

VIA
1

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
377.514.091-34

RG - ORGÃO EMISSOR
1586564/SSP-GO

TÍTULO DE ELEITOR
040253851015

SEÇÃO
245

ZONA
127

DATA DE NASCIMENTO
17/05/1966

NATURALIDADE
RIO DE JANEIRO-RJ

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
GOIÂNIA, 09/10/2012

0048481

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

ESTA CÉDULA PARA ULTRAPASSAR FRONTEIRAS

03905

Escola de Medicina da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Reconhecida pela Portaria Federal-Decreto nº 75.696, de 01/05/75

O Diretor da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 19 de dezembro de 1991, confere o título de

Médico a

Luis Henrique Ribeiro Gabriel

brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro nascido a 17 de maio de 1966, filho de Elias Augusto Gabriel e de Terezinha da Piedade Ribeiro Gabriel

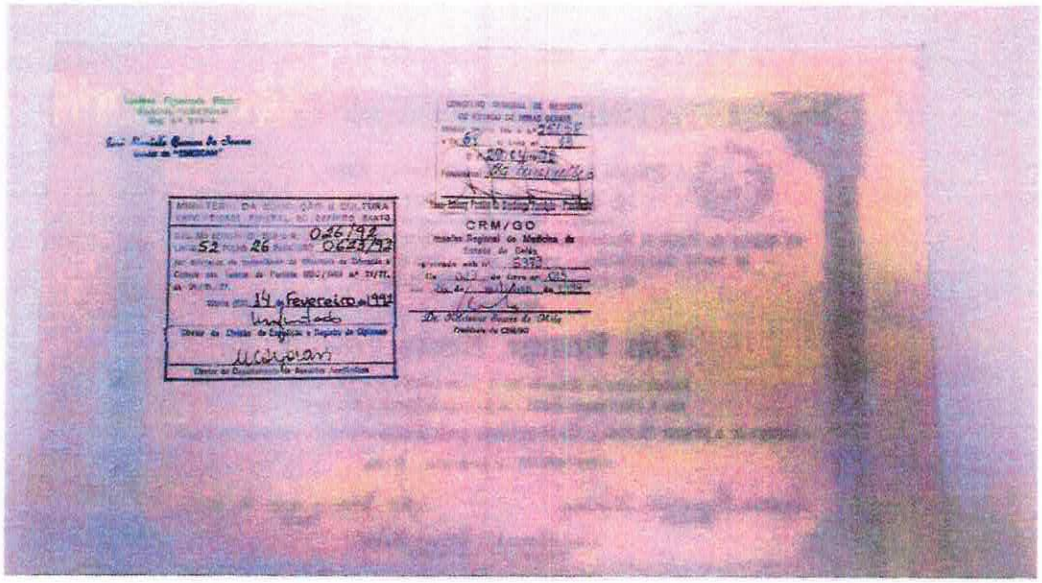
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Vitória-ES, 06 de fevereiro de 1992

Luciana Siqueira Ribeiro
Secretário

Luiz Henrique Ribeiro Gabriel
Diplomado C.I. 1.580.554-GO

Luiz Henrique Lima de Souza
Diretor



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
DEPARTAMENTO DE ENSINO SUPERIOR
026/92
52 26 0623/92
14 de fevereiro de 1992
Diretor da Divisão de Expedição e Registro de Diplomas

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CRM/GO
Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
5373

03906

certificado
A Organização Nacional de Acreditação certifica ola
HEMOLABOR UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA
CNPJ: 00.418.954/0007-04
foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma para acreditação de serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) o Certificado de
ACREDITADO COM EXCELÊNCIA
São Paulo, 10 de janeiro de 2019
ACREDITADO COM EXCELÊNCIA
ONA
ONA
IQG
CNS
FBH
FenaSaúde
CMB
Unimed

003907

03908

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
DA
FUNDAÇÃO FELICE ROSSO

Confere ao Sr. DR.LUIZ HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Certificado

de Conclusão do Curso de Pós-Graduação no Serviço de HEMATOLOGIA, do Hospital' Felício Rocho no período de 15.12.92 á 30.09.94, sob orientação e cuidados do Dr.Romeu Ibrahim de Carvalho.

Belo Horizonte, 11 de setembro de 1997.

PRESIDENTE DA DIRETORIA — DIRETOR CLÍNICO — Chefe de Serviço

Rubens Resende Neves — Dr.Clementino P.M.Procópio — Dr.Romeu Ibrahim de Carvalho

03908

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
DA
FUNDAÇÃO FELICE ROSSO

Confere ao Sr. DR. LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Certificado

de Conclusão em pós graduação, realizado no HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, no período de 16.Dezembro. 1991 a 16.Dezembro. 1992, exercendo suas funções na Clínica de Medicina Interna, sob orientação do Dr. José Olinto Pimenta de Figueredo.

Belo Horizonte, 16. Dezembro. 1992.

PRESIDENTE DA DIRETORIA
Dr. Rubens Resende Neves

DIRETOR CLÍNICO
Dr. Clementino P.M.Procópio

Dr. José Olinto P. Figueredo
Chefe da Cl.Medicina Interna

03909

03919

SBPC
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PATOLOGIA CLÍNICA

AMB
ASSOCIAÇÃO MEDICA
BRASILEIRA

TÍTULO DE ESPECIALISTA

Ao Médico LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL é conferido

o TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA.

Rio de Janeiro, 12 de agosto de 1996

Soc. Geral da A.M.B.
Dr. Luiz Karpovas

Presidente da A.M.B.
Dr. Antonio Celso Nunes Nasif

Soc. Geral da SBPC

Presidente da SBPC

Serviço Público Federal

7289

MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, DO COMÉRCIO E DO TURISMO

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL

CERTIFICADO

Conferimos a Luis Henrique Ribeiro Gabriel, por sua participação, no "II Seminário sobre Implantação da Qualidade, Auditoria e Credenciamento de Laboratórios Clínicos e I Curso de Formação de Auditores Internos de Laboratórios Clínicos e de Patologia", promovido pelo INMETRO/CTLE-04, nos dias 28, 29 e 30 de março de 1996, com carga horária de 24(vinte e quatro) horas.

Maria Emília Goulart de Araújo
Chefe
Serviço de Desenvolvimento de Recursos Humanos - SEDER

Wilso[illegible] de Oliveira
Diretoria de [illegible] Qualidade e Pro[illegible]

Erlo Roth
Coordenador

03911

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

C E R T I F I C A D O

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO, de acordo com a Resolução C.F.M Nº 1288/89, certifica que registrou no livro nº 8 às folhas 2585 sob o nº 2585 , a qualificação do(a) médico(a) LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL - CRM 6973 , na especialidade de PATOLOGIA CLINICA

Goiânia(GO), 04 de novembro de 1996.

Dr. Raimundo Nonato Leite Pinto
Presidente
Presidente

Dr. José Alberto Cavalcanti
1º. Secretário
Secretário

SETOR BUENO - FONE: 285-4944 - FAX: 285-1912 - CAIXA POSTAL: 133 - CEP 74210-040 - GOIÂNIA - GO.

03912

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

30/9/2021
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA : 08/2021

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 9/12/2010 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /08/2021

Nome:			CNES:	CNPJ:
HEMOLABOR UNIDADE ONCO HEMATOLOGICA			6659012	00418954000704
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
HEMOLABOR HEMATOLOGIA E LAB DE PESQUISAS CLINICAS LTDA			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
AVENIDA L			84	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
QD 9A LT 01 02	SETOR AEROPORTO	74075030	GOIANIA	GO
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL ESPECIALIZADO	sem sub tipo	MUNICIPAL	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**6**
Outros	**8**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PUBLICO
AMBULATORIAL	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
INTERNACAO	PARTICULAR
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CLÍNICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
HEMATOLOGIA	15	0
CLINICA GERAL	15	0
ONCOLOGIA	16	0

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	5	0

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	NÃO

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BOMBA DE INFUSAO	53	53	NÃO
DESFIBRILADOR	2	2	NÃO

0103913

MONITOR DE ECG	1	1	NÃO
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	4	4	NÃO
RESPIRADOR/VENTILADOR	2	2	NÃO

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	5	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	TERCEIRIZADO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

05914

132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO

03916

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

CRM Nº: 6973

Assinatura: Luis H R Gabriel

03917

03918

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

003919

03920

Dados Pessoais

Nome: Karla Azeredo Ramos de Castro
Data de Nascimento: 11/09/1966 **Sexo:** Feminino
Idade: 53 **Estado Civil:** Casada
Telefone: (62) 99955-7070
Endereço: Av. Pedro Álvares Cabral
E-mail: Qd.162A Lt 03 Condomínio Park Jaó
Bairro: Jaó
Cidade: Goiânia - GO / Brasil **CEP: 74674-080**

Dados Complementares

Cidade de Nascimento: Goiânia
Estado de Nascimento: GO
RG: 1615420 **Orgão:** SSP
Emissão UF: GO

Graduada em Ciências Contábeis pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Especialista em Gestão de Empresas pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Realizou cursos de Especialização em Gestão de Emergência no SUS, Administração Hospitalar e Liderança, além de outros cursos de qualificação profissional. Atualmente é gestora da governança hospitalar, atuante no Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo.

FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

1986 – 1992: Graduação no Curso de Ciências Contábeis. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC
-GO, Goiânia, Brasil.

2002 – 2004: Especialização em Gestão de Empresas. Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO,Goiânia, Brasil.

2011 – 2013: Especialização Gestão de Emergência no SUS. Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil.

2013 – 2014: Pós Graduação em Administração Hospitalar. Faculdade Padrão, Goiânia, Brasil.

2019 – 2020: Liderança. IPOG, Goiânia, Brasil.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

03921

2004 – 2012: Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Orçamento PúblicoCargo: Analista Orçamentário
Principais atividades: indicação de recursos, análise de processos, verificação de fontes pagadoras.

Hospital de Urgências de Goiânia

Cargo: **Assessora da Diretoria Administrativa**
Principais atividades: redação oficial, controle de processos administrativos, gerenciamento administrativo.

Cargo: **Gestora do Departamento Financeiro**
Principais atividades: compras e abastecimento, controle orçamentário (observando o Orçamento Público).

Cargo: **Gestora da Divisão de Manutenção Predial de Equipamentos**
Principais atividades: Gerenciamento da manutenção do prédio, instalações e equipamentos; acompanhamento dos contratos de empresas que fazem manutenção da Unidade.

Cargo: **Gestora do Departamento de Recursos Humanos**
Principais atividades: criar mecanismos de motivação em toda a esfera de funcionários, objetivando a excelência na prestação de serviço e satisfação do cliente interno e externo.

Cargo: **Gestora do Fundo Rotativo**
Principais atividades: responsável pelo abastecimento na Unidade, e o orçamento público e finanças da mesma.

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /SES- GO**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos (prestação de serviços), Fundo Rotativo, Faturamento, dentre outros.

2012 – 2014: Instituto de Gestão em Saúde - Gerir

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /Gerir- OS**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros.

2013 – 2021: CRER Centro de reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo

Cargo: Gestora Administrativa do Setor de Diagnóstico e Ambulatorial
Responsável por todo o bom acompanhamento/ controle de todos os processos administrativos existentes, sejam eles de contrato, apoio a política de desenvolvimento de atividades do serviço de imagem, responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado

03922

esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades do setor.

2021 – 2021: HMAP Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (6 meses)
Cargo: **Diretora Administrativa Operacional**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros. responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades dos setores, Contribuir parafomento de projetos consubstanciados na prática organizacional.

2021- Ataulmente - Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo

Cargo: Gerente da Governância Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Auxiliar na garantia das condições para a adequada higienização, limpeza e segurança da instituição, bem como prestar assistência na avaliação do nível de satisfação dos clientes, visando manter um ambiente agradável e seguro e manter os controles administrativos e indicadores da área, e sempre em atendimento o que preconiza em normas regulamentadoras, leis, decretos. Responde pelos setores: Diagnóstico, Higienização, Restaurante hospitalar, Engenharia Clinica e Predial, Recepção e Vigilância e Lavanderia.

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1995-1996: Instrumentação Cirúrgica. Serviço Social do Comércio, SESC, Goiânia, Brasil.

2011 – 2011: Excelência em Gestão Pública. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2012 – 2012: Formação em Liderança. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2013 – 2013: Negociação de Conflitos. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

2018 – 2018: Como Ser Um Bom Líder. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

03923

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matrícula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência.

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

039240

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU

DE **B A C H A R E L** CONFERIDO EM 18 DE M A R Ç O 1993 A

K A R L A A Z E R E D O R A M O S D E C A S T R O

NATURAL DE GOIÂNIA — ESTADO DE GOIÁS — BRASIL — C.I. Nº 1.615.420 — SSP/GO

NASCIDA A 11 DE SETEMBRO DE 1966, POR TER CONCLUÍDO O CURSO DE **C I Ê N C I A S**

C O N T Á B E I S — RECONHECIDO PELO DECRETO Nº 38.044 DE 10/10/1955

EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

VERITAS

IN SCIENTIA ET FIDE

GOIÂNIA, 30 DE A G O S T O DE 1993

REITOR

VICE-REITOR P/ ASSUNTOS ACADÊMICOS

DIPLOMADO

37690

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

UNIVERSO

Reconhecida pela portaria Ministerial nº 1283 de 08/09/93 Publicada pelo D O U de 09/09/93

POS-GRADUAÇÃO LATO - SENSU

HISTÓRICO / CERTIFICADO

DADOS DO ALUNO

MATRÍCULA 0010601039 NOME KARLA AZEREDO R. DE CASTRO

DATA NASC. 11/09/66 LOCAL (D) NACIONALIDADE BRASILEIRA

CART. IDENT. 971427 ÓRGÃO EMISSOR SSP DF

FILIAÇÃO NADIA ALBERTO A. RAMOS TANIA AZEREDO A. RAMOS

GRADUAÇÃO BACHAREL EM CIENCIAS CONTABEIS

ANO 1993 IES UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIAS

HISTÓRICO DO CURSO

CURSO GER. EMPRESARIAL

BASE LEGAL PAR 11 2000 CONSEPE RES 14 2001 CONSUN

REGISTRO NA UNIVERSIDADE 982544 LIVRO 01 FOLHA 43 DATA 05/12/01

03926

DISCIPLINAS

NÚMERO	NOME	FREQUÊNCIA	MÉDIA	C.H.
0042	AS TEORIAS ADM.NO CONT.DAS ORG.MODERNAS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8,5	60
0043	GERENCIA POR OBJETIVOS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8,5	60
0008	METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8,4	60
0018	METODOS E TECNICAS DE ESTUDO E PESQUISA MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8,4	60
0044	SISTEMAS ADMINISTRATIVOS MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9,5	90
0045	CONTABILIDADE APLICADA A ADMINISTRACAO MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9,5	60
0046	ORG.E METODOS DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,0	90
0047	ANALISE ECONOMICA-FINANCEIRA CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,0	90
0048	PLANEJAMENTO E ORCAMENTO EMPRESRIAL CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,5	90
0049	GERENCIA DE CONTROLE FINANCEIRO CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,5	60
0999	MONOGRAFIA A COMUNICACAO EMPRESARIAL E CLIENTE: O QUE FAZER PARA CONQUISTA-LO E MANTE-LO		10,0	

MÉDIA FINAL 9,1 TOTAL DE CARGA HORÁRIA 740

CERTIFICADO

O Reitor da **UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA - UNIVERSO**, no uso de suas atribuições, confere o presente CERTIFICADO de especialização a KARLA AZEREDO R. DE CASTRO por ter concluído com aproveitamento o CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO LATO - SENSU em GERENCIA EMPRESARIAL

REITOR
Marlene Salgado de Oliveira
Reitora

PRÓ-REITOR
Profª. JAÍNA DOS SANTOS MELLO FERREIRA
Pró-Reitora Acadêmica

COORDENADOR
Prof. Dustran Machado R. Júnior
Diretor Geral
UNIVERSO - Goiânia

PARTICIPANTE

SECRETÁRIA
Vânia da Costa Martins
Secretária Geral

ESTE DOCUMENTO SÓ É VÁLIDO SEM RASURAS E COM ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matricula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

03927

ENAP Escola Nacional de Administração Pública

Certificado

A Escola Nacional de Administração Pública - ENAP e a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás - SECTEC, certificam que

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

concluiu o curso **Melhoria da Gerência Pública,** realizado no período de 17/11/2009 a 30/11/2009, com carga horária de 40 (quarenta) horas, promovido pela ENAP em cooperação técnica nos termos do Convênio MTE/SPPE nº 011/2001 - ENAP.

Brasília, DF, 07 de dezembro de 2009

Helena Kerr do Amaral
Presidente da ENAP

Joel Sant' Anna Braga Filho
Secretário de Estado
Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás

ENAP
026928

PROADI-SUS SUS Ministério da Saúde Governo Federal HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

Karla Azeredo Ramos de Castro

CPF nº 397.407.901-78 concluiu, conforme disposições do verso, o curso de **Pós-graduação Lato Sensu "Gestão de Emergências no SUS - GES"**, no período de 06 de junho de 2013 a 20 de março de 2014.

São Paulo, 30 de outubro de 2014.

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Superintendente de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Gilson Caleman
Coordenador do Curso

Karla Azeredo Ramos de Castro
Discente

069029

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação e a pedido da parte interessada, que KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO, portadora do CPF 397.407.901-78, prestou serviços nesta Unidade Hospitalar, vinculada ao quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, sob os seguintes vínculos e datas como segue:

Vinculo	*Periodo*	*Lotação*
Comissionado	*01/08/2006 à 01/08/2011*	*Chefe DRH no período de 01/07/2009 a 31/07/2010 – Chefe Dep. Financeiro no período de 01/08/2010 a 25/11/2010 – e Diretora Administrativa a partir de 26/11/2010*
Comissionado	*01/12/2011 à 31/05/2012*	*Diretora Administrativa*
GERIR	*01/06/2012 à 21/01/2014*	*Diretora Administrativa*

Declaramos ainda, que não consta em nossos registros, nada que desabone sua conduta profissional.

Por ser verdade firmamos a presente.

Divisão de Administração de Pessoal do Hospital de Urgências de Goiânia, aos 07 dias de abril de 2014.

14.963.977/0001-19
Instituto de Gestão em Saúde - IGES
Rua 69 N° 526 Q 1-20 Lt 08
Setor Sul
CEP 74.093-140
GOIÂNIA-GO

Erica Cândida Gonçalves
Administração de Pessoal

03930

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Karla Azeredo Ramos de Castro

RG: 1615420 - SSP-GO

CPF: 397.407.901-78

Assinatura:_____

03931

03932

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

ROBERTO ZOTA

03933

03934

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
ROBERTO ZONTA

CRM/UF
014641/GO

FILIAÇÃO
ARISTIDES ZONTA

IVANIR CAVALHEIRO ZONTA

DATA DE INSCRIÇÃO
09/03/2010

VIA
1

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
653.623.601-91

RG / ÓRGÃO EMISSOR
0703832-1/SSP-MT

TÍTULO DE ELEITOR
019314221813

SEÇÃO
0013

ZONA
001

DATA DE NASCIMENTO
01/02/1980

NATURALIDADE
ITAÚBA-MT

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
GOIÂNIA,03/07/2015

0168996

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

03935

32058-3622-1501

Registro: Nº 016420

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA "GABRIEL RENÉ MORENO"
Santa Cruz – Bolivia
Alfredo Jaldín Farell
RECTOR

Por cuanto:

Roberto Zonta

Nacido(a) el 01 / 02 / 1980 en Brasil, con cédula de identidad Nº CP 400267-EXT y registro universitario Nº 200053043, ha cumplido satisfactoriamente con todos los requisitos establecidos en el Plan de Estudios, así como las pruebas de evaluación y graduación exigidas por el ordenamiento académico de la Universidad, para obtener el ***GRADO ACADÉMICO*** *de:*

Médico Cirujano

Por tanto:

En nombre de la Universidad y con la facultad que le confieren los artículos 185 y 186 de la Constitución Política del Estado, se le otorga el presente ***DIPLOMA****, como público testimonio de su idoneidad profesional.*

Firmado, sellado con el Gran Sello de la Universidad, refrendado por el Decano de la Facultad Ciencias de la Salud Humana y el Secretario General, en Santa Cruz de la Sierra, a los 27 días del mes de febrero del año dos mil ocho

Lic. Edy Acosta Claros
SECRETARIO GENERAL

Dr. Hugo Barrios K.
DECANO
Facultad Ciencias de la Salud Humana
U.A.G.R.M.

Lic. Alfredo Jaldín Farell
RECTOR

U3936

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA "GABRIEL RENE MORENO"

Libro No. 01 Fs. No. 30

Registro 0016420

Resolución 0016420

Fecha de Resolución 27/02/2008

Santa Cruz, 27/02/2008

CONSTE

Abog. Doris Allerding V.
JEFE DPTO. TITULOS
U.A.G.R.M.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PRO-REITORIA DE ENSINO
CONTROLE ACADÊMICO
REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

Registrado sob nº 441 do Livro 02, Fls. 442 com base no artigo 48, § 2º da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.
Processo nº 23096.012490/2007-[illegible]
Campina Grande, 23 / 01 / 2008

Eximar Patrício
Portaria nº 002/2002

Vicemário Simões
PRO-REITOR

Cnl. Vladimir Ferraz Alvarez
Director General
de Coordinación Regional
Ministério de Relaciones Exteriores y Cultos

CONSULADO-GERAL DO BRASIL
em Santa Cruz de la Sierra

"Reconheço verdadeira, por semelhança, a assinatura, nesta folha e no(s) documento(s) com ela(s) apresentado(s), de [illegible] Alvarez - Director General de Coordinación Regional de Relaciones Exteriores y Cultos e [illegible] - Cónsul". Dou fé. Santa Cruz de la Sierra, 07 de Maio de 2008. Em testemunho [illegible] a presente e fiz selar com o selo deste Consulado-Geral. Dispensado o legalização da assinatura consular de acordo com o artigo 2º, do Decreto 84451, de 31/01/80.

Em 07 / 05 / 2008 -

Lygia Maria Caldeira
Vice-Cônsul

Passou hoje [illegible] anos
Nada deve
Nada pede
Pagou [illegible] de Taxas

ESTUDANTE - CONVÊNIO

As assinaturas originais dos vice-cônsules do Brasil em documentos de qualquer tipo, tem validade em todo o território nacional, ficando dispensado sua legalização (Decreto Nº 84.451 - Art. 2º)

"A presente autenticação não implica a aceitação do teor do documento."

TRADUÇÃO Nº 151/087
Haroldo Cristovam Leite

Haroldo Cristovam Leite
Tradutor Juramentado
Port. nº 001, de 11/01/88
DOE de 4/2/88, de 31/01/88

TRADUÇÃO Nº 151/087
Haroldo Cristovam Leite

03937

CREMEGO

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Nesta data, o presente diploma do(a) Dr. ROBERTO ZONTA foi registrado sob o nº 14641 de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Goiânia, 09/03/2010

Dr. Salomão Rodrigues Filho
Presidente

Nº 006117

03938

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS** instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 124.40420.34-6

NÚMERO: 4154970 | SÉRIE: 003-0 | UF: GO

Roberto Bonfim

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

03939

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ROBERTO ZONTA

FILIAÇÃO.....: ARISTIDES ZONTA
IVANIR CAVALHEIRO ZONTA

NASCIMENTO....: 01/02/1980 **SEXO:** MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ITAÚBA - MT

DOCUMENTO.....: R.G. 07038321 SEJSP MT 10/02/2009

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 853.623.601-91 **CNH:**

TIT. ELEITOR: **SEÇÃO:** **ZONA:**

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 12/03/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

03940

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE	HEMOFILIA
	☐ SIM ☒ NÃO	☐ SIM ☒ NÃO

ALERGIAS
☐ SIM
☒ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993)
☒ SIM
☐ NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
07351	0005	MT	16/02/94

Osvaldo Pereira Goncelos
Mat. 260522
160310

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
			/ /

DATA DO ANOTADO / / ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
			/ /

DATA DA ANOTAÇÃO / / ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
			/ /

DATA DA ANOTAÇÃO / / ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: HOSPITAL LÚCIO REBELO LTDA
CNPJ: 00.424.372/0001-06
CGC/CPF Nº:
ENDEREÇO: Av. Edmundo Pinheiro de Abreu, 451
Setor Bela Vista
MUNICÍPIO: Goiânia-GO UF: GO
ESP. DO ESTABELECIMENTO: Atendimento Hospitalar
CARGO: Médico
CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 07 DE: maio DE: 2013
REGISTRO Nº: 2627-1 FLS. / FICHA:
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 3.000,00 (três mil reais)
por mês

Hospital Lúcio Rebelo Ltda.

DATA DE SAÍDA: DE: DE:
ASS. DO EMPREGADOR OU SEU REPRESENTANTE
1ª: 2ª:

COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:

03941

CONTRATO DE TRABALHO

14.963.977/0001-19

EMPREGADOR: INSTITUTO DE GESTÃO EM SAUDE

CGC/CPF/CEI: Rua 89 nº 526 Qd.F29 Lt.56

ENDEREÇO: Setor Sul

CEP: 74.093-140

MUNICÍPIO: GOIÂNIA-GO UF:

ESP. DO ESTABELECIMENTO:

CARGO: Medico Clinico Geral

CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 05 DE: Julho DE: 2014

REGISTRO Nº: FLS. / RICHA:

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 1.955,28 (Dois mil novecentos e cinquenta e cinco reais vinte e oito centavos) por mês

Instituto de Gestão em Saude - IGES

DATA DE SAÍDA: 22 DE: Setembro DE: 2019

Thadeu Grembecki
Diretor Administrativo

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

08

Vide transferência pg 24, 11 e 26

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO

CNPJ: 05.029.600/0003-58

Endereço: AV. ANHANGUERA, Nº 14.527 - SETOR SANTOS DUMONT

Município: GOIANIA UF: GOIAS

Esp. Do Estabelecimento: HOSPITALAR

Cargo: MÉDICO(A)

Data de Admissão: 01 DE JULHO DE 2015

Ficha Registro Nº: 005796

Remuneração Especificada: R$ 8.871,66 (OITO MIL OITOCENTOS E SETENTA E UM REAIS E SESSENTA E SEIS CENTAVOS)

Assinatura do Empregador

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO (HUGOL)

DATA DE SAÍDA: DE: DE:

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

09

03942

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – Hospital Universitário da Universidade Federal de GOIÁS

CNPJ: 15.126.437/0026-00

Endereço: Primeira Avenida S/N, Setor Leste Universitário Goiânia – Goiás

Cargo: MÉDICO – 24 H
CBO: 225125

Data de admissão: 01 de março de 2021

Remuneração: R$ 8.984,81 (Oito mil, novecentos e oitenta e quatro reais e oitenta e um centavos)

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

1ª .....

DATA DE SAÍDA 14 DE 03 DE 2022

Adm. Marcia Yassuhaga Brito
Gerente Administrativa
HC-UFG/EBSERH

1ª .....

COM. DISPENSA CD Nº .....

FGTS Nº DA CONTA .....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR .....

CGC/CPF/CEI .....

ENDEREÇO .....

MUNICÍPIO ..... UF .....

ESP. DO ESTABELECIMENTO .....

CARGO ..... CBO Nº .....

DATA DE ADMISSÃO ..... DE ..... DE .....

REGISTRO Nº ..... FLS. / FICHA .....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA .....

1ª ..... 2ª .....

DATA DE SAÍDA ..... DE ..... DE .....

1ª ..... 2ª .....

COM. DISPENSA CD Nº .....

FGTS Nº DA CONTA .....

11

03943

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

"Referente ao contrato de trabalho da página 06:
O empregado foi transferido do CNPJ 14.963.977/0001-19 para o CNPJ 14.963.977/0010-00, na data de 01/01/2017, onde o número de registro, permanecera o mesmo, mantendo-se todos os direitos já adquiridos pelo trabalhador."

INSTITUTO GERIR

Carimbo e assinatura do empregador.

O portador da presente CTPS foi transferido em 16/08/2017 sem ônus para a empresa - 12 Instituto Gerir - HUTRIN -

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

Cont. CNPJ - 14.963.977/0006-23. Passando a exercer o cargo de Diretor Técnico percebendo salário contratual no valor de R$10.194,31.

INSTITUTO GERIR

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

Referente ao contrato de trabalho com o Instituto Gerir - Trindade:

O empregado (a) foi transferido do CNPJ 14.963.977/0006-23 para o CNPJ 12.053.184/0001-37, na data de 27/11/2018, mantendo-se todos os direitos já adquiridos pelo trabalhador.

Instituto CEM

Extinção do contrato em 22/09/19

Thadeu Grembecki
Diretor Administrativo

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

OPÇÃO 01/03/2021

RETRATAÇÃO ___/___/____

Banco Depositário: Caixa Econômica Federal
Agência: 0664-5
Praça: Brasília Estado: DF
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EBSERH

Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

O contrato da página nº 10 vigora em caráter temporário por 06 (seis) meses.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

03945

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

O contrato da página 20 da CTPS foi aditado, ficando prorrogado por mais 01 ano e 06 meses a contar de 01/09/2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.
Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

03946

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Roberto Zonta

RG: 07038321 - SEJSP-MT

CPF: 853.623.601-91

Assinatura:_____

03947

03948

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

AMADIS JOSÉ LOTRÁRIO

03950

ceop

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **CENTRO DE OLHOS DO PARÁ - M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI,** sediada a Rua Dr. Paes de Carvalho, no. 2985, Centro, Cidade de Castanhal, Estado do Pará, CEP: 68.743-060, com inscrição no C.N.P.J sob nº 08.080.995/0001-50, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, assessorando a diretoria em planejamento estratégico, de 04 de janeiro de 2016 a 31 de março de 2018, em nossas unidades das cidades de Belém, Castanhal e Barcarena, no estado do Pará, com média mensais de atendimentos de 3.150 consultas, 4.100 exames e 230 cirurgias, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Castanhal, 12 de agosto de 2019.

Cartório 1º Ofício de Notas e Registros de Imóveis Comarca Castanhal-PA

M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI
Dr. Marcelo Taveira dos Santos
CPF: 516.136.032-15

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Comarca de Castanhal - Estado do Pará - Brasil
Rua Senador Antonio Lemos, 595 - CEP: 68743-015
Tabeliã e Oficiala Luisa Helena Cardoso Chaves

Reconheço por SEMELHANÇA a (s) firma (s) de:
[EK1wPUP]--MARCELO TAVEIRA DOS SANTOS.....
.....
Castanhal, 14/08/2019. Em testemunho (+) da Verdade
JDCB - DANIELE PINTO DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:R$5,30 - Selo:R$ 0,45 - Total:R$5,75

1º Ofício de Notas Castanhal-PA

Tribunal de Justiça do Estado do Pará
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Série: H
Nº 024.066.821

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019.
ROBSON FERREIRA SANTOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981404490477
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513502

03951

SÃO LUCAS
HOSPITAL

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.,** sediada a Rua 4, no. 1335, Centro, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.465-539, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.534.437/0001-78, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, de **01 de Abril de 2011 a 30 de junho de 2013**, em nossa unidade, com 81 leitos de enfermaria, 11 leitos de UTI, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Goiânia, 23 de agosto de 2019.

ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.
RAFAEL HADDAD
CPF: 534.085.781-68

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981409490474
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513499

Rua 4, no. 1335, Setor Central, CEP: 74.465-539 – Goiânia – GO
Fone: (62) 3219-4500

HSN
HOSPITAL SÃO NICOLAU

GESTÃO OPERACIONAL
Rua Nilo Margon Vaz, 63 Catalão-GO
Tel: 64 3442-9200, 3442-9326

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO NICOLAU – CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.**, sediada a Rua Nilo Margon, 63, Centro, Cidade de Catalão, Estado de Goiás, CEP: 75.701-150, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.326.206/0001-79, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, negociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde e Fundo Municipal de Saúde para atendimentos do SUS – Sistema Único de Saúde.

Registramos que prestou serviços de Assessoria/Consultoria Administrativa, de **01 de março de 2017 a 31 de outubro de 2018**, em nossa unidade, com 56 leitos de enfermaria, 10 leitos de UTI Adulto, 04 leitos de UTI Neo Natal, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Hemodiálise, Laboratório de Análises Clínicas, Consultórios de especialidades, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Catalão, 23 de agosto de 2019.

Cartório 2º Ofício Catalão-GO (64) 3441-2503

William André Safatle
Diretor Presidente

CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.
WILLIAN ANDRÉ SAFATLE
CPF: 868.634.791-68

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019.
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981409490484
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA613509

03953

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/06/2021

CNES: 2442620 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU CNPJ: 01.326.206/0001-79

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO CIRURGICO DE CATALAO LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: NILO MARGON Número: 63 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 520510 - CATALAO UF: GO

CEP: 75701-150 Telefone: (64) 3442-9328 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 007

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clinico/Gerente/Administrador: NICOLAU ANDRE SAFATLE

Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 20/05/2021 Última atualização Nacional: 21/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	2	1
UTI ADULTO - TIPO II	9	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	11	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	0
ESPEC - CIRURGICO		

0395

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
BUCO MAXILO FACIAL	1	0
CARDIOLOGIA	2	1
CIRURGIA GERAL	5	3
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	1
GINECOLOGIA	2	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	2	1
OFTALMOLOGIA	2	1
PLASTICA	2	1
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	4	2
CLINICA GERAL	4	2
DERMATOLOGIA	1	0
GERIATRIA	2	0
HEMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	2	1
NEUROLOGIA	3	1
PNEUMOLOGIA	2	0

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	30	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
REABILITACAO	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	2	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

0356

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

AMADIS JOSÉ LOTRARIO

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 02 de Março de 2021.

AMADIS JOSÉ LOTRARIO
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

022.484

CERTIFICADO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: AMADIS JOSÉ LOTRARIO **Matrícula:** 3159677 **CPF:** 02996423801

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO / CURSO
Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA (SETOR OESTE) - GO
Ato de Credenciamento e Recredenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012 publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012, seção 1, p.23. Recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016 publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016, seção 1, p.24
Curso: GESTÃO HOSPITALAR **Carga Horária Total do Curso:** 360 hs
Nível do Curso: Especialização *Lato sensu* **Área do Curso:** SAÚDE E BEM-ESTAR
Início da Turma: 19/08/2019 **Término[1]:** 01/03/2021

REGULAMENTAÇÃO
Resolução em vigência: os cursos ministrados pela IES cumprem todas as disposições legais da Resolução do Conselho Nacional - CNE vigente na data de início da turma.
- Turma iniciada até Março/2001: Resolução CES nº 03 de 05/10/1999
- Turma iniciada até Maio/2007: Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001
Turma iniciada até Abril/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007
Turma iniciada a partir de Maio/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 06/04/2018

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Certificado registrado sob o n.º 2082399 no Livro Eletrônico de Registros da IES.
As assinaturas do Reitor no anverso e da Secretária Geral de Gestão Acadêmica no verso deste Certificado são mediante chancelas mecânicas registradas em Escritura Pública no 7º Tabelião/Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266
[1] Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas obrigatórias que compõem a grade curricular.

Curitiba, 02 de Março de 2021

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

03958

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: AMADIS JOSÉ LOTRARIO

RG: 17087248

CPF: 029.964.238-01

Assinatura:_____

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

MELINA MARIA SALES COSTA

03960

MELINA MARIA SALES COSTA

Bacharel em Fisioterapia - UNIP (Bolsista). Especialista em Acupuntura - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). Formação em Reeducação Postural Global - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). MBA Executivo Gestão em Saúde pela IPOG (cursando). Tem experiência e vivência em coordenação e treinamento de equipes de trabalho. Habilidades em trabalhar em equipe e gestão de pessoas.

Nome : Melina Maria Sales Costa
Endereço: R. Sergipe, Setor Urias Magalhães - Goiânia-Goiás
Natural de São Paulo - SP, solteira, 37 anos.
e-mail: costamelina21@gmail.com
Telefone: (62) 984046260

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2020 - 2021
Cargo Atual: Diretora - Geral de Unidade de Saúde Porte 2 - DAID-9 Empresa: CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR - CREMIC/SAIS/SES/GO

2018 - 2019
Cargo: Gerente
Empresa: Espaço AME - Clínica de Estética

2016 - 2018
Cargo: Gerente
Empresa: Ludmilla Rabelo Estética Avançada

2011 - 2014
Cargo: fisioterapeuta
Empresa: Lux Laser - Depilação a Laser

2007 - 2010
Cargo: Supervisora
Empresa: Motivação Qualidade de Vida e Bem Estar - Ginástica

Laboral. **CAPACITAÇÕES:**

- Gestão de Qualidade, Auditoria e Acreditação Hospitalar
- Ética no Serviço Público - Escola de Governo
- Defesa do Usuário e Simplificação - Enap
- Desenvolvendo Times de Alta Performance - Enap

03961

- Gestão Pessoal - Base da Liderança - Enap
- Redação Oficial - Escola de Governo
- Formação Básica de Licitações - Escola de Governo
- SEI! Básico e Avançado - Escola de Governo
- Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, reiki, terapias com florais, auriculoterapia, aromaterapia, plantas medicinais.

CAPACITAÇÕES EM DERMATOFUNCIONAL:

- Treinamento aplicação de laser de epilação pela empresa Ibtlaser - 2019 - Manejo Fisioterapêutico nas complicações pós operatórias de cirurgias plásticas, Instituto Celulare, 2019
- Fibrose Zero, Angela Lange - 2019
- Moblização Tecidual Superficial e Taping em pré, intra e pós operatório, Juliana Botti, 2018
- Gerenciamento em estética pela, UEG 2017
- Procedimentos de skinbooster, técnicas de dermosustentação, lipoenzimática de papada, toxina botulinica e preenchimento com ácido hialuronico, Refference Treinamentos 2017 - Curso de capacitação técnica no Método Priscila Palazzo de criolipólise e técnicas associadas 2016
- Curso de capacitação em Biossegurança em Estética pela UEG 2015 - Curso de capacitação e técnicas dermato funcional corporal e facial - Carlos Ruiz - 2012 - Curso de capacitação em aplicação de laser em epilação pela Ibt lasers - 2011

03962

Art. 9º Os Distritos Judiciários de Heitoraí e Morro Agudo de Goiás ficam transferidos das Comarcas de Itaberaí e Rubiataba, respectivamente, para a Comarca de Itapuranga.

Art. 10. Fica a Comarca de Itapuranga elevada à entrância intermediária.

§ 1º Os cargos de Juiz de Direito que se encontram providos na Comarca, somente serão reclassificados como de Comarca de entrância intermediária à medida que ficarem vagos.

§ 2º Os magistrados atualmente titularizados na Comarca de Itapuranga, quando promovidos à entrância intermediária, poderão exercer opção para que a promoção se efetive na respectiva unidade judiciária no prazo de 5 (cinco) dias, contados da data da publicação do ato respectivo.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190384

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010022791,

RESOLVE:

Exonerar ANA PAULA RIBEIRO ZENHA, CPF/ME nº 005.247.171-33, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, para exercê-lo. Fica condicionada a eficácia ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190385

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000036006793,

RESOLVE:

I - exonerar do cargo de provimento em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes, os que nelas se acham investidos, e nomear a indicada a seguir, para exercê-lo:

No DE ORDEM	EXONERAR	NOMEAR
1	RUTIANE LEMOS DE OLIVEIRA CPF/ME no 009.673.691-77	MEGGIE SADDI DUARTE CPF/ME no 024.867.231-29
2	ANDREZZA MEDEIROS TELES CPF/ME no 040.876.966-18	ANA CAROLINA MASSON SOUSA CPF/ME no 009.730.131-09

II - fica condicionada a eficácia dos provimentos de que trata o inciso I ao atendimento, pelas nomeadas, do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190388

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010020334,

RESOLVE:

Exonerar SÉRGIO COUBE BOGADO NETO, CPF/ME nº 042.900.411-75, do cargo em comissão de Assessor "A7", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear AMANDA DE MORAIS, CPF/ME nº 700.379.121-86, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Saúde. Fica condicionada a eficácia do provimento ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190389

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000025040408,

RESOLVE:

I - exonerar, a pedido e a partir de 4 de julho de 2020, MESQUISEDEC AIRES DE OLIVEIRA, CPF/ME nº 942.891.401-06, do cargo em comissão de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear ANDRÉ ADALTO DA ROCHA, CPF/ME nº 301.808.481-00, para exercê-lo, com lotação no Departamento Estadual de Trânsito;

Estado de Goiás
Imprensa Oficial do Estado de Goiás

AGÊNCIA BRASIL CENTRAL
Rua SC-1, nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - Goiás
Fones: 3201-7639 / 3201-7623 / 3201-7663
www.abc.go.gov.br

Diretoria

Sofia Bezerra Coelho Da Rocha Lima
Presidente

Clebiana Pimenta Gouvêa Cruz
Diretora de Gestão Integrada

Marco Aurélio Vigário
Diretor de Telerradiodifusão, Imprensa Oficial e Site

Previsto Custódio dos Santos
Gerente de Imprensa Oficial e Mídias Digitais

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 01534790

03963

Universidade Paulista

O Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia,
em 09 de fevereiro de 2006, confere o título de

Fisioterapeuta a

Melina Maria Sales Costa

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 15 de novembro de 1983
R.G. n.º 3930240 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 09 de fevereiro de 2006

Reitor

Secretário Geral

Diretor

Melina Mª Sales Costa
Diplomado

039647

Reitor: Dr. João Carlos Di Genio
Vice-Reitor de Graduação: Dr. Yugo Okida
Diretor: Prof. Dr. Paschoal Laércio Armonia
Secretário Geral: Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral Adjunto: Prof. Edison Fernandes

Universidade Paulista

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 550
D.O.U. de 09-11-1988

Curso de Fisioterapia

Reconhecido pela Portaria MEC n.º 2.447
de 14-11-2001 - D.O.U. de 16-11-2001

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Secretaria Geral

Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 101700

Processo n.º 2007.1.97306

nos termos do Artigo 48 § 1º da Lei 9394/96.

São Paulo, 25 de junho de 2007

De acordo

Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral
RG: 1.471.274-SP

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sobo n.º 99762

No Livro nº 250 às fls. 108

Em 01 de abril de 2008

Dr JOSE EUCLIDES POUBEL E SILVA
PRESIDENTE

CREFITO - 11

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO

Nome: Melina Maria Sales Costa

Inscrição nº 99462-F

Livro 5-F-GO Fls. 184V

Em 08 de maio de 2008

CANCELADO

Dr. Eduardo Olivio Ravagni Nicolini
Presidente

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - CREFITO 11 - DF e GO

REINSCRIÇÃO

Reinscrito(a) no CREFITO 11,

Livro/fls:5-F-GO/184V, Autorização n.: 127.

Deferido em

Brasília-DF, 10 de maio de 2016.

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - CREFITO 11 - DF e GO

BAIXA DE REGISTRO

Deferido em: 04/04/2014
Reunião de Diretoria N.:11
Registro n.: 99762-F GO
Livro / folha n.: 5-F-GO/184-V

Brasília-DF, 04 de abril de 2014

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

03965

SCANNER ODYSSEY APPS

UNI SAÚDE®
PÓS GRADUAÇÃO-ENSINO-PESQUISA E EXTENSÃO SOCIAL

CENTER FISIO - IMES®
Instituto Mineiro de Estudos Sistêmicos

03966

CERTIFICADO

O Diretor da UNISAÚDE / CENTER FISIO - IMES, com os poderes que lhe são conferidos pelo Estatuto Social e Constituição da República Federativa do Brasil, certifica que:

Melina Maria Sales Costa concluiu o

Curso de Formação em Acupuntura

no período compreendido entre março de 2003 a fevereiro de 2006, tendo cumprido todas as exigências contidas no programa.

Goiânia, 18 de fevereiro de 2006.

Prof. Ms. Jean Luís de Souza
Diretor de Ensino

Melina Maria Sales Costa
TITULADO

SCANNER ODYSSEY APIS

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100010037157,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear ROSILENE MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 467.875.261-72, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar LUCIANA CARMO DE DEUS CAETANO, CPF/ME nº 885.714.751-72, do cargo em comissão de Diretor Técnico de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear WYLZENETH SIQUEIRA CÂNDIDO PORTUGUES SERAFIM, CPF/ME nº 925.257.091-87, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos art. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267297

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202114304002439,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, do cargo em comissão de Gerente de Pesquisa, Projetos e Difusão de Tecnologia Avançada, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear THIAGO ANGELINO MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 885.893.741-49, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar, a pedido e a partir de 27 de setembro de 2021, MARCELO ALVES DE SOUSA, CPF/ME nº 287.163.611-72, do cargo em comissão de Gerente de Desenvolvimento dos Parques Tecnológicos, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos arts. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267299

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar a pedido, NAYARA CUNHA DE URZEDA, CPF/ME nº 025.396.511-00, do cargo em comissão de Assessor "A5", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear GABRIELA MACHADO CORSO, CPF/ME nº 026.455.241-50, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Comunicação.

Parágrafo único. A eficácia do provimento estabelecido pelo art. 1º fica condicionada ao atendimento do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267301

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100036011780,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, a pedido e a partir de 24 de setembro de 2021, ODILON PAULO OLIVEIRA SANTOS, CPF/ME nº 066.314.545-73, do cargo em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267303

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100005024881,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar sem efeito o art. 1º do Decreto de 5 de outubro de 2021, publicado na página 41 do Suplemento do Diário Oficial nº 23.651, da mesma data (Protocolo nº 259293), que nomeou ONÁSSIS ROBERTO NASCIMENTO, CPF/ME nº 773.772.811-20, para, em comissão, exercer o cargo de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, por não haver tomado posse no prazo legal, e nomear GIULLIANO DE SÁ CARVALHO, CPF/ME nº 798.442.356-34, para exercê-lo.

Art. 2º Nomear os relacionados no quadro abaixo para, em comissão, exercerem os cargos ali discriminados, da Secretaria de Estado da Administração:

SUPREMA

CONASEMS

Ministério da Saúde

SUS

SER GESTOR SUS

CERTIFICADO

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a,

Melina Maria Sales Costa

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Aperfeiçoamento, Ser Gestor Sus, realizado no período de maio de 2021 a junho de 2022, com carga horária total de 220h/a.

Juiz de Fora, 13 de junho de 2022

Jorge Montessi
Diretor Suprema

Wilames Freire Bezerra
Presidente CONASEMS

089690

Módulo	Carga horária	AULA
I	30	Competências e Desafios do Gestor
		Mapa estratégico da gestão
		Análise do Plano de saúde municipal
		Planejamento do SUS no município
	10	A gestão municipal e o PRI
		Gestão orçamentária e financeira do SUS no município
		Fundo municipal de saúde
	10	Gestão do trabalho e educação na saúde
	10	Gestão da informação do SUS
	10	Gestão da assistência farmacêutica no município
	10	Judicialização no município
II	30	O gestor e sua responsabilidade na organização da atenção básica no município
		O cuidado na atenção básica
		O cuidado na atenção básica e na UBS
		Integração dos serviços da APS na rede de atenção a saúde
		Financiamento atenção básica do SUS
	10	A promoção da equidade na construção do orçamento público
	10	Fortalecendo as ações de promoção à saúde no município
	15	Vigilância em saúde no município I
		Vigilância em saúde no município II
	15	Atenção especializada
		Atenção hospitalar e ambulatorial especializada
		Atenção às urgências
	10	Saúde mental e apoio psicossocial
	10	Reabilitação
	10	Assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde
	10	Contratualização de serviços de saúde
III	10	Sistemas de apoio de logísticos na RAS
	10	Governança do SUS
CARGA HORÁRIA TOTAL: 220 HORAS		

0309/69

SER GESTOR SUS · SUPREMA · CONASEMS · Ministério da Saúde · SUS

03970

IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

Certificado

03971

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Executivo Gestão em Saúde**, (Área de conhecimento Negócios, administração e direito), com carga horária total de 432 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

MELINA MARIA SALES COSTA

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 15 de novembro de 1983, cédula de identidade nº 3930240-2-SPTC /GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Prof.º CARLO COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO

ESPECIALISTA

SARA DE SÁ CAVALCANTE
SECRETÁRIA ACADÊMICA

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

Recredenciamento Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto de 2016.

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o nº 7921 - No livro 82 - Folha(s) 396

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG Nº 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Raniely Carneiro Melo
Setor de Registro de Certificado

Sara de Sá Cavalcante
Secretária Acadêmica

IPOG

1° Via

039727

HISTÓRICO ACADÊMICO – IPOG Instituto de Pós-graduação & Graduação

Curso: MBA Executivo Gestão em Saúde

Credenciamento: Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto 2016

MEC/CNE/CES, Nº 1, de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013

CERTIFICADO REGISTRADO SOB O

Nº: 7921 FOLHA: 396 LIVRO: 82

Período de Realização: 4 de Fevereiro de 2022 a 2 de Abril de 2023 **Turma: DZEGSGYN001**

Carga Horária Total: 432 horas/aula

Acadêmico(a): MELINA MARIA SALES COSTA **Nacionalidade:** Brasileiro(a) **Sexo:** Feminino

Identidade: 3930240-2 / GO **CPF:** 005.958.491-21 **Data de Nascimento:** 15/11/1983

Disciplina	Nota	Freq.	C.H.	Professor	Titulação
Gestão Estratégica de Pessoas em Organizações de Saúde	10,0	100	36	RAQUEL MAGALHÃES DE MELLO	Especialista
Aspectos Jurídicos em Saúde	10,0	100	36	MARIA LUISA DE BARROS CORREIA	Mestre
Liderança nos Organizações de Saúde	8,0	100	36	EDUARDO REFKALEFSKY	Doutor
Desenvolvimento Integral do Potencial Humano	8,5	75	36	BRUNO FERREIRA ALEGRIA	Doutor
Marketing em Saúde	9,5	100	36	JOSÉ HUMBERTO VIANA LIMA JÚNIOR	Doutor
Qualidade, Segurança e Acreditação em Saúde	10,0	100	36	SEMÉIA DE OLIVEIRA CORRAL	Doutor
Gestão de Facilities, Hospitalidade e Serviços Hospitalares	9,0	100	36	CRISTINA HELENA TOULIAS HERINGER	Especialista
Tecnologia de Informação e Inovação em Organizações de Saúde	10,0	100	36	MARCELO ALMEIDA MAGALHÃES	Doutor
Gestão de Suprimentos e Logística Hospitalar	10,0	100	36	ESDRAS JORGE SANTOS BARBOZA	Mestre
Sustentabilidade, Ética e Responsabilidade Social	8,5	100	36	JULIANA DALBONI ROCHA	Doutor
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	10,0	100	36	FABIANO LUÍS FIGUEIREDO DA SILVA	Mestre
Gestão Financeira em Saúde	7,0	75	36	RAFAEL VARGAS PONTES	Mestre

Título Artigo: A importância da Acreditação hospitalar no Sus

Nota Artigo: 9,25

Goiânia-GO, 19 de junho de 2023

03073

Assinado Por CARLO COSTA GUIZELINI:59752661149
Data: 20/06/2023 10:19:29
ID: 000000204637

Assinado Por SARA DE SA CAVALCANTE:89646711120
Data: 20/06/2023 13:20:04
ID: 000000204637

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO & GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 19/06/2023 17:32:17
ID: 000000204637

03974

CERTIFICADO

IDOR
INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

03975

Certificamos que

MELINA MARIA SALES COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o nº. 005.958.491-21 participou do Curso de Gestão Prática de Linhas de Cuidado baseado em Valor, realizado pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, no(s) dia(s) 18, 25 de maio e 01, 06, 15 de junho de 2023, com carga horária total de 16 horas.

São Paulo, 27 de junho de 2023

Dr. Felipe Spinelli de Carvalho
Diretor Executivo
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

Dra. Helidea de Oliveira Lima
Coordenadora Acadêmica do Curso
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

03976

GRUPO IBES

Certificado

O IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde, Instituição Acreditadora credenciada pela ONA e pela ACSA International, concede este certificado a

MELINA MARIA SALES COSTA

Pela Conclusão do **Curso Formação de Avaliadores ONA**, realizado no (s) dia (s) 22 e 23 de junho de 2023, com carga horária de 20 hora(s).

São Paulo, 23 de junho de 2023.

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
DIRETORA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DO GRUPO IBES

Vanice Costa

Vanice Costa
MEMBRO DO CONSELHO
DO GRUPO IBES

Curso
CONCLUÍDO COM SUCESSO

703077

Curso
Formação de Avaliadores SBA/ONA

GRUPO IBES

02678

Carga Horária: 20 horas

Conteúdo Programatico:

- Atuação do Avaliador do SBA/ONA
- Manual de Conduta IBES
- Coleta de informações e análise crítica de evidências
- O Sistema Brasileiro de Acreditação
- Avaliação Remota (novo)
- Diagnóstico Organizacional, Certificação e Manutenção
- Fundamentos da Acreditação e Dimensões da Qualidade
- Gerenciamento de Protocolos Multiprofissionais
- Padrões de Nível 1, 2 e 3
- Busca de evidências e interpretação de padrões e requisitos nas Seções do Manual ONA: Gestão Organizacional, Atenção ao Paciente, Diagnóstica e Terapêutica e Gestão de Apoio
- Redação de relatórios
- Simulado de avaliação de habilidades de comunicação e técnicas de entrevista, incluindo feedback

IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
Av. Queiroz Filho, 1.700 – sala 112 – E- CEP 05319-000
Cond. Villa Lobos Office Park – São Paulo -SP
www.grupoibes.com.br / atendimento@ibes.med.br

Certificado Registrado sob número 19528 Folha 53
do Livro de Registro nº 3

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
São Paulo, 23 de junho de 2023.

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Melina Maria Dales Costa

RG: 3930240

CPF: 005.958.491-21

Assinatura: Melina Maria Dales Costa

03979

03980

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

ADECEILDES ROCHA

03982

[redacted]

Rua Guajará – Quadra 194 – Lote 05 nº 95 Parque
Amazônia - Goiânia - GO
(62) 99121-2842
adecildes@hotmail.com
57 anos · Brasileiro · Casado

[redacted]

[redacted]

- Profissional com excelente experiência na área de Gestão Hospitalar e de Saúde, em entidades e órgãos públicos, atuando para garantir todas as metas estabelecidas através de uma gestão participativa, administrando materiais, recursos humanos, patrimônio, informações, recursos financeiros, orçamentários, tecnológicos, processos e métodos organizacionais.
- Desenvolver planejamento estratégico, identificando oportunidades, avaliando a viabilidade e fazendo recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novos negócios.
- Capacidade de produzir e relatar dados da Gestão Administrativa com precisão e comunicar-se de forma eficaz com os stakeholders e superiores, a fim de facilitar uma tomada de decisão ideal.
- Controlar e apoiar em processos relacionados à área Administrativa, propondo melhorias que tragam resultados positivos ao negócio.
- Habilidades de comunicação interpessoal, gestão de pessoas, percepção crítica e analítica para análise de melhoria em processos administrativos.
- *Participação em diversas palestras e congressos.*

[redacted]

[redacted] – concluído em 1992.
IPH – Instituto de Pesquisas Hospitalar
[redacted] – concluído em 1991.
IPH – Instituto de Pesquisas Hospitalar

[redacted]

⇨ Informática: Pacote Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook e Internet).
⇨ Curso: [redacted] – Hospital Kreiskrankenhaus-Rottweil.
⇨ Curso: [redacted] – Secretaria da Saúde.
⇨ Curso: [redacted] – Secretaria da Saúde.
⇨ Curso: [redacted] – Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

03983

[redacted]

Jan/2020 ate fev/2021 Secretaria Municipal de Saúde de Rio verde - GO

Cargo: Assessor especial – Maternidade Augusta Bastos

Localidade: Rio Verde - GO

[redacted]

Cargo: Secretário Municipal de Saúde e Diretor Geral do Hospital Municipal Doutor Henrique Santillo

Localidade: Goiatuba/GO

[redacted]

Cargo: Administrador Hospitalar

Localidade: Goiânia/GO

[redacted]

Cargo: Coordenador Administrativo

Localidade: Goiânia/GO

[redacted]

Cargo: Assessor e Analista de Processos das Contas dos Hospitais Públicos de Goiânia

Localidade: Goiânia/GO

[redacted]

Cargo: Administrador Hospitalar

Localidade: Goiânia/GO

Principais Atividades Desenvolvidas:

- *Executar as políticas sociais e econômicas, cumprindo as diretrizes estratégicas estabelecidas pela Mantenedora em relação ao Hospital.*
- *Administrar o hospital, assegurando regularidade do seu funcionamento, de acordo com este regulamento e em consonância com o contrato de gestão e as diretrizes estabelecidas pela mantenedora, visando atender plenamente a clientela SUS, adstrita a sua área de regionalização.*
- *Preparar planejamento estratégico obedecendo a diretrizes da entidade mantenedora e as políticas públicas definidas pelo Gestor de Saúde do Estado de Goiás.*
- *Implementar as estratégias, exercendo diretamente o comando da execução das diretrizes e metas do hospital, ouvindo os diretores das respectivas diretorias do hospital, e em consonância com a Secretaria.*
- *Estabelecer plano de metas e definir indicadores de controle e avaliação para o hospital, submetendo-os à Secretária de Saúde e respondendo pela operacionalização.*
- *Realizar as despesas ordinárias do hospital e obter, por escrito, autorização da Entidade paras as extraordinárias.*
- *Elaborar os contratos de prestação de serviços, fornecimentos e de terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da entidade.*
- *Implementar as políticas de: qualidade, contratação de pessoal, salários, assistência, aquisição, alienação e pagamentos.*
- *Planejar a manutenção preventiva dos equipamentos médicos, controle de estoque de materiais, a limpeza e até o destino dos resíduos hospitalares.*
- *Participar das reuniões, eventos e treinamentos desenvolvidos pelos órgãos competentes.*
- *Representar o hospital como membro do Conselho de Saúde do Município.*
- *Emissão de relatório periódico das atividades da unidade.*

03984

Faculdade de Administração Hospitalar

do

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

03985

(1) Diretor da Faculdade de Administração Hospitalar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 21 de dezembro de 1990, confere o título de

Bacharel em Administração a

Adecildes Dias Rocha

brasileiro, natural do Estado de Goiás

nascido a 22 de janeiro de 1962, cédula de identidade R.G. nº 13.863.164,

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de março de 1991.

Maria Graciliria Camilo
Secretária

Diplomado

Diretor

Curso de Administração Hospitalar
Reconhecido pelo Decreto n.º 79.268 em 14-02-77,
DOU de 15-02-77.

APOSTILA

O diplomado concluiu nesta Faculdade a habilitação:

Administração Hospitalar.

São Paulo, 20 / 03 / 91

Maria Graciosa Acosta
Secretário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotada a Apostila
São Paulo, 11 de novembro 1991
RCZ e d.
Secção de Registro de Diplomas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 906050
Processo n.º 91.1.37391.1.4
em 11 de novembro de 1991
RCZ e d.
Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias N.os 729/77, 71/77, 39/79 e 31/80)

CAMPINEIRE
Em 01 / 09 / 92
Secção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 01 SET 1992
Profa. Dra. LOR CURY
Secretária Geral

03986

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE GOIÁS | GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Desenvolvimento com Responsabilidade

SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

COF
10
ANOS

039987

Confere a

Adecildes Dias Rocha

Este certificado de participação no

I Seminário das Unidades Correcionais do Executivo Estadual

Realizado no **Auditório do CAT** nos dias **14 e 15 de Agosto de 2008**, com duração de **16 Horas/aula**.

Luísa das Graças Tomé
Gerente de Desenvolvimento de Pessoas

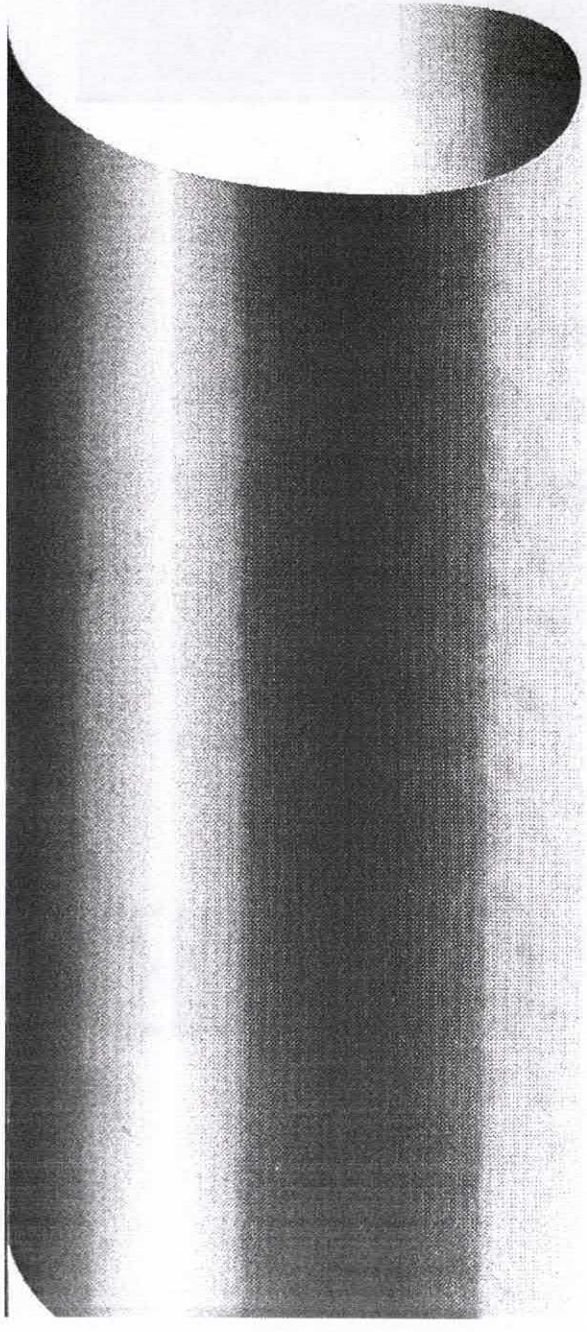
José Carlos de Oliveira Pajaro
Chefe da Corregedoria Fiscal

03988

TEMAS MINISTRADOS

	Carga Horária
1. **Palestra:** A Sindicância Administrativa e seu Papel Inqueritorial	**1h40min**
2. **Palestra:** O Processo Administrativo Disciplinar	**1h40min**
3. **Palestra:** Investigação Patrimonial	**1h50min**
4. **Palestra:** Lesão ao Erário na Infração Ético - Disciplinar	**1h30min**
5. **Palestra:** A Prova no Processo Administrativo Disciplinar	**1h30min**
6. **Palestra:** Nulidade e Prescrição	**1h40min**
7. **Palestra:** Normativa da Súmula 343 do STJ e Súmula Vinculada nº 05 do STF	**1h30min**

Registro nº 02
Livro nº 04
Folha (s) nº 120



Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS

INAMPS / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO
DO
HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS

03096

CERTIFICADO

O QUE É A RESIDÊNCIA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?

Certificamos que

ODECILDES D. ROCHA participou da palestra ministrada neste hospital em 30.03.88.

DATA : S.Paulo, 07 de abril 19 88
LOCAL : Hospital Infantil Darcy Vargas

Ana Raquel de Almeida
COORDENADORA E ORGANIZADORA DA PALESTRA

069620

CERTIFICADO

V CONGRESSO GOIANO DIREITO ADMINISTRATIVO

472

Certificamos que

Adecildes Dias Rocha

participou do **CONGRESSO GOIANO DIREITO ADMINISTRATIVO**, realizado de 30 de maio a 01 de junho de 2006, no Centro de Convenções de Goiânia.

Carga Horária: 30 horas

Goiânia, 01 de junho de 2006.

Prof. Fabrício Motta
Diretor presidente do IDAG

Idag Instituto de Direito Administrativo de Goiás

0399

PROGRAMAÇÃO OFICIAL

30/05/2006 – Terça feira

09:30 - Conferência de Abertura
O Estado em juízo: prerrogativas ou privilégios?
Romeu Bacellar Filho (PR)

Presidência: Dep. Vilmar Rocha (UFG)

10:30 - Painel 1 – Direito Urbanístico
Alcance do conceito de "justa indenização" na desapropriação
Francisco Taveira Neto (GO)
O IPTU progressivo como instrumento de ordenação
Frederico Telho (GO)

Presidência: Dr. Eriberto Marin (UFG)

14:00 - Painel 2 – Licitações Públicas
Desconsideração da personalidade jurídica nas licitações
Edgar Guimarães (PR)
Novas modalidades de contratação e a Lei 8.666/93
Vera Monteiro (SP)

Presidência: Dr. Juscimar Pinto Ribeiro (IDAG)

16:20 - Painel 3 – Controle da Administração Pública
Controle de Constitucionalidade pela Administração Pública
Juliano Taveira Bernardes (GO)
Administração Pública e súmula vinculante
Bruno Bizerra (GO)
O controle do orçamento público
José Siqueira (GO)

Presidência: Dr. João Furtado (PGE)

31/05/2006 – Quarta feira

08:30 - Painel 4 – Servidores públicos
Questões polêmicas sobre o regime remuneratório do servidor público
Antônio Flávio (GO)
Reajuste e revisão da remuneração e responsabilidade civil do Estado
Ricardo Papa (GO)
Relações entre o regime geral de previdência e o regime próprio dos servidores
Fernando Cleber de Araújo Gomes (GO)

Presidência: Cons. Paulo Rodrigues (TCM-GO)

10:40 - Conferência
Repercussões das decisões do judiciário nas competências dos Tribunais de Contas
Benjamin Zymler (DF)

Presidência: Cons. Sebastião Tejota (TCE-GO)

14:00 - Painel 5 – Consórcios Públicos
Principais inovações da Lei 11.107/05
Leila Prudente (GO)
Consórcios municipais e prestação de serviços públicos
Odete Medauar (SP)

Presidência: Dr. Benedito Torres Neto (AGMP)

16:00 - Painel 6 - Constituição e Direitos Fundamentais
Defensoria pública e assistência jurídica aos necessitados
Alexandre Tocantins (GO)
Devido processo legal e o Estado em juízo
Valentina Jungmann (GO)

Presidência: Dr. Leonardo Buíssa Freitas (JF-GO)

01/06/2006 – Quinta feira

08:30 - Painel 7 – Regime Jurídico da Administração Pública
Anulação de atos administrativos e o princípio da segurança jurídica
Ari Queiroz (GO)
Governo e judiciário entre os princípios da moralidade e eficiência administrativa
Emerson Gabardo (PR)
Princípio da publicidade, propaganda e eleições
Spiridon Anyfantis (GO)

Presidência: Dr. Nélson Figueiredo (IDAG)

14:00 - Painel 8 – Constituição e Poder Judiciário
O controle das CPIs pelo Poder Judiciário
Felicíssimo Sena (GO)
Questões concretas sobre mandado de segurança
Cristiana Fortini (MG)
Controle jurisdicional das políticas públicas
João Batista Gomes Moreira (DF)

Presidência: Dra.Sandra Regina Teodoro Reis (ASMEGO)

16:30 - Conferência de Encerramento
"Congruências e paradoxos do regime jurídico-administrativo contemporâneo".
José dos Santos Carvalho Filho (RJ)

Presidência: Fabrício Motta (IDAG)

Adh'2004
SÃO CAMILO HOSPITALAR

A Saúde que Queremos: Inclusão Social e Gestão Profissional.

Certificado

Certificamos que ADECILDES DIAS ROCHA

participou do(a) IX Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares
e V Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares

realizado no Expo Center Norte - São Paulo - SP no(s) dia(s) 01 e 02 de Junho de 2004, com a carga horária total de 16 HORAS na categoria de CONGRESSISTA.

Prof. Dr. Léo Pessini
Superintendente da União Social Camiliana.

Prof. Dr. Christian de Paul de Barchifontaine
Reitor do Centro Universitário São Camilo e
Presidente do Adh'2004 – São Camilo.

ENTIDADE PROMOTORA
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

03992

GOIÁS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

CERTIFICADO

SUS

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário de Gestão Municipal e Regional do SUS em Goiás – Pactuação dos Indicadores de Atenção Básica em Saúde

no período de 22 e 23.02.2005

com carga horária de 16 horas.

Goiânia, 23 de FEVEREIRO de 2005

Dr. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendência de Gestão

Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos

0399 03

TEMA

- **O PAPEL DA SES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS.**
- **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM SISTEMAS MUNICIPAIS.**
- **PACTUAÇÃO DOS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

03994

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES/CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 25 Fl: 78

Nº: 21775 Resp.: Ronaldo

CERTIFICADO

GOIÁS

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário Goiano de Tecnologia Médico-Hospitalar

no período de 15 a 17.12.2003

com carga horária de 24 horas.

Goiânia, 17 de DEZEMBRO de 2003

Superintendência de Gestão
Drº. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendente de Gestão - SES/GO

Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos
Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretora Geral do CENFORH-SUGES
SES

03995

TEMA

- **A Resolução RDC nº 50;**
- **Conceitos básicos de ar condicionado. Resolução RDC nº 50 e instalações de climatização em EAS;**
- **A Portaria GM/MS nº 3523/98 e suas exigências;**
- **Resolução RE nº 09/03 e Resolução QAI em EAS (a ser publicada);**
- **Arquitetura X Controle de infecção em Serviços de Saúde (Materiais de Acabamento);**
- **Resolução RDC nº 50 - Instalações de Gases Medicinais;**
- **Resolução RDC nº 50 - Instalações Elétricas em EAS;**
- **Apresentação da experiência do Centro de Engenharia Biomédica (CEB) em implantar uma central de manutenção local - Caso Hospital das Clínicas (HCUNICAMP). Podendo ser expandida para experiência na implantação da Central de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares – CERMEQ – Caso CERMEQ Jaú-SP;**
- **Apresentação da experiência do Colégio Técnico da UNICAMP (COTUCA) em implantar um curso de formação de técnicos em manutenção de equipamentos médico-hospitalares – Caso COTUCA. Podendo ser expandida para experiência na implantação do curso de capacitação de artífices, técnicos em equipamentos e engenheiros clínicos - Caso Projeto Nordeste/MS.**

Coordenação:

Dra. Maria Paula Curado
Superintendência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde Leide das Neves Ferreira/SULEIDE

Engº Ricardo Alcoforado Maranhão Sá
Gerência de Avaliação e Incorporação Tecnológica em Saúde/SULEIDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES / CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 23 Fl: 70

Nº: 17685 Resp.: Ronaldo

03996

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

Goiânia, 19 de dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a pedido e para os fins de comprovação, que o Sr **ADECILDES DIAS ROCHA**, **CPF: 031.606.508-04**, foi funcionário (a) da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (FUNDAHC/HC), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita sob o CNPJ 02.918.347.0001/43 sob o regime da CLT, com sede á Primeira Avenida nº. 545 – Setor Leste Universitário, Goiânia – Goiás.

O (a) supracitado (a) funcionário (a) laborou no Departamento de Diretoria– HMDI, na função de Diretor Administrativo e Financeiro. No período de 18/06/2012 a 21/08/2013.

02.918.347/0001-43
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Primeira Avenida nº 545
Leste Universitário
CEP: 74.605-020
GOIÂNIA - GO

Atenciosamente,

Cristiano Crispim de Figueiredo Souza
Gerente de Gestão de Pessoal/FUNDAHC

Estado de Goiás

AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

A P O S T I L A

O PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, no uso de suas atribuições legais, **DECLARA** que, por Portaria n.º 1.849 de 18 de agosto de 2003, publicado à (s) pág. (s) 03 do Diário Oficial nº 19.221 de 21 de agosto de 2003, foi nomeado (a), e retificado pela Portaria nº 2.015 de 04 de setembro de 2003, do Gabinete Civil da Governadoria, apenas quanto ao nome de ADELCIDES DIAS ROCHA que fica assim grafado: **ADECILDES DIAS ROCHA,** para, em comissão e a partir de 18 de agosto de 2003, exercer o cargo de **Assessor Especial "C", Ref. III,** na Secretaria da Saúde.

GABINETE DO PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, em Goiânia, aos 05 dias do mês de setembro de 2003, 115ª da República.

JEOVALTER CORREIA SANTOS
P/ PRESIDENTE

MARIA HELENA A SILVA
Chefe de Gabinete- Portaria n.º 454/2001
AGANP-GO

MATRÍCULA - IPASGO
4070275
S. CADASTRO
ASS.
DATA: 09/09/03

Agência de Administração

GERÊNCIA EXECUTIVA DE PESSOAS
SUBGERÊNCIA DE CADASTRO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL
Tomou posse e recebeu a 1ª via em
08 / Setembro / 2003
Responsável

apostila ADECILDES.doc

03998

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS** instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 120.06212.71-2

NÚMERO: 7175605 | SÉRIE: 0030 | UF: GO

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADECILDES DIAS ROCHA

FILIAÇÃO.....: ULISSES DIAS DA ROCHA
LAURINDA MARIA DA ROCHA

NASCIMENTO....: 22/01/1962 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL....: CASADO

NATURALIDADE: GURUPI - TO

DOCUMENTO.....: C. I. 1393184 12/08/1979 SSP SP

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 001.608.509-04 CNH.....: 02288465899

TIT. ELEITOR: 1433170801 32 SEÇÃO: 243 ZONA: 127

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 18/05/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPARAÇÃO JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - MUDANÇA NOME/NAMEA	

LEGENDA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

FILIAÇÃO

03999

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH: ..... | DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO | HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO .....

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO .....

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
1477901	00015	SP	27/02/1990

DATA DA ANOTAÇÃO: 19/05/2011 — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR: Aleida R. de Souza, Auxiliar Operac. de Serviços Diversos

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO: ..... — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR: .....

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO: ..... — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR: .....

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO: ..... — ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR: .....

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 01.624.477/0001-00 CLÍNICA DE RAIO X NABYH

CGC/CPF/CEI: SALUM S/S.

ENDEREÇO: AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1440 SETOR OESTE - CEP 74115-030

MUNICÍPIO: GOIÂNIA-GO UF: .....

ESP. DO ESTABELECIMENTO: Clínica Médica

CARGO: Administrador

CBO Nº: .....

DATA DE ADMISSÃO: 01 DE julho DE 2013

REGISTRO Nº: 06 FLS. FICHA: 23

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 1.500,00 (Mil e quinhentos reais) por mês

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Dr. Nabyh Salum

1ª .....

DATA DE SAÍDA: 23 DE Maio DE 2014

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Dr. Nabyh Salum

1ª .....

COM. DISPENSA CD Nº: .....

FGTS Nº DA CONTA: .....

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador : FUNDAHC

CNPJ: 02.918.347/0001-43

Endereco PRIMEIRA AVENIDA 545

Bairro LESTE UNIVERSITARIO

Cidade GOIÂNIA GO

Esp. Estabelec OUT.ATIV.ASSOCIATIVAS

Cargo ADMINISTRADOR II

Cod.CBO 09220

Data Admissao 18/06/2012

Ficha Nº 3130

Remuneracao especificada: 2.494,00

DOIS MIL, QUATROCENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS

Prof. Nilzio Antonio da Silva
Diretor Executivo
FUNDAHC / UFG

FUND.DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLINICAS

DATA DE SAÍDA: ..... DE ..... DE .....

1ª ..... 2ª .....

COM. DISPENSA CD Nº: .....

FGTS Nº DA CONTA: .....

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: .....

CGC/CPF/CEI: .....

ENDEREÇO: .....

MUNICÍPIO: ..... UF: .....

ESP. DO ESTABELECIMENTO: .....

CARGO: .....

CBO Nº: .....

DATA DE ADMISSÃO: ..... DE ..... DE .....

REGISTRO Nº: ..... FLS. FICHA: .....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: .....

1ª ..... 2ª .....

DATA DE SAÍDA: ..... DE ..... DE .....

1ª ..... 2ª .....

COM. DISPENSA CD Nº: .....

FGTS Nº DA CONTA: .....

09

04000

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

CONVÊNIO

Número 14770 Série 00015-SP

Idecildes Vim Rocha
ASSINATURA DO PORTADOR

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01.586.742/0001-03
HOSPITAL ORTOPEDICO DE
CNPJ/MF GOIÂNIA LTDA.
Rua AV. L Nº 470 - ST. AEROPORTO Nº
Município CEP 74075-050 Est
Esp. do estabelecimento GOIANIA - GO
Cargo Administrador
CBO nº
Data admissão 16 de Junho de 2014
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R$ 5.000,00 (cinco mil reais) p/ mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
HOSPITAL ORTOPEDICO DE GOIANIA
Nilton Portela
Depto Pessoal

1º 2º
Data saída 30 de Abril de 2015

Nilton Portela
Depto Pessoal
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Hospital Ortopédico de Goiânia

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

CNPJ: 11.858.570/0005-67

Endereço: AV FUAD RASSI /N° 541 QUADRA11 LOTE 11/12 SALA 13

Função: COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Admissão 07/03/2016

Salário: R$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS POR MÊS)

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 04 de Janeiro de 2016

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

04001

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

CONVENIO

Número 214770 Série 00025/GO

ASSINATURA DO PORTADOR

12

CONTRATO DE TRABALHO

02.918.347/0001-431

Empregador FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

CNPJ/MF

Rua PRIMEIRA AVENIDA Nº 645

Município ST. LESTE UNIVERSITÁRIO CEP 74.605-020 Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Administrador II

CBO nº

Data admissão 18 de junho de 2012

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R$ 2.494,00 (Dois mil e quatrocentos e noventa e quatro reais)

Cristiano Figueiredo Sou
Supervisor RH/FUNDAHC
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 23 de fevereiro de 2013

Sônia [illegible] Faria
Depto Pessoal / FUNDAHC
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº 157866513

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA

CNPJ: 01.567.668/0001.88

Endereço: Rua 05 Nº 641 Setor Central

Município: Goiânia UF: GO

Esp. Do Estabelecimento: Serviços Saúde

Cargo: ADMINISTRADOR

CBO Nº: 252105

Data de Admissão: 10 de Dezembro de 2013.

Registro nº 080 Fls./Ficha: 085

Remuneração Especifica:Salário Fixo (Base) de R$ 2.719,33 (Dois mil setecentos e dezenove Reais e trinta três centavos) por mês.

HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA

1º 2º

Data saída 09 de março de 2014

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº

04002

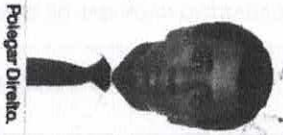
Continuação

Número 14770 Série 00015-SP

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polegar Direito

DECILDES DIAS ROCHA

ASSINATURA DO PORTADOR

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01 038 751/0004-02

FASA HOSPITAL DE URGÊNCIAS DR. HENRIQUE SANTILLO

CGC/MF

Rua AV. BRASIL NORTE, 3.105 Nº

CIDADE UNIVERSITÁRIA

Município CEP 75083-440 Est.

Esp. do estabelecimento ANÁPOLIS - GO

Cargo Diretor Administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 02 de Maio de 19 2005

Registro nº Fls./Ficha 005

Remuneração especificada R$ 4.000,00 (Quatro mil reais) por mês

Fundação de Assistência Social de Anápolis

Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo

Ass. do empregado ou rogo c/test.

1º 2º

Data saída 11 de Julho de 19 2005

FASA - Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo

Ass. do empregador ou preposto

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO 15

Empregador 01.624.477/0001-00

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

CGC/MF

Rua AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1440 Nº

SETOR OESTE - CEP 74115-030

Município GOIÂNIA-GO Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Gerente administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 01 de junho de 19 2010

Registro nº 06 Fls./Ficha 03

Remuneração especificada R$ 800,00 (oitocentos Reais) por mês

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

1º 2º

Data saída 10 de Setembro de 19 2010

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Ass. do empregado ou rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

04003

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

11/3/2022
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 30/10/2001 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 7/3/2022

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
HOSPITAL DAS CLINICAS			2338424	01567601000224
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
HOSPITAL DAS CLINICAS UFG			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
PRIMEIRA AVENIDA			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
QD 68 AREA 1	SETOR LESTE UNIVERSI	74605050	GOIANIA	GO
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL	MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**687**
Outros	**1686**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	**4**

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de Clientela:

ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GINECOLOGIA	8	8
GASTROENTEROLOGIA	7	7
TORACICA	2	2
NEUROCIRURGIA	4	4
ENDOCRINOLOGIA	2	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	5
NEFROLOGIAUROLOGIA	6	6
ONCOLOGIA	8	8
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	31	31
PLASTICA	4	4
CIRURGIA GERAL	14	14
OFTALMOLOGIA	1	1
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CARDIOLOGIA	2	2

CLÍNICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GERIATRIA	4	4

0400

PNEUMOLOGIA	6	6
HANSENOLOGIA	1	1
AIDS	3	3
ONCOLOGIA	2	2
HEMATOLOGIA	8	8
NEONATOLOGIA	6	6
DERMATOLOGIA	4	4
NEUROLOGIA	4	4
NEFROUROLOGIA	8	8
CLINICA GERAL	60	15
CARDIOLOGIA	8	8

COMPLEMENTAR

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	110	30
SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	30	0
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	1	0
UTI ADULTO - TIPO II	14	14

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CLINICA	10	10
OBSTETRICIA CIRURGICA	11	11

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	21	21
PEDIATRIA CIRURGICA	1	1

HOSPITAL DIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	5	5

LEITOS HABILITADOS
(Os totais de leitos SUS com sinalização (*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI II ADULTO	-	14(*)
		14

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	4	2	SIM
MAMOGRAFO COM ESTEREOTAXIA	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
RAIO X ATE 100 MA	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	3	3	SIM
RAIO X DENTARIO	1	1	SIM
RAIO X MAIS DE 500MA	10	8	SIM
RESSONANCIA MAGNETICA	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	3	2	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	2	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:

BERÇO AQUECIDO	7	7	SIM
BILIRRUBINOMETRO	1	1	SIM
BOMBA DE INFUSAO	62	62	SIM
DESFIBRILADOR	10	10	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	6	6	SIM
INCUBADORA	11	11	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	55	55	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	8	8	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	25	25	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	35	35	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	48	48	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	10	10	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	2	2	SIM
ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	9	9	SIM
ENDOSCOPIO DIGESTIVO	16	16	SIM
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	16	16	SIM
LAPAROSCOPIO/VÍDEO	3	3	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	11	11	SIM
OFTALMOSCOPIO	2	2	SIM

OUTROS EQUIPAMENTOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	3	3	SIM
APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA	2	2	SIM
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	21	21	SIM
EQUIPAMENTOS DE AFERESE	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	13	0
ODONTOLOGIA	1	1
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	4	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	1

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	15	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	88	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	6	0
ODONTOLOGIA	2	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	18	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0

04006

SALA DE GESSO	2	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	3	0

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	10	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	2	12
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	20
LEITOS RN NORMAL	0	0
LEITOS RN PATOLOGICO	0	0

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
169	ATENCAO EM UROLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
153	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
153	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
123	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

	PROTESES E MATERIAIS ESPE					
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
129	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
164	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
141	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
153 - 001	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	ACOMP CLINICO PRE E POS OPERATORIO E HORMONIOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
153 - 002	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	CIRURGIA E ACOMPANHAMENTO PRE E POS-OPERATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 004	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 002	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E	NÃO	NAO

	NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO		INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 002	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	MONITORAM EXT DA QUALIDADE EXAMES CITOPATOLOGICOS COLO UTERO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2673932
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 008	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM BUCO MAXILO FACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 007	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM ODONTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 004	SERVICO DE FARMACIA	DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS ESTRATEGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO

126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
129 - 001	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR MEIO SOROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 009	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	SUBSTITUICAO/TROCA DE OPM	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 013	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS II	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 018	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OFTALMOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 014	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 015	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 017	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
141 - 001	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO

04010

149 - 001	TRANSPLANTE	RIM	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 002	TRANSPLANTE	MEDULA OSSEA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 005	TRANSPLANTE	CORNEA/ESCLERA	NÃO	NAO INFORMADO

04011

04012

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023 - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 01/2023.

Goiânia/GO, 12 de julho de 2023

DECLARANTE: Adecildes Dias Rocha

RG: 6763373 - PC-GO

CPF: 031.606.508-04

Assinatura: _____

04013

04014