

PROJETO GUARUJÁ – SP

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E
MONITORAMENTO DE INDICADORES
FEVEREIRO ANO: 2022.**



INTRODUÇÃO:

Com o objetivo de evidenciar a qualidade dos serviços prestados no **PRONTO SOCORRO VICENTE DE CARVALHO** e de acordo com o **CONTRATO Nº 179/2020**, apresentamos o relatório gerencial dos serviços e atividades desenvolvidas referente ao mês de **fevereiro de 2022**, no que tange as ações de Gestão Administrativa, Técnica e Operacional, visando à implantação dos métodos, procedimentos e processos que possibilitem o pleno desenvolvimento das ações de Gestão pactuados em contrato, visando determinar e delinear o serviço e o cumprimento das atividades.

PERÍODO:

01 a 31 de fevereiro de 2022.



UNIDADE: PRONTO SOCORRO VICENTE DE CARVALHO

ATENDIMENTOS

No mês de **fevereiro** foram realizados **14.304 atendimentos**, sendo eles **10.070 atendimentos clínicos** e **3.729 atendimentos pediátricos**, **505 odontológicos**.

Todos os pacientes passaram pela classificação de risco, incluindo os pacientes trazidos pelo SAMU e pelo Corpo de Bombeiros. Só não foram classificados os pacientes que fizeram a ficha de atendimento e não aguardaram para serem atendidos, caracterizando-se evasão.

Médicos

- ✓ No mês de **fevereiro de 2022** a escala médica do pronto socorro esteve completa, não tivemos plantões fechados ou restritos por falta de cobertura de profissionais.
- ✓ Realizamos orientações e conversamos com o corpo clínico em relação às ações administrativas.

Farmácia

- ✓ *Controle do estoque dos setores de medicação adulto e pediátrico.*
- ✓ *Organização do estoque de insumos na farmácia Central.*
- ✓ *Reunião com a equipe para avaliar as ações implantadas.*
- ✓ *Execução na rotina de organização, validação, limpeza da farmácia satélite e central.*
- ✓ *Implantação do controle de estoque nas farmácias satélites.*
- ✓ *Estamos orçando os materiais e os itens para a adequação exigida pelo CRF.*
- ✓ *Contamos com oito profissionais no setor:*
 - *03 – Farmacêuticos, contratados para realizar plantões intercalados de 12x26.*
 - *04 - Auxiliares de farmácia, contratados para realizar plantões intercalados de 12x36.*
 - *01 – Farmacêutica, responsável técnica da unidade de segunda a sexta feira.*
- ✓ Acompanhamos através de relatórios e notas fiscais, a entrada e saída de medicamentos e materiais.

Adh

Enfermagem

O serviço de enfermagem da Unidade, mantém plantão durante 24 horas, respeitando os turnos de trabalho (diurno e noturno), estabelecido da seguinte forma:

- 01 - Gerente de enfermagem
 - 01 – Enfermeira CCIH
 - 16 – Enfermeiros (as)
 - 71 - Técnicos de enfermagem.
-
- ✓ Toda equipe de enfermagem, apresenta-se utilizando o uniforme (*cedido pela empresa*).
 - ✓ A assistência de enfermagem é prestada com qualidade, de modo humanizado, conceitos diretamente relacionados à organização do serviço, transformando instrumento em realizações, contribuindo decisivamente para a melhoria da saúde dos usuários que passam por essa unidade.
 - ✓ Realizamos a avaliação mensal dos colaboradores.
 - ✓ Realizamos um cronograma de educação continuada para toda equipe técnica.

Dentistas

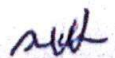
O Pronto Socorro realiza o atendimento emergencial 24 horas por dia, com o acolhimento, avaliação da gravidade, atendimento e, se necessário, a alta ou o encaminhamento para a unidade de referência. A partir daí é possível que o paciente seja indicado para realizar todo o acompanhamento necessário para resolver o que tenha ocasionado a emergência. Contamos com uma equipe de sete colaboradores, que realizam plantões intercalados para atender a população.

Auxiliar de saúde bucal

Contamos com uma equipe de quatro colaboradores, que realizam plantões intercalados para atender a demanda da unidade.

Administrativo

Contamos com uma equipe de oito funcionários administrativos, cinco auxiliares administrativos, um analista de RH e duas supervisoras de plantão (noturno), sendo assim, as atribuições são divididas entre eles para a elaboração de relatórios, avaliação dos serviços terceirizados, conferencia de produtividade, controle de frequência dos médicos, auxílio aos pacientes, quando necessário, e toda parte de controle de estoque, entrada e saída dos materiais.



Controle de acesso

Contamos com uma equipe de treze funcionários, que realizam plantões intercalados entre o PSA e o PSI, devidamente alocados em pontos estratégicos.

Maqueiro

Contamos com uma equipe de quatro funcionários, que realizam plantões intercalados entre o PSA e o PSI, auxiliando sempre que necessário a equipe e os pacientes.

Fisioterapeuta

Contamos com uma equipe de cinco funcionários, que realizam plantões intercalados para atender a demanda da unidade.

Recepção

Contamos com uma equipe de treze funcionários, que realizam plantões intercalados entre o PSA e o PSI.

Assistente Social

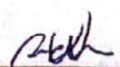
Contamos com uma equipe de duas funcionárias, que trabalham 6 horas por dia de segunda a sexta, uma das 07:00 horas as 13:00 horas e outra das 13:00 horas as 19:00 horas.

Auxiliar de copa

Contamos com uma equipe de nove funcionários, que realizam plantões intercalados para atender a demanda da unidade.

Manutenção/limpeza

- ✓ Com a finalidade de sempre melhorar os serviços prestados, sempre realizamos as manutenções preventivas e em alguns casos a manutenção corretiva dos equipamentos.
- ✓ Foram substituídas algumas lâmpadas queimadas, essa substituição fez-se necessária para melhorar a visibilidade do ambiente e a segurança dos colaboradores e pacientes.
- ✓ Elaboramos uma rotina diária para o colaborador da manutenção, o mesmo realiza uma fiscalização nos equipamentos da unidade para verificar o funcionamento, e se necessário, realiza a manutenção.
- ✓ Realizamos o levantamento da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da engenharia clínica, para mantê-los em bom estado e equipado com todos os acessórios necessários para atender com segurança e qualidade os pacientes do Pronto Socorro.



- ✓ Diariamente a equipe realiza a manutenção no tanque de oxigênio para garantir o bom funcionamento da rede de ar medicinal. (Controle do nível de oxigênio e a descongelação da rede)
 - ✓ Nossa equipe de limpeza realizou a higienização e conservação das áreas físicas internas e externas, seguindo os protocolos de segurança e higienização.
 - ✓ Mantivemos o serviço de procedimentos de desinfecções e descontaminação de ambientes, realizamos a coleta e o transporte dos resíduos sólidos, lixos contaminados e dos materiais perfurocortantes de maneira adequada e segura.
 - ✓ Realizamos as higienizações constante devido ao grande fluxo de pessoas que circulam na unidade.
 - ✓ Devido à alta demanda de atendimentos de pacientes confirmados com covid-19, adotamos medidas a afim de evitar a propagação da doença, impedindo assim, a transmissão de microrganismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou para os colaboradores.
-
- Contamos com dezesseis profissionais no setor de higienização, que realizam plantões intercalados atendendo todas as demandas do PSA e do PSI.
 - Contamos com uma líder no setor de higienização, que realiza o trabalho de segunda a sexta em horário especial.
 - Contamos com cinco profissionais no setor de manutenção, que realizam plantões intercalados atendendo todas as demandas do PSA e do PSI 24 horas.



Recursos Humanos:

Para garantir o bom funcionamento e a qualidade do atendimento do Pronto Socorro Vicente de Carvalho, realizamos as seguintes alterações.

SEGUE ABAIXO A RELAÇÃO DETALHADA

ADMITIDOS EM FEVEREIRO 2022 = 07
DEMITIDOS EM FEVEREIRO 2022 = 05
PEDIRAM DEMISSÃO = 07

ADMITIDOS EM FEVEREIRO

TÉCNICA DE ENFERMAGEM

NATHALIA VARGAS DIEGUES
WANESSA DE CARVALHO LIMA
WILLIAN ROMÃO DA SILVA
FERNANDA PATRICIA DA SILVA FROIS

MAQUEIRO

HIGHLANDER JEAN JORGE DOS SANTOS

ENFERMEIRO

ANA PAULA MORMITO NISHIO

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

JANAINA DE SOUSA NEGREIRO NASCIMENTO



DEMITIDOS - FEVEREIRO/2022

TECNICO DE ENFERMAGEM

RAISSA APARECIDA HINNIGER GONÇALVES
FABIANA FARIAS DOS SANTOS
NAYARA DE PAULA PINHO

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

JESSICA ALANA SILVA DOS SANTOS
CAIALA PAIXÃO SANTOS

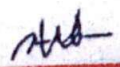
PEDIDOS DE DEMISSÃO - FEVEREIRO 2022

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CATIA CILENE MARQUES DOS SANTOS
JAILSON LIMA SANTOS
NICOLLY SANTANA COITINHO
SHEILA DA SILVA DE SOUSA DOS REIS
LILIAN KATIA ALVES DA SILVA
WILLIAM ROMÃO DA SILVA


ENFERMEIRA

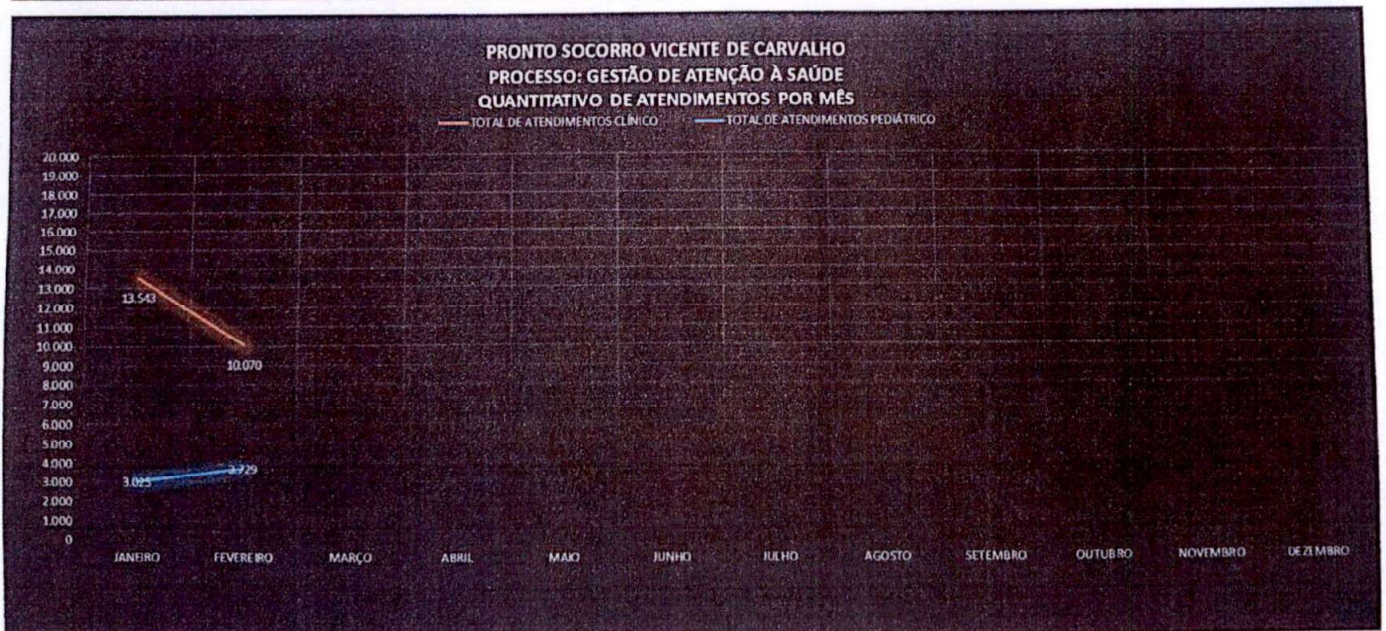
ANA PAULA MORMITO NISHIO



INDICADORES E METAS QUANTITATIVAS

1 - Quantitativo dos atendimentos


		PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE ATENDIMENTOS POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
TOTAL DE ATENDIMENTOS CLÍNICO	↓ 13.543	↓ 10.070											
TOTAL DE ATENDIMENTOS PEDIÁTRICO	↓ 3.025	↑ 3.729											

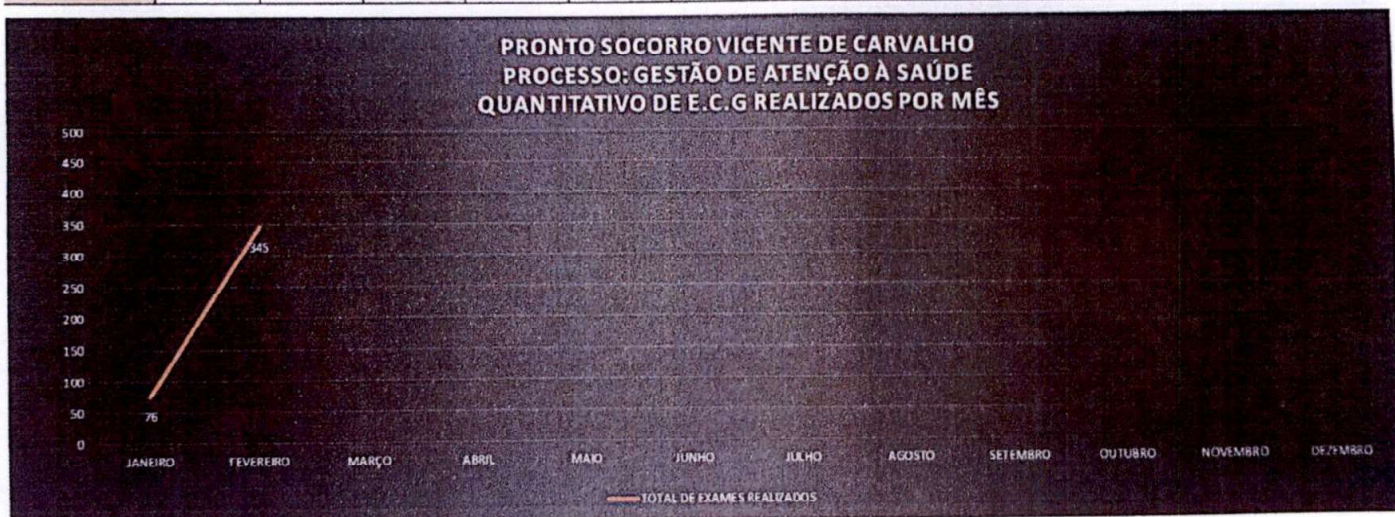


Conclusão: No mês de fevereiro, foram realizados **14.304 atendimentos**, sendo **10.070** atendimentos clínicos e **3.729** atendimentos pediátricos.

Handwritten signature

2 - Quantitativo de exames de E.C.G.

												
PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE E.C.G REALIZADOS POR MÊS												ano2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	76	345										
TOTAL DE ATENDIMENTOS	16.985	14.304										



Conclusão: O eletrocardiograma, ou ECG, é um exame feito para avaliar a atividade elétrica do coração, observando assim, o ritmo, a quantidade e a velocidade das suas batidas.


Este exame é feito por um aparelho que desenha gráficos sobre as informações acima referidas do coração que são interpretados pelo clínico geral e, caso haja alguma doença, como arritmias, sopros ou, até infarto.

Todos os pacientes que realizaram o exame de eletrocardiograma foram acompanhados por profissionais capacitados e, posteriormente, analisado pelo médico plantonista.

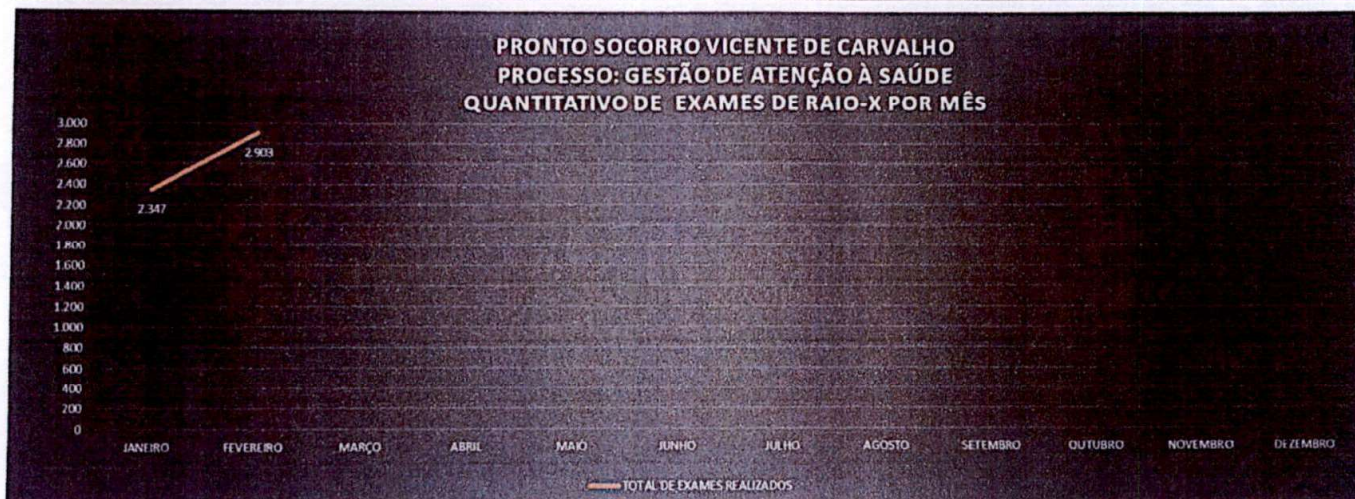
No mês de **fevereiro**, foram realizados **345 eletrocardiogramas**.



3 - Quantitativo de exames de raio-X.

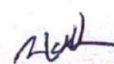
	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE EXAMES DE RAIOS-X POR MÊS											ano2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO

TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	2.347	2.903											
TOTAL DE ATENDIMENTOS	16.568	14.304											



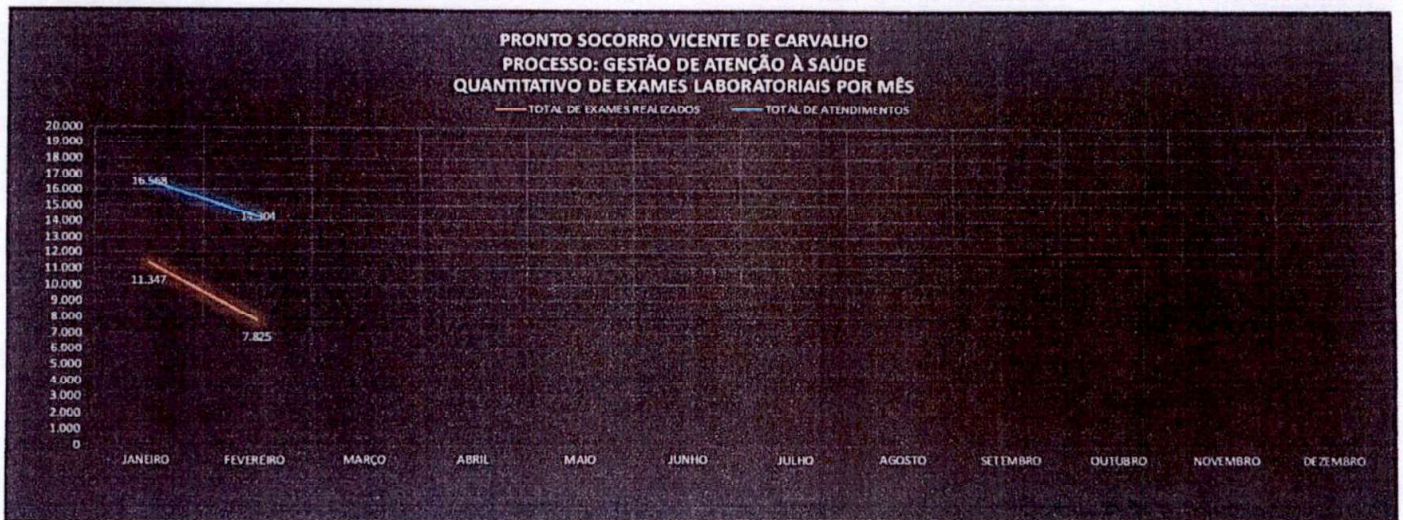
Conclusão: Os exames de imagem são responsáveis pelo auxílio no fornecimento do estado de saúde do paciente, contribuem na avaliação de diagnósticos clínicos, com a finalidade de ajudar o médico solicitante na elaboração do tratamento.

No mês de **fevereiro** foram realizados **2.903** exames radiológicos.



4 – Quantitativo de exames laboratoriais

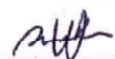
aceni Instituto de Atenção à Saúde e Educação		PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE EXAMES LABORATORIAIS POR MÊS											ANO 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	11.347	7.825											
TOTAL DE ATENDIMENTOS	16.568	14.304											




.Conclusão: Os exames laboratoriais são responsáveis pelo fornecimento do estado de saúde do paciente, auxiliam a avaliação de diagnósticos clínicos, fornecem o monitoramento do tratamento que deve ser realizado e consequente prognóstico.

Todos os pacientes que realizaram os exames laboratoriais foram acompanhados por profissionais capacitados e, posteriormente, analisado pelo médico plantonista.

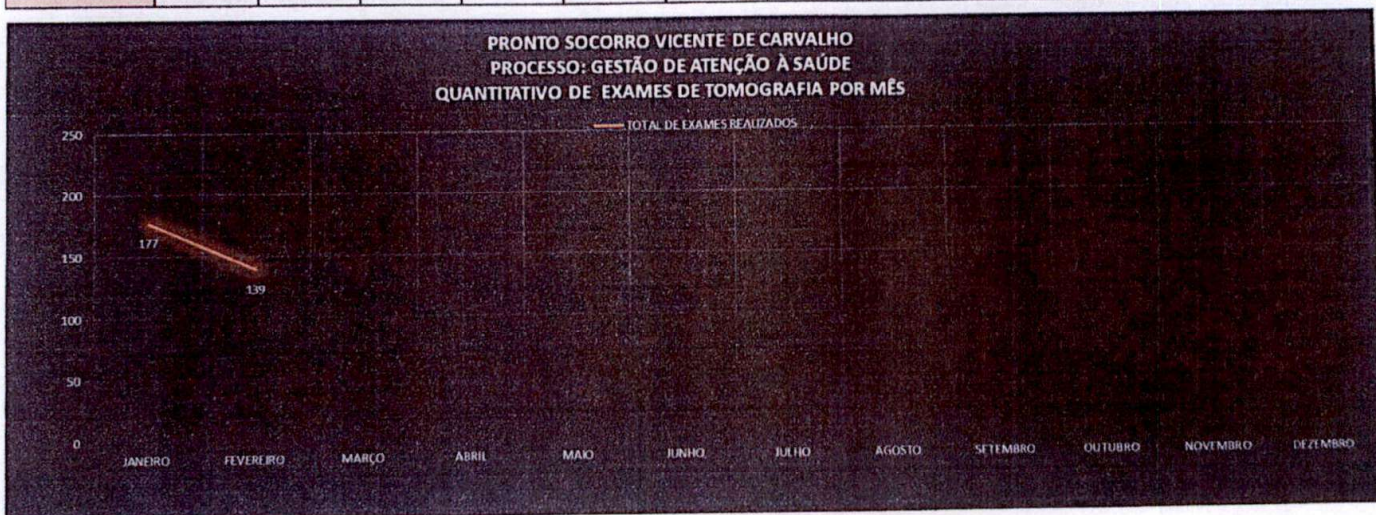
No mês de **fevereiro**, foram realizados **7.825 exames** laboratoriais.



5 - Quantitativo de exames de tomografias.

	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA POR MÊS											ano2022

MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	177	139										
TOTAL DE ATENDIMENTOS	16.568	14.384										




Conclusão: A tomografia computadorizada, ou TC, é um exame de imagem que utiliza raios X para gerar imagens do corpo que são processadas por um computador, podendo ser dos ossos, de órgãos ou de tecidos, com a finalidade de auxiliar o médico solicitante na elaboração do tratamento.

Todos os pacientes que realizaram o exame de tomografia foram acompanhados por profissionais capacitados e, posteriormente, analisado pelo médico plantonista.

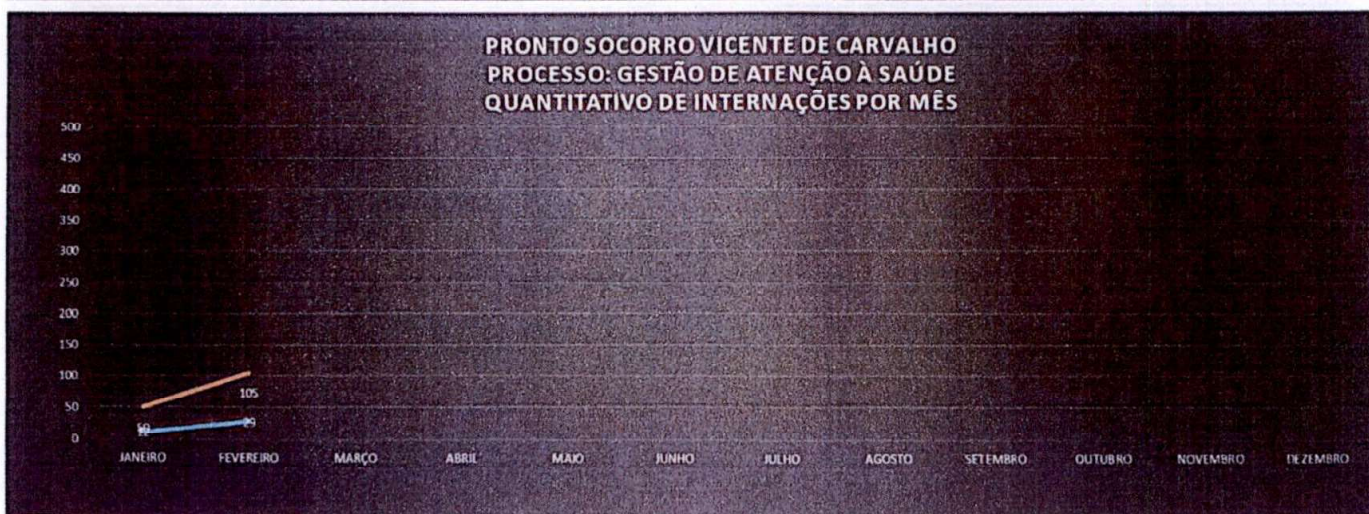
No mês de **fevereiro**, foram realizados **139 exames** de tomografia.



6 - Quantitativo de internações.

	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE INTERNAÇÕES POR MÊS											ano2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO


INTERNAÇÕES CLÍNICO GERAL	50	105											
INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS	12	29											



Conclusão: Devido a necessidade de maior observação individual de seus quadros de saúde, no mês de fevereiro, foram realizadas **134 internações**, sendo, **105 no PSA** e **29 no PSI**.

Handwritten signature

7 - Quantitativo de atendimentos realizados pela assistente social

	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE ASSISTENTE SOCIAL											ano 2022

MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS	186	225										




Conclusão: Trata-se de um serviço vinculado a área assistencial e de funcionamento de segunda a sexta-feira das 07:00 horas as 19:00 horas, o serviço social é composto por profissionais qualificados que realizam o atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes).

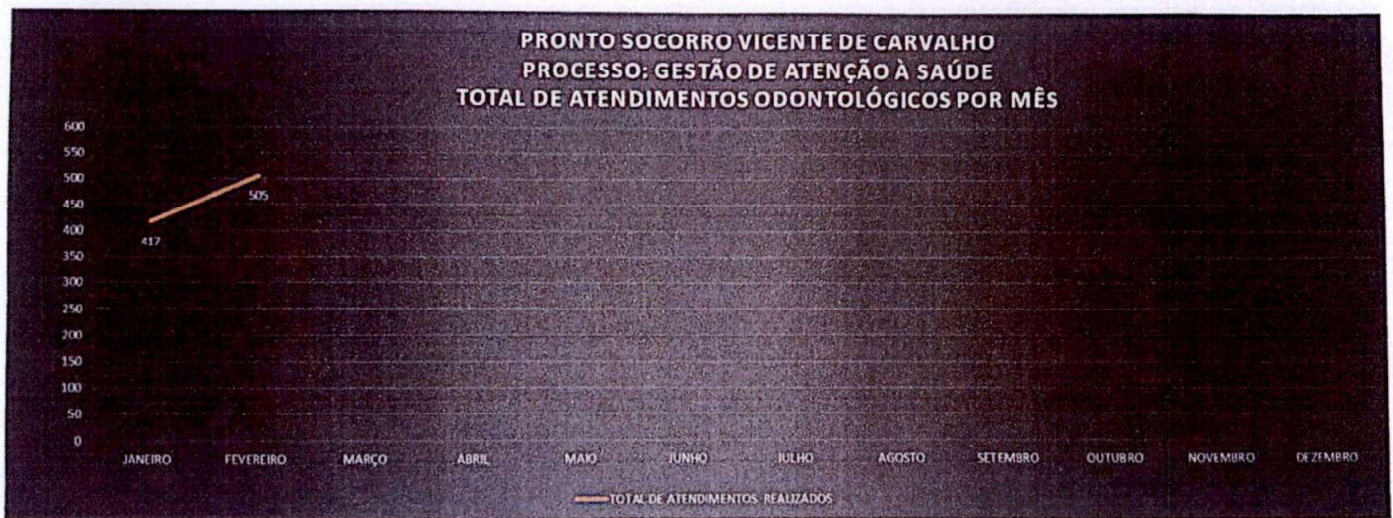
No mês de **fevereiro**, foram realizados **225 atendimentos**.



8 - Quantitativo de atendimentos odontológicos.

	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS POR MÊS											ano 2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO

TOTAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS	417	505											
----------------------------------	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

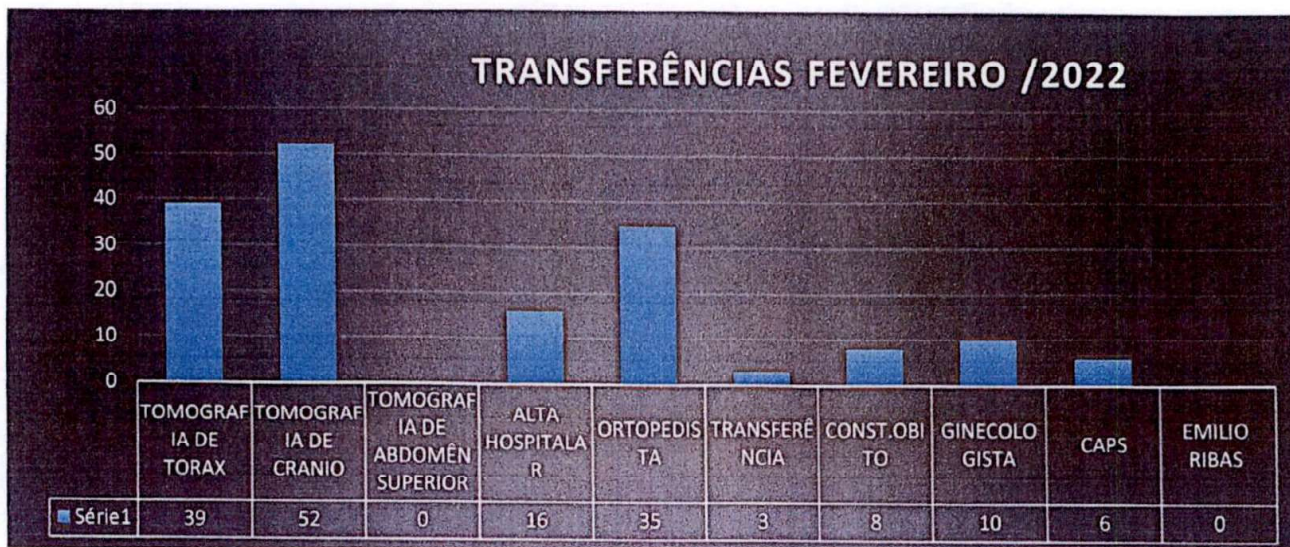


conclusão: O Pronto Socorro realiza o atendimento emergencial 24 horas por dia, com o acolhimento, avaliação da gravidade, atendimento e, se necessário, a alta ou o encaminhamento para a unidade de referência. A partir daí é possível que o paciente seja indicado para realizar todo o acompanhamento necessário para resolver o que tenha ocasionado a emergência.

No mês de **fevereiro**, foram realizados **505** atendimentos.



9 - Quantitativo de transferência.



Conclusão: É o procedimento realizado por ambulâncias, através de um veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal, que podem ser de suporte avançado ou simples, de pacientes que apresentam risco de vida, ou não.

Conclusão: No mês de fevereiro, foram realizadas 298 remoções.

Handwritten signature

Atualmente contamos com duas viaturas para realizar os transportes, uma UTI e uma básica.


Transferências:

Tomografia de Tórax – 39
Tomografia de pelve - 03
Tomografia de lombar _ 01
Tomografia de lombo sacral -01
Tomografia de crânio – 52
Tomografia de crânio e tórax – 10
Tomografia de abdômen total – 32
Transporte consulta AME – 01
Transferência consulta vascular – 01
Transferência PAM- 02
Transferência residência -16
Vaga zero – 23
Vaga cedida – 26
Vaga UTI – 06
Enfermaria - 01
Hemodiálise – 22
Gestante – 10
Ortopedia – 35
Óbitos – 11
Transferência CAPS/PAI - 06

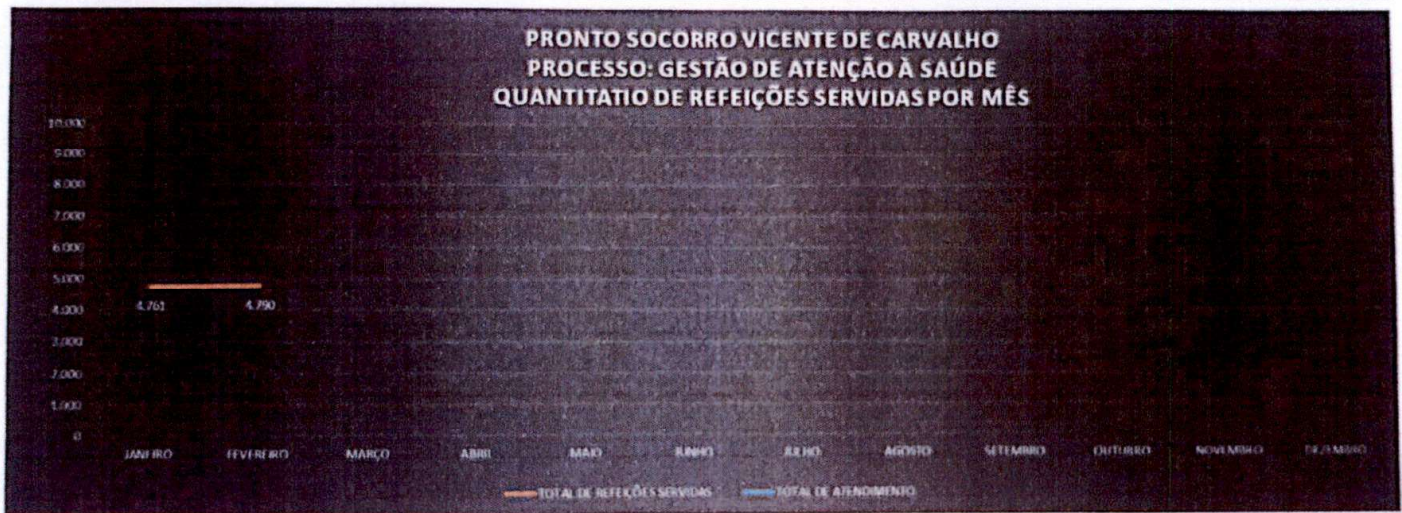
net

Conclusão: No mês de fevereiro, foram realizadas 298 remoções.

10 - Quantitativo de refeições fornecidas.

	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE REFEIÇÕES SERVIDAS POR MÊS											ano 2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO

TOTAL DE REFEIÇÕES SERVIDAS	4.761	4.790											
TOTAL DE ATENDIMENTO	16.985	14.304											



Conclusão: O serviço de Nutrição e Dietética (SND) realiza a produção e a distribuição de todos os alimentos hospitalares (dietas), tanto as de rotina quanto as especiais, empenhando-se muito para fazê-lo com qualidade. E esta não pode faltar, tendo como principal objetivo a garantia à assistência nutricional direcionada às necessidades do paciente interno. Envolvimento, participação e compromisso são características da equipe, composta por nutricionista, cozinheiras e copeiras, todos cientes das exigências da Vigilância Sanitária e da importância da segurança alimentar, para garantia do controle de qualidade das refeições produzidas. Não são apenas os pacientes que usufruem deste serviço os acompanhantes e funcionários também. Nutricionistas da área clínica priorizam o cuidado dietoterápico, interagindo positivamente com toda equipe multidisciplinar.


Os Pacientes recebem quatro (4) refeições/dia sendo elas: desjejum, almoço, lanche da tarde e jantar. Conforme a dieta traçada pelo nutricionista e médicos, quando estão internados.

Este setor conta com funcionárias treinadas para a fabricação, montagem e distribuição das dietas, além de um (1) nutricionista que orienta e coordena todas as atividades do setor.

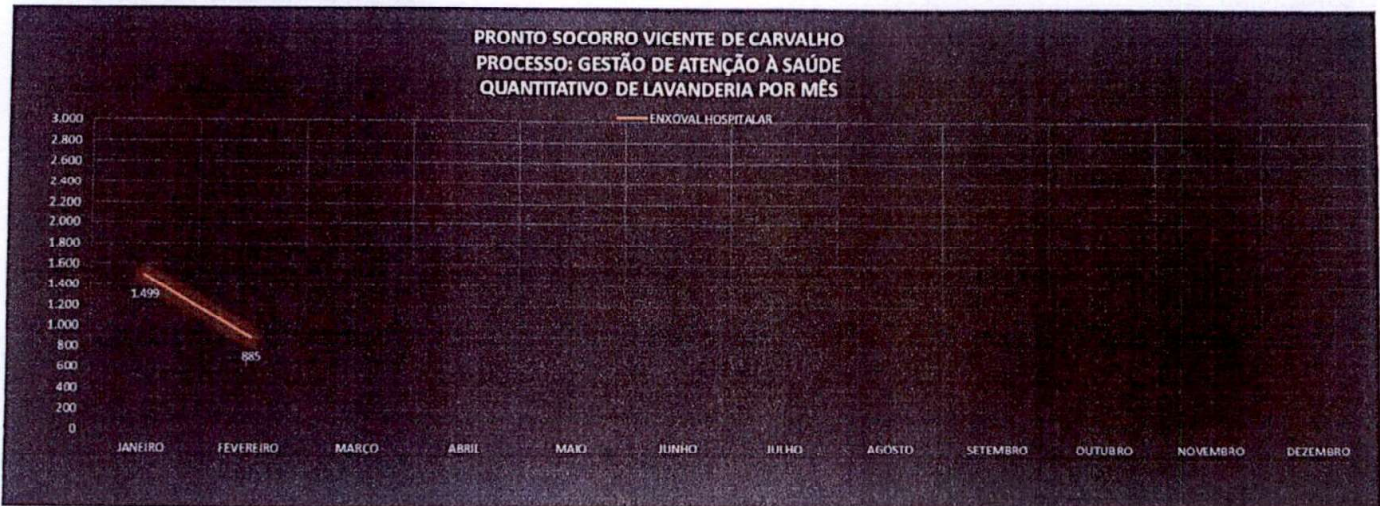
No mês de fevereiro, fornecemos 4.790 refeições aos pacientes, acompanhantes e colaboradores do Pronto Socorro.

Handwritten signature

11 - Quantitativo de lavanderia.

	PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE LAVANDERIA POR MÊS											ano2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO

ENXOVAL HOSPITALAR	1.499	885											
--------------------	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--




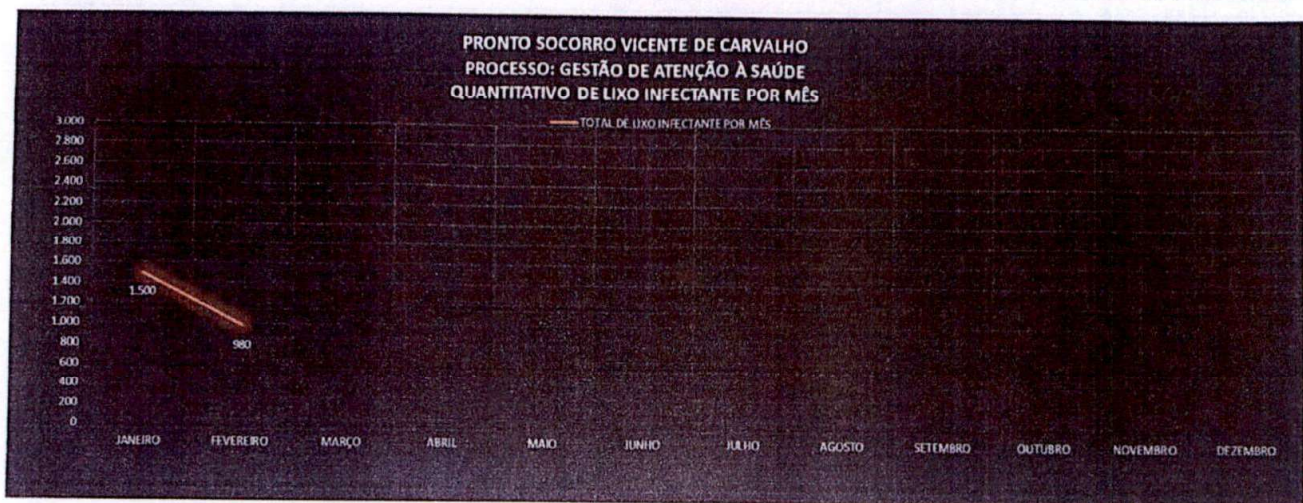
Conclusão: A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital.

No mês de **fevereiro** , contabilizamos **885 kg** de enxoval higienizado.



12 - Quantitativo de lixo infectante.

												
PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE LIXO INFECTANTE POR MÊS												ano2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE LIXO INFECTANTE POR MÊS	1.500	980										



Conclusão: Os resíduos de serviços de saúde (RSS), comumente associados à denominação lixo hospitalar ou resíduo hospitalar, é o nome que se dá aos resíduos originários de ações médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação relacionada com seres humanos ou animais.

No mês de **fevereiro**, contabilizamos **980 kg** de resíduos hospitalares classe **A, A3 e E**, recolhidos e destinado a empresa **Global** para o descarte correto.



13 - Quantitativo de óbitos.

aceni		PROJETO: GUARUJÁ - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUANTITATIVO DE ÓBITOS POR MÊS											ano2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
TOTAL DE ÓBITOS	18	10											
TOTAL DE ATENDIMENTOS	16.985	14.304											



Conclusão: Trata-se da taxa de mortalidade da unidade.

No mês de **fevereiro**, foram apurados **10 óbitos** na unidade, equivalente a **0,09 %** do total de atendimentos realizados no mesmo período.

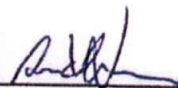


CONCLUSÃO FINAL:

O processo de operacionalização e execução transcorre conforme o projeto e garantiu o pleno funcionamento das atividades do Pronto Socorro Vicente de Carvalho, este foi acompanhado e monitorado pela Secretaria de Saúde e está em concordância com o Plano Operativo acordado.

Todos os processos e fluxos determinados sofreram as alterações necessárias conforme o andamento dos serviços e o estudo da demanda, e continuarão a ser monitorados e, se necessário, serão realizadas novas ações, visando aperfeiçoar e melhorar o atendimento e operação.

Contudo, podemos afirmar que, mesmo ante a tantos os desafios, o Pronto Socorro Vicente de Carvalho tem apresentado um índice alto de resolubilidade e eficácia, cumprindo o que se espera de um serviço de Urgência e Emergência: Garantir o direito a um atendimento humanizado e digno, disponibilizando todos os recursos necessários para salvar a Vida.



Washington Duarte Coutinho

Gerente Administrativo

PROJETO GUARUJÁ – SP

SERVIÇO DE AVALIAÇÃO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

FEVEREIRO



Pesquisa- Humaniza SUS / Assistência Social - PSVC



Mês - 02/22	Pesquisados	Atendimento / Recepção / Enfermagem / Médicos	Tempo de Espera	Agendamento / Retorno / Exames / Procedimentos	Serviços Oferecidos	Limpeza da Unidade	Atendimento no Geral
ÓTIMO		72	57	65	65	65	65
BOM		120	114	125	125	125	125
REGULAR	204	11	31	13	13	13	13
RUIM		1	2	1	1	1	1
TOTAL		204	204	204	204	204	204

ÓTIMO	35,3%	27,9%	31,9%	31,9%	31,9%	31,9%	31,9%
BOM	58,8%	55,9%	61,3%	61,3%	61,3%	61,3%	61,3%
REGULAR	5,4%	15,2%	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%
RUIM	0,5%	1,0%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Atualmente a pesquisa de satisfação está sendo realizada com o apoio da assistente social, adotamos essa medida preventiva para evitar a transmissão do covid-19.

No mês de Fevereiro , foram realizadas 204 pesquisas de satisfação, conforme a planilha acima, nosso índice de atendimento é satisfatório.



Atendimentos - Humaniza SUS / Assistência Social - PSVC - 2022



Mês	QNT de Atendimentos	Quantidade de Encaminhamentos			
		UBS/USafa	ESPECIALIDADES	SAÚDE MENTAL	DIVERSOS
Janeiro	326	40	41	48	197
Fevereiro	225	24	37	42	122
Março					
Abril					
Maiο					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Total	551	64	78	90	319



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Catarine Ylerix
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 997543499

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paocara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Marta
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 991242795

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paocara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Joela das Graças Santos
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 981177786

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jessica Miranda
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 981451981

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

nome: Aparecida Pereira
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 988158517

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

nome: Paulo
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 988809421

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

nome: Cariane dos Santos Silva
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 988202064

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

nome: Luiz Felipe
E-MAIL: _____ DATA: 01/02/22
END.: 988025435

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jane Jeronima Bosco
E-MAIL: _____ DATA: 02/02/22
END.: 988490183

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM (X)NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X)SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jolanda Joaquim
E-MAIL: _____ DATA: 02/02/22
END.: 33917882

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM (X)NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X)SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Ermino
E-MAIL: _____ DATA: 02/02/22
END.: 33912879

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM (X)NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X)SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Camila Lopes
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Rua Lusboa 93

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM ()NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? ()SIM ()NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jessica Mayara
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: 3357 9629

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Dentista

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Caroline Rosetti de Almeida
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Rua Manoel 399

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Dentista



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Ester Silva Campos
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Rua Particular Mato Grosso 21

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Ana Beatriz Barboza
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Rua Primeiro de Junho

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Jessica Taus
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Av. Severo Cendes 70

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Jane Magali Ferreira
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua Aracáiba 20

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Aline Marcos
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua João Penca 100

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Fabiano Machado
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua Adair Rodrigues 125

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Dentista

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Gene Aparicio
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/2022
END.: Espirito Santo Penha 40

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Dentista

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Nicolly Santana Coutinho
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/2022
END.: Tr. Cento e Um 48

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Anna Beatriz Cruz
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/2022
END.: Rua Dr. Guilherme Junke 709

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Oricka Regina
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/2022
END.: Rua Primeiro de Junho 202

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Maíla Cristine
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua Espírito Santo 369

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paicara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Adriana Geuvela Amouim
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua Franca 44

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paicara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Carla Cristine
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua Mato Grosso 23

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Dentista

Av. São João, 111 - Sítio Paicara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Camila Cristina
 E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
 END.: Rua Arilene Farinazzo 755

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

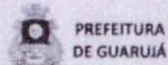
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Dentista

Av. São João, 111 - Sítio Paicara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Edilson Moreira
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Rua Duque de Caxias 71

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

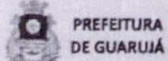


	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Fabio Santo da Cruz
E-MAIL: _____ DATA: 04/02/22
END.: 981353602

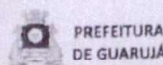
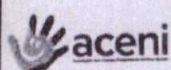
De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Ana Maria de Oliveira Souza
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Av. Guadalupe Cruz 79

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Samuel Martins
E-MAIL: _____ DATA: 04/02/22
END.: 996296686

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Rodrigo Lima
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 996701471

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Ricardo Costa
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 981431023

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Francisca
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 33523930

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Christiane Santos
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 991670671

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jose Sergio Ribeiro
E-MAIL: _____ DATA: 03/02/22
END.: Rua Rui Barbosa 518

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Carla Martins
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Rua Barneri, 96

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Raquel Pereira Santos
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: 3326-5288

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Danielle Anunciacao
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Rua Pinheiros 4

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE Satisfação

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jovildo Francisco Santos
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Capitão Francisco Lessa 166

De forma geral, quanto satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paçoca (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE Satisfação

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Antônio Marcos Araujo
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: 991817995

De forma geral, quanto satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paçoca (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE Satisfação

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Maria José Silveira
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Rua Tambau 700

De forma geral, quanto satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Dentista



PESQUISA DE Satisfação

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Rosângela Galdino
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Rua São José 365

De forma geral, quanto satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Luiz Carlos de Oliveira
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Rua Monte Oabrac 77

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Dentista

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Veronica Silva dos Santos
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: _____

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Cristiane Fatima
E-MAIL: _____ DATA: 05/02/22
END.: Rua Mongaguá

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Amaragi Neves
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Duque de Carias 170

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (x) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (x) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Thaynã de Oliveira
 E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
 END.: Rua Batista 67

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Pacara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Claudiane Souza Santos
 E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
 END.: Rua Proxhada 6

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Pacara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Caroline Silva Gomes
 E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
 END.: Rua Vicente de Carvalho Pinto 73

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Fabiola Labatana
 E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
 END.: Rua Santa Isabel, 492

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Emellen Caroline
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Mato Grosso, 1082

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Karla Cristina dos Santos
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Manoel de Góes 333

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Lais Kelly
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: São Jorge 125

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Camila Barcellos Nascimento
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Ezequiel da Costa Gama 375

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA Nossos SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS Nossos SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Shasta Dias
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Ipanema 63

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Vanessa de Sa
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Av Osvaldo Cruz 358

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Paula Cristina
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Rosa de Abreu Souza 334

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Ana Luiza Naiara da Silva
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Travessa 355 Quadra 145

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Diana Pinto de Souza
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Bertoga 620

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Rosemary Goes
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Pumero de Abril, 5

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Letícia de mel
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua Valderi de Almeida 806

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Andrea Cordero Freitas
E-MAIL: _____ DATA: 06/02/22
END.: Rua S, nº 93

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paçara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: María José dos Santos

E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22

END.: 996559537

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: María Angelica

E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22

END.: 997381168

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: María de Fatima

E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22

END.: 33426626

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Nicoli Liqueu Ferrera

E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22

END.: 978021742

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jardine Lourenço
E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22
END.: 33423932

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Albano Pereira de Jesus
E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22
END.: 996302319

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Clayton Barros da Silva
E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22
END.: 991246929

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Wagner dos Santos Ramos
E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22
END.: 981446569

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Aquinaldo da Silva
E-MAIL: _____ DATA: 07/02/22
END.: 997271173

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Douglas da Costa
E-MAIL: _____ DATA: 08/02/22
END.: 982068088

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Lucas Teixeira
E-MAIL: _____ DATA: 08/02/22
END.: 991345978

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE 😞 😐 😊
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Luizetele Santos
E-MAIL: _____ DATA: 08/02/22
END.: 33411993

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Pediatria

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: João Alves de Oliveira
E-MAIL: _____ DATA: 08/02/22
END.: (11) 978093773

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Jolando Joaquim
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 33417882

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Helena Cogan Fernandez
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 996038486

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Marilda Aparecida Celestino
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: 997588386

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? (X) SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Dalme Nascimento
E-MAIL: _____ DATA: 09/02/22
END.: _____

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES
Pediatria



PESQUISA DE
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Fernanda Cristiane
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: Rua Marechal F. Roxo 268

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Guilherme Henrique
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: Rua Admirante Barroso, 40

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



PESQUISA DE
SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
NOME: Darlene Bernardo
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: Rua Belo Horizonte, 42

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM (X) NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES



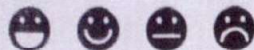
PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Maicon Barcelos
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: (11)930655970

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Danielo Carvalho
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: Rua Quatro, 27

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



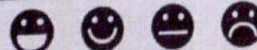
PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Danielo da Silva
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: Rua Grauna 130

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



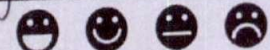
PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Diego da Silva
E-MAIL: _____ DATA: 10/02/22
END.: Senador Salgado Filho 409

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Danilo Ferreira
 E-MAIL: DATA: 10/02/22
 END.: Rua Robinson Carneiro 96

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	OTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Danilo Lima
 E-MAIL: DATA: 10/02/22
 END.: Rua Nove 29

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	OTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Danielle Aparecida
 E-MAIL: DATA: 10/02/22
 END.: Rua São Miguel 669

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	OTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer sua opinião referente aos nossos serviços. Para tanto solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas ações para melhor atendê-lo.

VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?
 NOME: Elaine Cristina de Souza
 E-MAIL: DATA: 10/02/22
 END.: Manoel Hipólito 500

De forma geral, quão satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito está com atendimento?



	OTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMEIRA VEZ QUE UTILIZA NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. São João, 111 - Sítio Paecara (Vicente de Carvalho) - Guarujá - SP | CEP: 11432-501

PROJETO GUARUJÁ – SP

FATURAMENTO SUS

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

fevereiro



FATURAMENTO SUS 02/2022



Cód.SUS	Procedimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
0301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	451	453	422	419	362	328	318	365	467	464	375	386	434	535	487	471	477	473	402	438	486	506	523	473	463	409	429	484				12300
0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR (PACIENTE)	1180	560	827	484	452	860	576	625	486	1185	679	439	1071	561	548	1121	489	510	1192	457	993	1290	555	900	524	759	445	478				20246
0301100039	AFERÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	27	25	30	23	22	18	18	8	11	18	10	9	14	1	5	28	8	4	25	7	8	36	23	9	6	8	10	5				416
0301060029	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	8	10	17	14	9	10	8	3	10	10	2	5	5	3	5	6	6	1	4	5	6	9	5	10	6	4	4	4				189
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	9	8	17	18	9	8	13	19	26	17	13	3	21	17	12	12	20	11	16	16	18	15	7	17	13	7	5				367	
0301060096	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	432	443	396	392	348	303	297	343	434	443	384	448	409	515	466	469	452	454	387	415	470	482	606	482	449	402	462	11538			23661	
0301060100	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISORIA																		1													1	
0201020041	COLETA DE MATERIAL P/EXAME LABORATORIAL	55	38	57	45	39	24	28	28	62	34	34	28	42	35	42	34	54	27	45	22	49	41	45	45	73	21	25	24				1096
0307020029	CURATIVO DE DEMORA C/OU S/ PREPARO BIOMECANICO		3													2									1								9
0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	1																															1
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	3	3	1	1	4	4	8	2		3	6	5	5	2		5	3		4	2	4	3		3	1	1					68	
0414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE											1																					1
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	6	7	4	5	5	3	5	3	2	2		4	6	1	1	2	1	1	7		2	8	1	1	1	1	1	2				80
0301100101	INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO													1							9			17				30					39
0101020090	SALAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA		3	2	1					2		1	1			1			2			1							1				18
0214010163	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	1	2		1	3			1							1																	10
	Total Procedimento	2173	1552	1775	1402	1250	1558	1271	1399	1500	2176	1505	1328	2009	1670	1570	2148	1510	1484	2091	1362	2037	2407	1769	1923	1539	1628	1324	12542			57902	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

fevereiro/2022	AZUL	VERDE	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	ATENDIMENTOS
1	108	256	69	2	0	435
2	252	149	26	1	0	428
3	106	208	88	2	0	404
4	219	127	28	1	0	375
5	105	146	41	1	0	293
6	206	85	21	2	1	315
7	114	203	58	1	0	376
8	125	313	44	0	2	484
9	125	230	80	0	1	436
10	88	299	50	0	1	438
11	87	201	75	0	0	363
12	236	81	21	0	2	340
13	90	227	73	0	0	390
14	105	331	41	0	0	477
15	113	282	80	0	0	475
16	76	326	48	2	1	453
17	89	220	93	0	0	402
18	95	316	57	1	0	469
19	87	210	73	0	1	371
20	125	236	48	0	0	409
21	148	265	90	1	0	504
22	97	248	85	4	0	434
23	201	233	86	0	0	520
24	132	268	136	1	0	537
25	116	262	74	1	0	453
26	92	221	57	2	0	372
27	142	199	78	0	0	419
28	94	258	68	0	0	420
TOTAL DO MÊS	3573	6400	1788	22	9	11792
TEMPO MÁXIMO DE ESPERA	#REF!			TAXA DE CLASSIFICAÇÃO		100,00%
TOTAL DE PACIENTES CLASSIFICADOS			11792			

PROJETO GUARUJÁ – SP

PONTOS MÉDICOS E ESCALA MEDICA

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

FEVEREIRO

ESCALA MÉDICA INDIVIDUAL PROJETO GUARUJÁ - 02/2022 (CLÍNICA MÉDICA)

MÉDICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
ALESSANDRA SANTOS DOS REIS - 201631																													
BAGGIO DE ARAUJO FOLHADELA - 222482												1,0																	
BARBARA REDONDO SHINODA - 225338																													
BIANCA ZEPF TENREIRO - 225343																													
BRENDA BELEN BALCAZAR MERCADO - 226943											1,0																		
BRUNA DA SILVA PONTES - 227306																													
DEBORA DE PAULA FEDER - 224340																													
ELOA POLITI FERNANDES - 225366																													
ERICK RODRIGUEZ PANIAGUA - 174214																													
GABRIELA MALLET GONZAGA SCANDIUCO - 207291																													
GABRIELLE KAREN CARDOSO VILLENA - 227531																													
GEORGIA SOUZA CARVALHO WANDERLEY - 213526																													
GUILHERME LUIZ FURLAN - 225536																													
ISA OLIVEIRA BARBOSA - 145005																													
JASSER SAN CRISTOBAL CALDERON - 183162																													
JEFFERSON FERREIRA DE FRANÇA - 213391																													
JESSICA COSTA MENEZES - 198221																													
JOAO ANTONIO LUCAS OLIVEIRA - 205136																													
JULIANA VIDAL CRESTI - 208018																													
LARISSA DIAS EVARISTO - 225876																													
LAURA ALMEIDA LIBERTI - 226577																													
LUSSETH ROXANA ROMERO GARZON - 208082																													
LUCAS ROCHA RABELO - 212122																													
LUIS OCTAVIO VILLENA - 107501																													
MARIA LUISA SILVA CRUZ - 225569																													
MAX WENDEL PAES SOUZA - 214427																													
MURILO CASTILHO DOS SANTOS - 225582																													
RAUL SERRA - 225593																													
RONAL ROMAS LABRADA - 187623																													
SANDRA ISABEL LOPEZ MORENO - 111048																													
SIDRONIO ALISON SOARES DELGADO - 214489																													
STEFAN TUBEL - 225466																													
SYLVIA HELENA MINOZZO MELLO - 88511																													
THAMIRESS CASSIA PEREIRA - 227709																													
VALTER BICUDO PICCINALI - 177637																													
VANESSA TOBIAS SANCHES - 205581																													
WAYRA JEASMINE CORCO CHAVEZ - 189877																													
YOANKA RODRIGUEZ BETANCOURT - 197165																													

ESCALA MÉDICA INDIVIDUAL PROJETO GUARUJÁ - 02/2022 (VISITA CLÍNICA)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
MÉDICO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
VANESSA TOBIAS SANCHES - 205581			1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0			1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
MARCIO FRANCISCO VETRO DE MARCO - 145335	1,0						1,0					1,0			1,0	1,0														


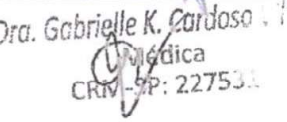

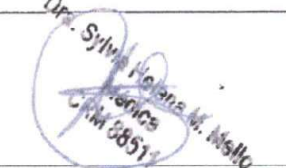
ESCALA MÉDICA INDIVIDUAL PROJETO GUARUJÁ - 02/2022 (EMERGÊNCIA)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
MÉDICO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
ANA CARLA DE ALMEIDA LIBERTI - 83352					1,0																							
BARBARA ALVES RHOMBERG - 190524	1,0															1,0												
CAUE CARVALHO DE FREITAS - 182140				1,0	1,0																							
GABRIELA MALLET GONZAGA SCANDIUCCI - 207291												1,0																
LUIS OCTAVIO VILLENA - 107501																	1,0	1,0	1,0									
MARCIO FRANCISCO VETRO DE MARCO - 145335						1,0	1,0		1,0					1,0														
NILSON SERGIO RIBEIRO DE SOUZA GLÓRIA SOUTO - 123818						1,0	1,0																					
REBECA BATISTIN REZENDE - 217490														1,0	1,0													
SOMNIA MARLENE CADOGAN PIRAGGINI - 90134																						1,0						
SYLVIA HELENA MINOZZO MELLO - 88511	1,0	1,0														1,0	1,0											

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

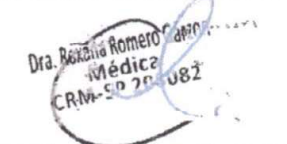

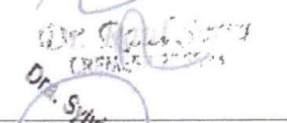

PLANTÃO DIURNO

01/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Garmila Scardine		07-19h
CLINICA	Gabrielle Ann Carlos Villan	 Dra. Gabrielle K. Cardoso Médica CRM-SP: 227531	07-19h
CLINICA	ROXANA ROMERO	 Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	07-19
EMERGENCISTA	Sylvia Helena M. Netto	 Dra. Sylvia Helena M. Netto Médica CRM 88511	7-19L

PLANTÃO NOTURNO

01/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	ROXANA ROMERO Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	 Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	19h-07:00h
CLINICA	Guilherme Luiz Furlan	 Dr. Guilherme Luiz Furlan Médico CRM-SP 225836	19h-7h
CLINICA	Dr. Raul Serra CRM-SP 225592	 Dr. Raul Serra CRM-SP 225592	19h-7h
EMERGENCISTA	Sylvia H. Netto	 Dra. Sylvia Helena M. Netto CRM 88511	19-7L

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

02/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Debora de Paula Jean	Dra. Débora Feder Médica CRM-SP 224340	7-19h
CLINICA	Laura A. Siberti	Dra. Laura A. Siberti CRM-SP 226577 Médica	7-19h
CLINICA	Gabrielle Karim Cardoso Vellera	Dra. Gabrielle K. Cardoso Vilela Médica CRM-SP: 227531	7-19h
EMERGENCISTA	Barbara A. Rosenberg	Dra. Barbara A. Rosenberg CRM-SP 20524 02 FEB. 2022	07-19

PLANTÃO NOTURNO

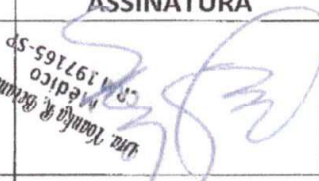

02/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romero	Dra. Roxana Romero Médica CRM-SP 208082	19-07h 19-07h
CLINICA	Georgina Wanderley	Georgina Wanderley CRM 213526	19-07h
CLINICA	Wayra Chavez	Dra. Wayra J. Corico Chavez Médica S 149877	19-7
EMERGENCISTA	Rebecca B. Rezende	Dra. Rebecca Brittan Rezende Médica CRM-SP 217.430	19-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

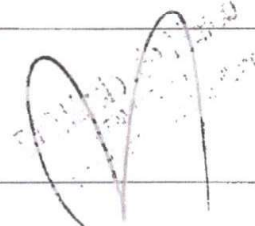
PLANTÃO DIURNO

03/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Isabela Raposo	 Dra. Isabela Raposo Médica CRM-SP 197165-SP	07-19
CLINICA	Gabrielle Karen Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP 227531	07-19h
CLINICA	Isabela Raposo Isabela Raposo	Assinatura Dra. Isabela Raposo Médica CRM-SP 197165-SP	
EMERGENCISTA	MARCELO DA MATA		7h-19h

PLANTÃO NOTURNO

03/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	ROXANA ROMERO	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 08082	19-07
CLINICA	Raul Serra	Dr. Raul Serra CRMESP 225593	19-07h
CLINICA	Isabela Raposo Isabela Raposo	Assinatura Dra. Isabela Raposo Médica CRM-SP 197165-SP	
EMERGENCISTA	MARCELO DA MATA		19h-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

04 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romero G.	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	07-19h
CLINICA	Gabrielle Haun Cardoso Vellone	Dra. Gabrielle K. Cardoso Vllena Médica CRM-SP: 227531	07-19h
CLINICA	Haun Albert.	Dna. Laura J. Siberti Médica CRM-SP 226577	07-19h
EMERGENCISTA	Caio Cavallo	Dr. Caio Carvalho de Freitas Médico CRM - SP - 182140 CRM - F. 52-0106522.0	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

04 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Erick Rodriguez	Dr. Erick Rodriguez P CRM 174214 Médico	19-07h
CLINICA	Dr. Erick Rodriguez	Dr. Erick Rodriguez P	19-07h
CLINICA	Dr. Erick Rodriguez	Dr. Erick Rodriguez P CRM 174214 Médico	19-9.
EMERGENCISTA	Caio Cavallo	Dr. Caio Carvalho de Freitas Médico CRM - SP 182140 CRM - RJ 52-0106522.0	19-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

05 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dr. Vagner B. Piccinalli Médico CRM-SP 177.637	<i>[Handwritten Signature]</i>	07-19h
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dr. Vagner B. Piccinalli Médico CRM-SP 177.637	<i>[Handwritten Signature]</i>	7-19
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dra. Laura A. Liberti Médica CRM-SP 226577	<i>[Handwritten Signature]</i>	7-19h
EMERGENCISTA	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>	7/190

PLANTÃO NOTURNO



05 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dr. Erick Rodriguez Médico CRM-SP 174274	<i>[Handwritten Signature]</i>	19-07h
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dra. Weyra J. Corico Chavez Médica CRM/SP 189877	<i>[Handwritten Signature]</i> Dra. Weyra J. Corico Chavez Médica CRM/SP 189877	19:07
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dra. Jessina Costa Moraes Médica CRM/SP 189877	<i>[Handwritten Signature]</i>	19.00 07.00
EMERGENCISTA	<i>[Handwritten Signature]</i> Dra. Jessina Costa Moraes Médica CRM/SP 189877	<i>[Handwritten Signature]</i>	19h.00 07h.00

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022


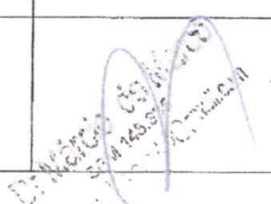
PLANTÃO DIURNO

06/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA			07:00
CLINICA	Julio Porto Meyer		18:00
CLINICA	Gabrielle K. L. Villero		7-19
CLINICA	Drª Larissa D. Evaristo CRM-SP 225876	Drª Larissa D. Evaristo CRM-SP 225876	7-19:00
EMERGENCISTA	Luis Octavio Villero	Dr. Luis Octavio Villero CRM 107 501 CLINICO - PAL	7-19:00

PLANTÃO NOTURNO

06/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	José Roberto Calderon		19-07
CLINICA	Ronal Romão Lanna	Dr. Ronal Romão Lanna CRM 187.023 SP	19/07
CLINICA	Raul Senna	Dr. Raul Senna CREMESP 225593	19/07
EMERGENCISTA	MARCO DE MORAES		19h-3h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

07 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i>	Dr. Jefferson Ferreira de França Médico CNS 898.005.167.214.728 CRM 213309	07-19h
CLINICA	Laura Liberti	<i>[Handwritten Signature]</i>	07h 19h
CLINICA	Sybia M. M. Melo	<i>[Handwritten Signature]</i>	7-19
EMERGENCISTA	Luis Odano Villena	DR. LUIS OCTAVIO VILLENA CRM 107.501 CLINICO GERAL 07 FEV. 2022	7-19

PLANTÃO NOTURNO

07 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i>	Lucas Rocha Rubelo CRM/SP 212124 07 FEV. 2022	19-07h
CLINICA	<i>[Handwritten Signature]</i>	José Antonio de Oliveira CRM/SP 212124 06 FEV. 2022	19-07h
CLINICA	Gabrielle Karen Castro Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	19-07h
EMERGENCISTA	Rebeca Rezende	Dra. Rebeca Patrícia Rezende Médica CRM/SP 217.490	19-07h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

08/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Maria Luisa Silva Cruz	Dra. Maria Luisa S. Cruz Médica CRM-SP 225569	07H-19H
CLINICA	ROXANA ROMERO S.	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	07 - 19H
CLINICA	Gabrielle Karan Cardoso Vellon	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	07-19h
EMERGENCISTA			

PLANTÃO NOTURNO

08/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Vidúnio Alison S. Delgado Médico CRM-SP 214489		19-7
CLINICA	Dr. Raul Serra CRMESP 225593		19-7h
CLINICA	ROXANA ROMERO.	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	19-7H.
EMERGENCISTA	Dr. Márcio de Marco CRM: 145.335	Dr. Márcio de Marco CRM: 145.335	19h-24h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

09/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	D. Deora de Paula Feder	Dra. Deora Feder Médica CRM-SP 224340	7-19h
CLINICA	Gabriela de M. N. Kneib	Dra. Gabriela Nastre Kseih CRM 225.091	7-19h
CLINICA	Thaís	Médica CRM 197165-SP	7-19h
EMERGENCISTA			

PLANTÃO NOTURNO

09/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Vanessa Tobias Sanchez	Dra. Vanessa Tobias Sanchez CRM-SP 205581	19-07h
CLINICA	Lucas R. Rabelo	Lucas Rocha Rabelo CRM-SP 213122 13/11/2022	19-07h
CLINICA	Thaís	Dra. Thaís CRM-SP 2022	19-7
EMERGENCISTA	Rebecca Rezende	Dra. Rebecca Balistin Rezende Médica CRM-SP 217.490	19-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

10/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Murilo Castilho dos Santos Médico CRM-SP 225.582	Murilo Castilho dos Santos Médico CRM-SP 225.582	07:00 19:00
CLINICA	Gabrielle Karan Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP 227531	07-19h
CLINICA	Ronal Romas Labrada	Dr. Ronal Romas Labrada CRM 197.623-SP 10 FEV 2022	07-19
EMERGENCISTA	Sylvia H. m. mello	Dra. Sylvia Helena M. Mello Médica CRM 80511	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

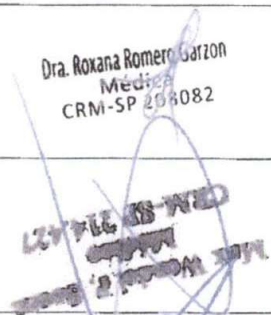
10/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Ronal Romas Labrada	Dr. Ronal Romas Labrada CRM 197.623-SP 10 FEV 2022	19-07
CLINICA	Dr. Guilherme Luiz Furlan Médico CRM-SP 225536	Dr. Guilherme Luiz Furlan Médico CRM-SP 225536	19-07
CLINICA	Andre Roberto Menezes	Dr. Andre Roberto Menezes CRM-SP 225536	19-07
EMERGENCISTA	Sylvia H. m. mello	Dra. Sylvia Helena M. Mello Médica CRM 80511	19-19h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

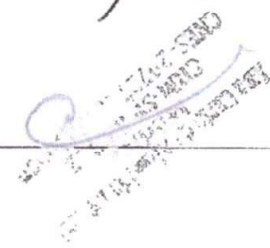
PLANTÃO DIURNO

11 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romero G.	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 258082	07-19
CLINICA	Mariana Dias Souza	 MARIANA DIAS SOUZA MÉDICA	07-19h
CLINICA	Guilherme Luiz Furlan	Dr. Guilherme Luiz Furlan Médico CRM-SP 225536	07-19h
EMERGENCISTA	Leis Octavio Villena	DR. LEIS OCTAVIO VILLENA CRM 107.571 CLINICO GERAL 11 FEV. 2022	7-19

PLANTÃO NOTURNO

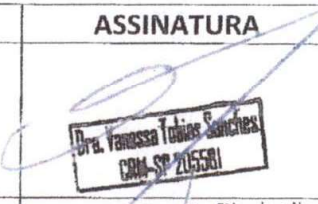
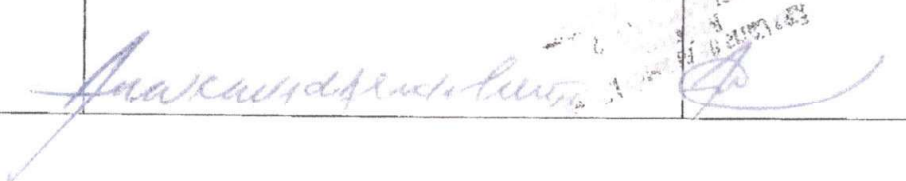
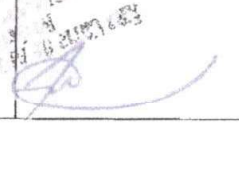
11 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Gabriela Kneib	Dra. Gabriela Nostre Kseib CRM 225.091	19-7h
CLINICA	Isana Liberti	Dra. Isana A. Liberti CRM-SP 226577 Médica	19-7h
CLINICA	Jessica Botelho	Dra. Jessica Botelho CRM-SP 226577 Médica	19-7h
EMERGENCISTA	Franca de Almeida	 FRANCA DE ALMEIDA MÉDICA	190007h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

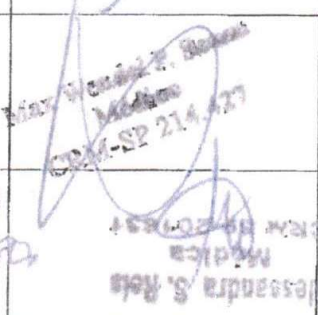
PLANTÃO DIURNO

12 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Vanessa T. Sanchez	 Dra. Vanessa Tobias Sanchez CRM-SP 205581	07-19
CLINICA	Volter B. Piccinelli	Dr. Volter Bici do Piccinelli Médico CRM-SP 177.637	7-19
CLINICA	Laura Liberti	Dra. Laura A. Liberti CRM-SP 226577 Médica	07-19h
EMERGENCISTA			07:00-19:00

PLANTÃO NOTURNO


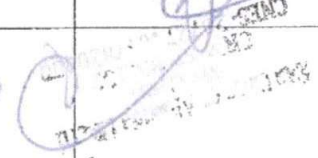
12 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Erick Rodrigues P.	Dr. Erick Rodriguez P. CRM 174214 Médico	19:-07h
CLINICA	MAX WENDER PASSALUNGO	Dr. Max Wendel P. Passalunho Médico CRM-SP 214.437	19:07h
CLINICA	Alessandra S. Reis Médica CRM SP 207631	 Médica CRM SP 207631 Alessandra S. Reis	19 às 07
EMERGENCISTA	Gabriela Scandiucci	Dra. Gabriela Scandiucci Médica CRM 207291	19h-24h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

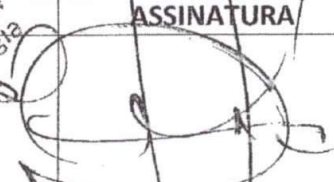
PLANTÃO DIURNO

13 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Laura Liberti		07-19h
CLINICA	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	07-19
CLINICA	Volter B. Piccinelli	Dr. Volter Piccinelli Médico CRM/SP 177.637	7-19
EMERGENCISTA	Ana Carolina Alves		07-19h

PLANTÃO NOTURNO

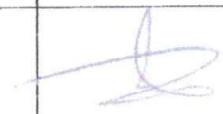
13 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Dr. José Carlos de Faria Médico CRM-SP 283162-52		19-07
CLINICA	Raul Serra	Dr. Raul Serra CREMESP 225593	19-7h
CLINICA	Roxana Romero	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	19-07
EMERGENCISTA	Rebeca Rezende	Dra. Rebeca Bastian Rezende Médica CRM-SP 217.430	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022


PLANTÃO DIURNO

14 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Gabriela N. Kselb	Dra. Gabriela Nostre Kselb CRM 225.091	7-19h
CLINICA	Laura Lent.	Dra. Laura A. Liberti CRM-SP 226577 Médica	7-19h
CLINICA	ISA. O. Barboza		7-19h
EMERGENCISTA	Luís Octavio Villewa	DR. LUIS OCTAVIO VILLEWA CRM 171.501 CLINICO GERAL 14 FEV. 2022	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

14 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Ophiriele Kax - C. Vellus		19-7h
CLINICA	Barbara Redondo Shinoda	CNS 705002256494956 CRM-SP 225338 Médica Dra. Barbara Redondo Shinoda	19-7h
CLINICA	U. C. P. S. Dr. Mayra J. Corio Chavez Médica CRM/SP 189877	Dra. Mayra J. Corio Chavez Médica CRM/SP 189877	19-7h
EMERGENCISTA	Rebeca Rezende	Dra. Rebeca Batista Rezende Médica CRM-SP 217.400	19-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

15 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romero.	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	07 - 19
CLINICA	Gabriele Kaen Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	07 - 19h
CLINICA	Debara Leao	Dra. Debara Feder Médica CRM-SP. 224200...	7 - 19h 7-19h
EMERGENCISTA			

PLANTÃO NOTURNO

15 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romero	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	19 - 07
CLINICA	Maria Luisa S. Cruz	Dra. Maria Luisa S. Cruz Médica CRM 225569	19 - 07h
CLINICA	Raul Serra	Dr. Raul Serra CRM-SP 225573	19-07h
EMERGENCISTA			

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

16 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>Debora Feder</i>	<i>Debora Feder</i> Médica CRM-SP 224340	7-19h
CLINICA	<i>Yokhina</i>	<i>Yokhina</i> Médica CRM-SP 197165-SP	7-19h
CLINICA	<i>Gabrielle Karan Carlos Villen</i>	<i>Gabrielle Karan Carlos Villen</i> Médica CRM-SP 227531	7-19h
EMERGENCISTA	<i>Bárbara A. Wanderley</i>	<i>Bárbara A. Wanderley</i> 16.FEV.2022	07-19h

PLANTÃO NOTURNO


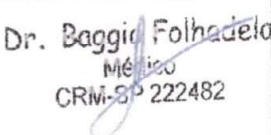
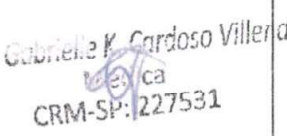
16 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>Lucas Rocha Rabalc</i> Lucas Rocha Rabalc CRM-SP 212122 16.FEV.2022	<i>Lucas Rocha Rabalc</i> CRM-SP 212122 16.FEV.2022	19-07h
CLINICA	<i>Georgina Wanderley</i> Médica CRM-SP 211526	<i>Georgina Wanderley</i> Médica CRM-SP 211526	19-07h
CLINICA	<i>Laura Leticia</i>	<i>Laura Leticia</i> Médica CRM-SP 226577	19-07h
EMERGENCISTA	<i>Rebecca Rezende</i>	<i>Rebecca Rezende</i> Médica CRM-SP 217.490	19-07h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

17 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<p>CRM-SF 224340 Médica Dra. Débora Feder Dra. Larissa</p>		7-19h
CLINICA	<p>Dr. Baggio Folhadela Médico CRM-SP 222482</p>		7-19h
CLINICA	<p>Gabrielle Perin Cardoso Viller Dra. Gabrielle K. Cardoso Viller Médica CRM-SP: 227531</p>		7-19h
EMERGENCISTA	<p>Caio C. de Faria</p>	<p>Dr. Caio Carvelho de Freitas Médico CRM-SP 182140 CRM-RJ 02-0106522-0</p>	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

17 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<p>Roxana Romero</p>	<p>Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082</p>	19-07h
CLINICA	<p>Paul Serra</p>	<p>Dr. Paul Serra CREMESP 225593</p>	19-07h
CLINICA	<p>Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136</p>	<p>Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136</p>	19-07h
EMERGENCISTA	<p>Caio C. de Faria</p>	<p>Dr. Caio Carvelho de Freitas Médico CRM-SP 182140 CRM-RJ 02-0106522-0</p>	19-07h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

18 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Laura Liberti	Dra. Laura A. Liberti CRM-SP 226577 Médica	07-19h
CLINICA	Volter B. Piccinalli	Dr. Volter B. Piccinalli Médico CRM-SP 177.637	7-19
CLINICA	Maria Luísa S. Cruz	Dra. Maria Luísa S. Cruz Médica CRM 225569	7-19
EMERGENCISTA	Cauê C. de Freitas	Dr. Cauê Carvalho de Freitas Médico CRM-SP 182.440 CRM-RJ 52.103522.0	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

18 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Laura Liberti	Dra. Laura A. Liberti CRM-SP 226577 Médica	07-19h
CLINICA	Maria Luísa S. Cruz	Dra. Maria Luísa S. Cruz Médica CRM 225569	07-19h (2) (EQUIPO)
CLINICA	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP 205136		19-07/1
EMERGENCISTA	Antônio de Fátima	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP 205136	19-07

Laura Maria Ribeiro
CRM/SP 212122
18 FEV. 2022

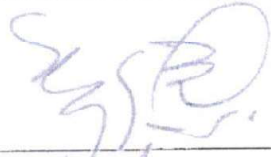
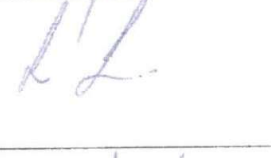

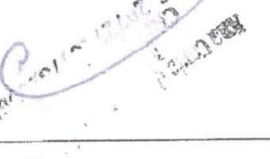
Laura Maria Ribeiro
CRM/SP 212122
18 FEV. 2022
19:00

19-07/1

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

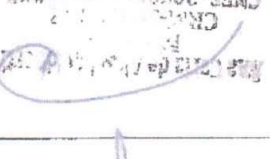
PLANTÃO DIURNO

19 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Dr. Tiago R. Petroncini Médico CRM 197165-SP		7-19h
CLINICA	Dra. Lúcia A. Liberti Médica CRM/SP 226577		7-19h
CLINICA	Alessandra Santos		7-19h
EMERGENCISTA	Alexandra dos Reis	 EMERGENCISTA - SEND	7-19

PLANTÃO NOTURNO

19 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Erick Rodrigues	Dr. Erick Rodrigues P CRM: 174214 Médico	19-07h
CLINICA	Eloá Politi Semender	Dra. Eloá Politi Médica CRM/SP: 225.366	19h-07h
CLINICA	ROXANA RONZEO	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	19-07
EMERGENCISTA	Alexandra dos Reis	 EMERGENCISTA - SEND	19-07

Alessandra Santos dos Reis


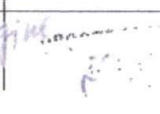
Alessandra S. Reis
CRM 201831
Médica

7h-19h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO



20 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	07-19
CLINICA	Bianca Zepf Tenreiro		07-19h
CLINICA	Maria Luísa S. Cruz	Dra. Maria Luísa S. Cruz Médica CRM: 25569	07-19h
EMERGENCISTA (*)	Somnira M. Cudogyan Praggiari		07-19h
		Dra. Bianca Zepf Tenreiro Médica CRM-SP 225 343	07-19h

Dra. Somnira M. Cudogyan Praggiari
Médica
CRM-SP 188-194

PLANTÃO NOTURNO

20 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Ronal Rorimar Laguarda		19-07
CLINICA	Raul Serra Calderon		19-07
CLINICA	Raul Serra	Dr. Raul Serra CRMESP 225593	19-07h
EMERGENCISTA	Caio Cavalho	Dr. Caio Cavalho de Freitas Médico CRM - SP 182.140 CRM - RJ 52-0.18522.0	19-07h

P

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

21 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	ROXANA ROMEIRO	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	07-19
CLINICA	Dr. Jefferson Ferreira de França Médico CNS 898.005.167.214.728 CRM 213391	Dr. Jefferson Ferreira de França Médico CNS 898.005.167.214.728 CRM 213391	07-19
CLINICA	Isa O. Barbosa		07-19
EMERGENCISTA	Rebecca Rezende	Dra. Rebecca Belistin Rezende Médica CRM-SP 217.490	07-19

PLANTÃO NOTURNO

21 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	19-7
CLINICA	Gabriele Haem Cardoso Villera	Dra. Gabrielle Haem Cardoso Villera Médica CRM-SP: 227531	19-7
CLINICA	Wayra Corico	Wayra Corico Chavez Médica CRM-SP 189877	19-7
EMERGENCISTA	Rebecca Rezende	Dra. Rebecca Belistin Rezende Médica CRM-SP 217.490	19-7

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

22/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Gabrielle Thom Cardoso Vellere	Dra. Gabrielle Thom Cardoso Vellere Médica CRM-SP: 227531	7-19h
CLINICA	Thamires C. Pereira	Thamires C. Pereira Médica CRM-SP: 227709	7-19h
CLINICA	Roxana Romão	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP: 208082	7-19h
EMERGENCISTA			

PLANTÃO NOTURNO

22/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romão	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP: 208082	19-07
CLINICA	Alma Liberti	Dra. Alma Liberti Médica CRM-SP: 226577	19-07
CLINICA	Raul Senna	Dr. Raul Senna CRM-SP: 225593	19-07h
EMERGENCISTA			

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

23 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Luis Odano Villena	DR. LUIS OCTAVIO VILLENA CRM 107.501 CLINICO GERAL 23 FEV. 2022	7-15h
CLINICA	ROXANA RONERO	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208082	7-19h
CLINICA	MARIA LUISA S. CRUZ	Dra. Maria Luisa S. Cruz Médica CRM 225569	7-19h
EMERGENCISTA	Barbara A. Rhomberg	Dra. Barbara Rhomberg CRM-SP 220524 23 FEV. 2022	07-19h

PLANTÃO NOTURNO

23 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Juliana Sidal Costa	Dra. Juliana Vidal MÉDICA CRM-SP 208018	19-7h
CLINICA	Vanessa Tobias Sanchez	Dra. Vanessa Tobias Sanchez CRM-SP 215581	19-7h
CLINICA	Vanessa Almeida	Dra. Vanessa Almeida Médica CRM-SP 226577	19h-7h
EMERGENCISTA	Rebecca B. Rezende	Dra. Rebecca B. Rezende Médica CRM-SP 217.490	19-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

24 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>Jonhna</i> Dra. Yasmim R. Betancourt Médico CRM 197165-SP	<i>7-19</i>	<i>7-19</i>
CLINICA	<i>RONAL ROMAS LABRADA</i> Dr. Ronal Romas Labrada CRM 187.623-SP	<i>24 FEV 2022</i>	<i>07-19</i>
CLINICA	<i>Gabriele Ram Cardoso Villena</i> Dra. Gabrielle Ram Cardoso Villena CRM SP 24.133	<i>07-19h</i>	<i>07-19h</i>
EMERGENCISTA	<i>MARCO DOS MAREIS</i> Dr. Márcio de Morco CRM: 146.236	<i>2:00pm</i>	<i>2:00pm</i>

PLANTÃO NOTURNO

24 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	<i>RONAL ROMAS LABRADA</i> Dr. Ronal Romas Labrada CRM 187.623-SP	<i>24 FEV 2022</i>	<i>19-07</i>
CLINICA	<i>João Antonio Lucas Oliveira</i> CRM/SP 205136	<i>João Antonio Lucas Oliveira</i> CRM/SP 205136	<i>19-07</i>
CLINICA	<i>ROXANA ROMERO</i> Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP 208032	<i>19-07</i>	<i>19-07</i>
EMERGENCISTA	<i>MARCO DOS MAREIS</i> Dr. Márcio de Morco CRM: 146.236	<i>19-07</i>	<i>19-07</i>

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

25 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Volter B Piccinelli	Volter B Piccinelli Médico CRM-SP: 177.537	7-19
CLINICA	Roxana Romero	Dra. Roxana Romero Garzon Médica CRM-SP: 208082	7-19
CLINICA	Gabrielle Karm Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	7-19
EMERGENCISTA			

PLANTÃO NOTURNO


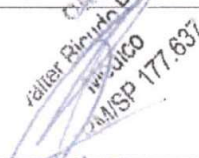
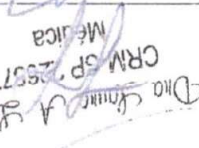
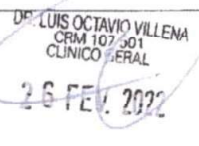
25 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Enck Rodrique	Dr. Enck Rodriquez P Médico CRM-SP: 214.14	19-07h
CLINICA	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	Dr. João Antonio L. Oliveira Médico CREMESP: 205136	19-07h
CLINICA	Max Wendel Passos	Max Wendel Passos Médico CRM-SP: 214.427	19-07h
EMERGENCISTA			

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

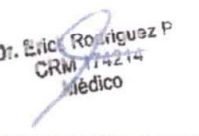

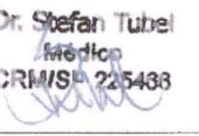
PLANTÃO DIURNO

26/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Sandra Isobel Lopez	 Sandra Isobel Lopez CRM 111048 Médico	7-19
CLINICA	Volter B. Piccinelli	 Volter B. Piccinelli CRM 177.637 Médico	7-19
CLINICA	Liana A. Lust	 Liana A. Lust CRM SP 25577 Médico	7-19h
EMERGENCISTA	Luis Octavio Villena	 DR. LUIS OCTAVIO VILLENA CRM 107.501 CLINICO GERAL 26 FEV. 2022	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

26/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Eric Rodriguez	 Dr. Eric Rodriguez P CRM 174214 Médico	19-07h
CLINICA	Roxana Rodeo, Wagner Lenc	 Dra. Roxana Rodeo Médica CRM-S-08082 Dra. Wagner Lenc CRM P 188877	19-07
CLINICA	Stefan Tubel	 Dr. Stefan Tubel Médico CRM/SP 225433	19-04h
EMERGENCISTA			

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

27/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roxana Romero	Dra. Roxana Romero Carlson Médica CRM-SP 208082	07-19h
CLINICA	Gabrielle Karen Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	7-19h
CLINICA	Luciano Aketa	Dra. Luciana A. Tiberti Médica CRM-SP 226577	7-19h
EMERGENCISTA	Luís Odorico Villena	DR. LUIS OCTAVIO VILLENA CRM 107 501 CLINICO GERAL 27 FEV 2022	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

27/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Roni Romão Labrada	Dr. Roni Romão Labrada CRM 187.027-SP 27 FEV 2022	19-07
CLINICA	Wesley Santos Caldeson	Dr. Wesley Santos Caldeson CRM 187.027-SP	19-07
CLINICA	Roxana Romero	Dra. Roxana Romero Carlson Médica CRM-SP 208082	19-07
EMERGENCISTA	Marcio de Marco	Dr. Márcio de Marco CRM: 146.236	19h-24h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

28/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Luciana Liberti	Dra. Luciana C. Liberti CRM-SP: 226577 Médica	7-19h
CLINICA	Valter B. Piccinalli	Dr. Valter B. Piccinalli Médico CRM-SP: 177.637	7-19h
CLINICA	Gabrielle Karen Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	7-19h
EMERGENCISTA	Luís Octavio Villena	DR. LUIS OCTAVIO VILLENA CRM 107.501 CLINICO GERAL 28 FEV 2022	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

28/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
CLINICA	Gabrielle Karen Cardoso Villena	Dra. Gabrielle K. Cardoso Villena Médica CRM-SP: 227531	19-7h
CLINICA	Sidônio Alison S. Delgado	Sidônio Alison S. Delgado Médico CRM-SP 214489	19-7
CLINICA	Bruna da Silva Pontes	Bruna da Silva Pontes Médica CRM-SP 227306	19-7
EMERGENCISTA	Rebecca Rezende	Dra. Rebecca Botisim Rezende Médica CRM-SP 217.490	19-7h

		ESCALA MÉDICA INDIVIDUAL PROJETO GUARUJÁ - 02/2022 (PEDIATRIA)																												
MÉDICO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
AIDE ARBEGALUS SCHWEITZER - 29283							1,0	1,0																						
CRISTIANO MARTINS DE FARIA - 96730																														
DOMINGOS PEREIRA DOS SANTOS - 198079																														
FERMAR ELIZABETH RIVERO CARO - 222571																														
FRANCISCO JURANY DE CARVALHO JUNIOR - 204961																														
IBSEN GOUVEA BRUNO - 148901																														
JESSICA COSTA MENEZES - 198221																														
JULLO CESAR RODRIGUEZ PANIAGUA - 196383																														
LEONARDO MELO DE ALMEIDA - 725414																														
MARIA GLADYS RAMIREZ PADILLA - 187619																														
MARIA LUZ ENRIQUEZ PAICHUCAMA - 215423																														
MATHEUS TEODORO SILVA COSTA - 198951																														
MONICA RINA CARDENAS GONZALES - 187363																														
PATRICK SANTOS E SILVA - 213241																														
RENAN AMORIM JUSTO DA CRUZ NEHME - 182892																														

		ESCALA MÉDICA INDIVIDUAL PROJETO GUARUJÁ - 02/2022 (VISITA PEDIÁTRICA)																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
	MÉDICO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
	JESSICA COSTA MENEZES - 198221	1,0					1,0			1,0	1,0	1,0		1,0	1,0		#		1,0	1,0	1,0	1,0	#		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
	CRISTIANO MARTINS DE FARIA - 96730			1,0	1,0		1,0	1,0					1,0																		

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

01/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Monica Cardenas	Monica Cardenas Gonzalez MÉDICA CRM-SP. 187363	07-19
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19

PLANTÃO NOTURNO

01/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Maria Luz E.P.	Dra. Maria Luz E. Paichucama Médica CRM-SP 215.423	19-07
PEDIATRIA	Fernan Elizabeth Rivero	Fernan Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

02/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA			
	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19
PEDIATRIA	Jhsen Gouvea Bruno	Dr. Jhsen Gouvea Bruno Médico CRM/SP 148901	07h-15h

PLANTÃO NOTURNO

02/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA			
	Jhsen Gouvea Bruno	Dr. Jhsen Gouvea Bruno Médico CRM/SP 148901	15h-2h
PEDIATRIA	Dr. Domingos P. Santos	Dr. Domingos P. Santos MÉDICO CRM-SP. 198079	

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

03 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Ma Luz E P.	Dra. Maria Luz E Pachucama Médica CRM-SP 215.423	07:190
PEDIATRIA	Fernar Elizabeth Rivero	Fernar Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	07-19

PLANTÃO NOTURNO

03 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Fernar Elizabeth Rivero	Fernar Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	19-07
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	20-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

04 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19

PLANTÃO NOTURNO


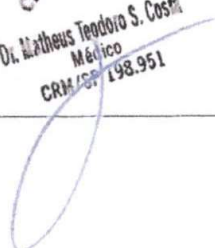
04 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	19-07
PEDIATRIA	DOMINGOS P. SANTOS	Dr. Domingos P. Santos MÉDICO CRM-SP. 198075	19:00 07:00

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022



PLANTÃO DIURNO

05/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Glady's Ramirez		7-19
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	 Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	7-19

PLANTÃO NOTURNO

05/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Fernar Elizabeth Rivero	 Fernar Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	19-07
PEDIATRIA	Maria Luz E. Paichuan		19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

06/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-29
PEDIATRIA	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	

PLANTÃO NOTURNO

06/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-29
PEDIATRIA	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

07 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Isren Gouvea Bruno</i>	<i>Dr. Isren Gouvea Bruno</i> Médico CRM/SP 148901	7h-19h
PEDIATRIA	<i>Julio Rodrigues</i>	<i>Drº Julio Cesar R. Panigua</i> Médico CRM/SP 136383	19-19

PLANTÃO NOTURNO

07 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Isren Gouvea Bruno</i>	<i>Dr. Isren Gouvea Bruno</i> Médico CRM/SP 148901	19h-7h
PEDIATRIA	<i>Dr. Jessica Costa Menezes</i> CRM/SP 138121 MÉDICA <i>Jessica Costa Menezes</i>	<i>Dr. Jessica Costa Menezes</i> CRM/SP 138121 MÉDICA	19-7

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

08 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	7-19
PEDIATRIA	Ma Jus EP	Dra. Maria Luz Pachucama Médica CRM/SP 215.423	07-19

PLANTÃO NOTURNO

08 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Juscelino Junior Médico CRM/SP 20498		19:00 00:00
PEDIATRIA	MONICA DINIZ	Monica Cardenas Gonzalez MÉDICA CRM-SP 187363	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

09/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19
PEDIATRIA	Yssen Gouvea Bruno	Dr. Yssen Gouvea Bruno Médico CRM/SP 148901	7h-19h

PLANTÃO NOTURNO

09/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	02-19
PEDIATRIA	Yssen Gouvea Bruno	Dr. Yssen Gouvea Bruno Médico CRM/SP 148901	19h-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

10/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>[Handwritten signature]</i> Dr. Cristiano Faria Pediatra CRM/SP 222571	<i>[Handwritten signature]</i>	
PEDIATRIA	Fernar Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>[Handwritten signature]</i>

PLANTÃO NOTURNO

10/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Fernar Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>[Handwritten signature]</i>
PEDIATRIA	Dr. Mathews Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>[Handwritten signature]</i>

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

11 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP: 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP: 198.951	07-29
PEDIATRIA	Dr. Jurandy Junior Médico CRM/SP: 204981	Dr. Jurandy Junior Médico CRM/SP: 204981	07-19h

PLANTÃO NOTURNO


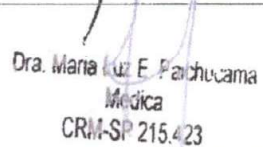
11 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Leonardo Melo de Almeida Médico CRM-SP: 225414	Dr. Leonardo Melo de Almeida Médico CRM-SP: 225414	19:00 07:00
PEDIATRIA	Dominos P. Santos	Dr. Domingos P. Santos MÉDICO CRM-SP: 198879	19:00 07:00

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

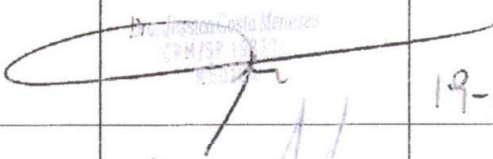
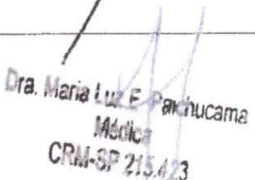
PLANTÃO DIURNO

12 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Dr. João Roberto Mendes</i>		07-19
PEDIATRIA	<i>Maria Luz E.P.</i>	 Dra. Maria Luz E. Pachucama Médica CRM-SP 215.423	07-10

PLANTÃO NOTURNO

12 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Dr. João Roberto Mendes</i>		19-07
PEDIATRIA	<i>Mariane Luz E.P.</i>	 Dra. Maria Luz E. Pachucama Médica CRM-SP 215.423	19-01

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

13 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<p>Ura. Maria Luz E Pachucama Médica CRM-SP 215.423</p>	<p>Ura. Maria Luz E Pachucama Médica CRM-SP 215.423</p>	07:00 - 19:00
PEDIATRIA	<p>Aide A. Schweitzer CRM: 29283</p>	<p>Aide A. Schweitzer CRM: 29283</p>	7 - 19

PLANTÃO NOTURNO

13 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<p>Aide A. Schweitzer CRM: 29283</p>	<p>Aide A. Schweitzer CRM: 29283</p>	19 - 7
PEDIATRIA	<p>Yssan Camargo Bruno</p>	<p>Dr. Yssan Camargo Bruno Médico CRM/SP 148901</p>	19h - 7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

14 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Yssen Gouveia Bruno	Dr. Yssen Gouveia Bruno Médico CRM/SP 148901	7h-19h
PEDIATRIA	Julio Rodriguez	Julio Cesar R. Paniagua Médico CRM/SP 190383	19-15

PLANTÃO NOTURNO

14 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Yssen Gouveia Bruno	Dr. Yssen Gouveia Bruno Médico CRM/SP 148901	19h-7h
PEDIATRIA	Patricia Leite	Patricia Leite CRM/SP 213242 14. FEV. 2022	19h-7h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

15 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Roberto S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Roberto S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19
PEDIATRIA	Monica Cardenas	Monica Cardenas Gonzalez MÉDICA CRM-SP 187363	07-19

PLANTÃO NOTURNO

15 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Monica Cardenas	Monica Cardenas Gonzalez MÉDICA CRM-SP 187363	19-07
PEDIATRIA	Fernanda Elizabeth Rivero	Fernanda Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	29-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

16 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Dr. Matheus Teodoro S. Costa</i> Médico CRM/SP 138.951	<i>Dr. Matheus Teodoro S. Costa</i> Médico CRM/SP 138.951	07-19
PEDIATRIA	<i>Ysael Gomes Bruno</i>	<i>Dr. Ysael Gomes Bruno</i> Médico CRM/SP 148901	7h-19h

PLANTÃO NOTURNO

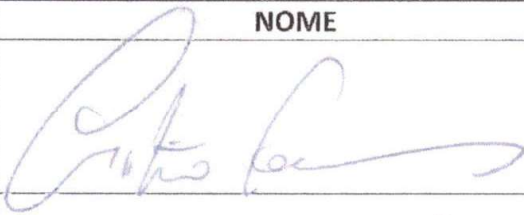

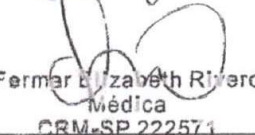
16 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Ysael Gomes Bruno</i>	<i>Dr. Ysael Gomes Bruno</i> Médico CRM/SP 148901	19h-7h
PEDIATRIA	<i>DOMINGOS P. SANTOS</i>	<i>Dr. Domingos P. Santos</i> MÉDICO CRM-SP 198079	19:00 07:00

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

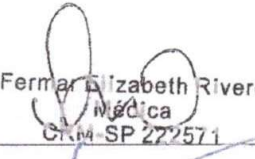

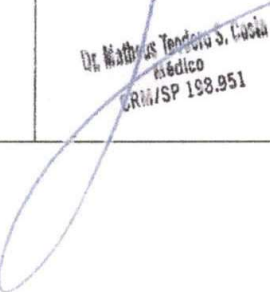
PLANTÃO DIURNO

17 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA		 CRM-SP 222571	7-19h
PEDIATRIA	Fernan Elizabeth Rivero	 Fernan Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

17 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Fernan Elizabeth Rivero	 Fernan Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	19-7h
PEDIATRIA	 Dr. Mathias Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	 Dr. Mathias Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

18 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Tomolino S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Tomolino S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07 - 20
PEDIATRIA Rerani	Rerani Dr. Rerani Amorim Nóbrega Médico CRM/SP 192.882	Rerani 07:00	Rerani 19:00

PLANTÃO NOTURNO

18 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA			
PEDIATRIA	DOMINGOS P. SANTOS	Dr. Domingos P. Santos MÉDICO CRM-SP 198.079	19:00 07:00
PEDIATRIA	Leonardo Almeida	Dr. Leonardo Melo de Almeida Médico CRM-SP: 225414	19:00 07:00

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

19 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-19
PEDIATRIA	Maria Luz E.P.	Jra. Maria Luz E. Pachucama Médica CRM-SP 215.423	07-19

PLANTÃO NOTURNO

19 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	19-07
PEDIATRIA	Maria Luz E.P.	Jra. Maria Luz E. Pachucama Médica CRM-SP 215.423	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

20 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM: SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM: SP 198.951	04-74
PEDIATRIA	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	7-19

PLANTÃO NOTURNO

20 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM: SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM: SP 198.951	19-07
PEDIATRIA	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	19-7

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

21 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Yssen Gouvea Bruno	Dr. Yssen Gouvea Bruno Médico CRM/SP 148901	7h-19h
PEDIATRIA	Julio Rodrigues	Dr. Julio Cesar R. Paniagua Médico CRM/SP 196383	7h-19h

PLANTÃO NOTURNO

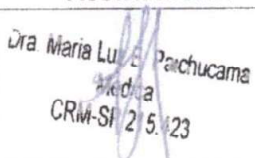
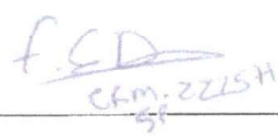
21 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Yssen Gouvea Bruno	Dr. Yssen Gouvea Bruno Médico CRM/SP 148901	15h-7h
PEDIATRIA	Petrick Jants		19-07h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

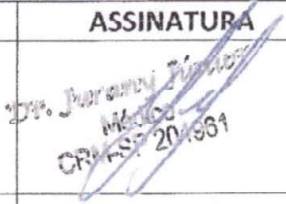
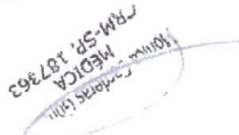
PLANTÃO DIURNO

22/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Marcia dos S.P.	 Dra. Maria Luiza Paichucama Médica CRM-SP 25.123	07-19.
PEDIATRIA	FERNAN ELIZABETH	 F. S. D. CRM-SP 2225H	07h-19h

PLANTÃO NOTURNO

22/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Jurandy Jr.	 Dr. Jurandy Junior Médico CRM-SP 20.1581	19 - 07h.
PEDIATRIA	MONICA TANZ	 MONICA TANZ Médica CRM-SP 187363	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

23 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	José Carlos Bruno	Dr. José Carlos Bruno Médico CRM/SP 148901	7h-19h
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	7-39

PLANTÃO NOTURNO

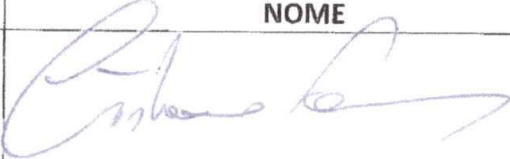
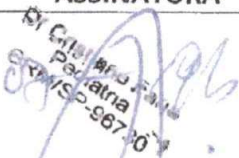
23 /02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	José Carlos Bruno	Dr. José Carlos Bruno Médico CRM/SP 148901	19h-7h
PEDIATRIA	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	Dr. Matheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	7h-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022


PLANTÃO DIURNO

24/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA			07-19h
PEDIATRIA	Fernan Elizabeth Rivero	Fernan Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	07-19h

PLANTÃO NOTURNO


24/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Fernan Elizabeth Rivero	Fernan Elizabeth Rivero Médica CRM-SP 222571	19h-7h
PEDIATRIA		Dr. Márcio Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951	07-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

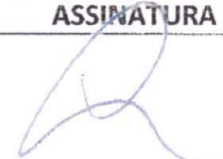
PLANTÃO DIURNO

25/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>M. G. ... Médico CRM 187615</i>		07-19
PEDIATRIA	<i>Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951</i>	<i>Dr. Mathheus Teodoro S. Costa Médico CRM/SP 198.951</i>	07-19

PLANTÃO NOTURNO

25/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Dr. Leonardo Melo de Almeida Médico CRM-SP: 225414</i>		19:09 07:00
PEDIATRIA	<i>DOMINGOS P. SANTOS</i>	<i>Dr. Domingos P. Santos MÉDICO CRM-SP. 198079</i>	19:00 07:00

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

26/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Marcos E.P.	Dra. Maria Luz E. Paichucama CRM-SP: 215.423	07-19
PEDIATRIA	[Handwritten Signature]	[Handwritten Signature] CRM-SP: 215.423	07-19

PLANTÃO NOTURNO

26/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Marcos E.P.	Dra. Maria Luz E. Paichucama CRM-SP: 215.423	19-07
PEDIATRIA	Fernanda Elizabeth Duarte	Fernanda Elizabeth Duarte CRM-SP: 222.771	19-07

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

27/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Aide A. Schweitzer	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	7-19
PEDIATRIA	Maria Luz E P	Dra. Maria Luz E Paracuma Médica CRM-SP 213.423	07-19

PLANTÃO NOTURNO

27/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	Aide A. Schweitzer	Aide A. Schweitzer CRM: 29283	19-7
PEDIATRIA	Yasem Antonio Bruno	Dr. Yasem Antonio Bruno Médico CRM/SP 31.9	19h-24h

REGISTRO DE PONTO MÉDICO FEVEREIRO/2022

PLANTÃO DIURNO

28/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Isaac Gouveia Bruno</i>	<i>Dr. Isaac Gouveia Bruno</i> Médico CRM/SP 148903	7h-19h
PEDIATRIA	<i>Julio Rodriguez</i>	<i>Dr. Julio Cesar R. Paniagua</i> Médico CRM/SP 196363	7-19h

PLANTÃO NOTURNO

28/02/2022

SETOR	NOME	ASSINATURA	HORARIO
PEDIATRIA	<i>Isaac Gouveia Bruno</i>	<i>Dr. Isaac Gouveia Bruno</i> Médico CRM/SP 148903	19h-7h
PEDIATRIA	<i>Patrick Santos</i>	<i>Patrick Santos e Silva</i> CRM/SP 213244 28 FEV. 2022	

PROJETO GUARUJÁ – SP

**TEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA PACIENTES
CLASSIFICADOS COM RISCO VERDE.**

**RELATÓRIO MENSAL
FEVEREIRO 2022**

Enfermagem – Pronto Socorro Vicente de Carvalho
Av. São João, nº111 | Pae Cara – Vicente de Carvalho | Guarujá/SP
e-mail: rtenfermagem.psvc@aceni.org.br


Fevereiro 2022

Relatório de Classificação de Risco (Adultos)

Tendo em vista a necessidade de mensuração da classificação de risco nos atendimentos realizados no Pronto Socorro de Vicente de Carvalho, venho por meio deste relatar o tempo de atendimento aos pacientes, onde foi possível observar a eficácia da demanda de atendimento entre a classificação de risco e a passagem desses pacientes pelo médico plantonista, observando uma melhoria no atendimento aos que tiveram suas necessidades atendidas, bem como seu tempo de espera.

Assim como demonstra a média de atendimentos após todos os pacientes serem classificados pelo profissional enfermeiro, observa-se que os pacientes classificados como azul (não urgente) tiveram uma média de atendimento de 00:43:00; os classificados como **verde (pouco urgente) foram atendidos numa média de 00:28:00** e os classificados como amarelo (urgente) foram atendidos numa média de 00:17:00; desta forma além de um atendimento mais organizado conseguimos com a classificação atender as prioridades de atendimento no seu grau de urgência.

Pâmela V. Rodrigues
Responsável Técnica de Enfermagem



Enfermagem – Pronto Socorro Vicente de Carvalho
Av. São João, nº111 | Pae Cara – Vicente de Carvalho | Guarujá/SP
e-mail: rtenfermagem.psvc@aceni.org.br

Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Masculino
Município : Guarujá
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 19/11/1982
Idade : 39 anos 2 meses 17 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 06/02/2022 14:16



Instruções :

N. alergia

14:16 DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora :

Classificação de Risco :

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	FC	T
		140x82				102	36.6

Triagem de Paulo Paulo
COREN-SP 1709377-TE

Observação da Triagem

refus cordi em mão esquerda

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

cordi na mão (E)

Procedimento(s)

① Sutura

Drª Larissa D. Evaristo
CRM-SP 225876

Medicamento(s)

1200 cordi (E)

Sutura

(+) ATB VO.

etc

Dr. Larissa D. Evaristo
CRM-SP 225876

Beneficiário :

Profissional :

CLINICO GERAL

VS102555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :

Sexo : Masculino

Município : GUARUJÁ

Endereço :

Mãe :

Responsável :

Nascimento : 18/01/1981

Idade : 41 anos 0 meses 16 dias

Bairro :

Telefone :

CNS :

CPF :

RG :

Chegada: 03/02/2022 20:14



500255576

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora :

22:35

Classificação de Risco :

PES

ALT

PA

SAT

DX

RESP

Grid for triage data with handwritten values: 122, 175, 99, etc.

Observação da Triagem:

Alergia Bezetalil: refer sangramento no nariz

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

27mm com e Botar nagy fissa e est. Cl night nasal e aus. no no de dez. Beb, Cl puco de nagy nasal Otus, e aus.

Procedimento(s)

Grid for procedures

Temporário nasal. 1.00mg/ml nasal.

Medicamento(s)

Grid for medications

Beneficiário :

[Handwritten signature]

Profissional :

Handwritten signature and stamp of André Luiz da Souza, CLINICO GERA

CLINICO GERA

v. 5002555 v1.03



Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Sexo: Masculino
Endereço: Guarujá

Nascimento: 29/10/2004
Idade: 17 anos 3 meses 17 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF: RG:

Chegada: 15/02/2022 21:06



DADOS DA TRIAGEM

Classification of Risk: 27:53
ALT PA SAT DX RESP
[] [] [] [] [] []

Tratado por: DR. ROXANA REIS GAZON
COREN-SP 000400-ENF

Indicação da Triagem:
Paulo Lourenço exam, minha filha teve dor na barriga,

DADOS MÉDICOS

Principal:
Secundário:
Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

REFERE DOR ABDOMINAL DIREITA, REFERE PÓLGASTRAL-
GIA NO INÍCIO, AUMENTADA P/O COMÉRCIO, VÔMITO,
DEPOIS ONTINA, NENHA FEBRE.
AB: PLANO, FLACIDO, RHA +, LEVE DOR NA PALPAÇÃO PROFUNDA
EM F.I.D., TB(-), BILURAS(-).

EXAMES: Hq: LEUCO: 18000 / PROCEDIMENTO(S) GAST: 2 / PQ: 287.000

PCR: 12.00 / URUA, CREAT, NA, K SGO
ALTERAÇÕES.

Medicamento(s)

Profissional:

Dr. Roxana Reisz Gazon
Médica
CRM-SP 208082

CLINICO GERAL

Cidade: Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:
 Sexo: Masculino
 Município: Guarujá
 Endereço:
 Mãe:
 Responsável:

Nascimento: 21/05/1986
 Idade: 35 anos 8 meses 17 dias
 Bairro:
 Telefone: (
 CNS:
 CPF:
 RG:

Chegada 07/02/2022 01:00



01:30
 PA: 1405

Data/Hora: PA 130480
 DADOS DA TRIAGEM
 Classificação de Risco:

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	Triado por:
						S. Sobiano J. C. Rossi

Observação da Triagem:
 dor estomago, Nêmico

DADOS MÉDICOS

Encaminhamento:
 Alta Internação Transferência Óbito Outros
 Alberti

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do

1) Normal
 2) Normal
 3) QRC
 4) OTC
 5) ACV
 6) AR
 7)
 8)
 9)
 10)
 11)
 12)
 13)
 14)
 15)
 16)
 17)
 18)
 19)
 20)
 21)
 22)
 23)
 24)
 25)
 26)
 27)
 28)
 29)
 30)
 31)
 32)
 33)
 34)
 35)
 36)
 37)
 38)
 39)
 40)
 41)
 42)
 43)
 44)
 45)
 46)
 47)
 48)
 49)
 50)
 51)
 52)
 53)
 54)
 55)
 56)
 57)
 58)
 59)
 60)
 61)
 62)
 63)
 64)
 65)
 66)
 67)
 68)
 69)
 70)
 71)
 72)
 73)
 74)
 75)
 76)
 77)
 78)
 79)
 80)
 81)
 82)
 83)
 84)
 85)
 86)
 87)
 88)
 89)
 90)
 91)
 92)
 93)
 94)
 95)
 96)
 97)
 98)
 99)
 100)
 101)
 102)
 103)
 104)
 105)
 106)
 107)
 108)
 109)
 110)
 111)
 112)
 113)
 114)
 115)
 116)
 117)
 118)
 119)
 120)
 121)
 122)
 123)
 124)
 125)
 126)
 127)
 128)
 129)
 130)
 131)
 132)
 133)
 134)
 135)
 136)
 137)
 138)
 139)
 140)
 141)
 142)
 143)
 144)
 145)
 146)
 147)
 148)
 149)
 150)
 151)
 152)
 153)
 154)
 155)
 156)
 157)
 158)
 159)
 160)
 161)
 162)
 163)
 164)
 165)
 166)
 167)
 168)
 169)
 170)
 171)
 172)
 173)
 174)
 175)
 176)
 177)
 178)
 179)
 180)
 181)
 182)
 183)
 184)
 185)
 186)
 187)
 188)
 189)
 190)
 191)
 192)
 193)
 194)
 195)
 196)
 197)
 198)
 199)
 200)
 201)
 202)
 203)
 204)
 205)
 206)
 207)
 208)
 209)
 210)
 211)
 212)
 213)
 214)
 215)
 216)
 217)
 218)
 219)
 220)
 221)
 222)
 223)
 224)
 225)
 226)
 227)
 228)
 229)
 230)
 231)
 232)
 233)
 234)
 235)
 236)
 237)
 238)
 239)
 240)
 241)
 242)
 243)
 244)
 245)
 246)
 247)
 248)
 249)
 250)
 251)
 252)
 253)
 254)
 255)
 256)
 257)
 258)
 259)
 260)
 261)
 262)
 263)
 264)
 265)
 266)
 267)
 268)
 269)
 270)
 271)
 272)
 273)
 274)
 275)
 276)
 277)
 278)
 279)
 280)
 281)
 282)
 283)
 284)
 285)
 286)
 287)
 288)
 289)
 290)
 291)
 292)
 293)
 294)
 295)
 296)
 297)
 298)
 299)
 300)
 301)
 302)
 303)
 304)
 305)
 306)
 307)
 308)
 309)
 310)
 311)
 312)
 313)
 314)
 315)
 316)
 317)
 318)
 319)
 320)
 321)
 322)
 323)
 324)
 325)
 326)
 327)
 328)
 329)
 330)
 331)
 332)
 333)
 334)
 335)
 336)
 337)
 338)
 339)
 340)
 341)
 342)
 343)
 344)
 345)
 346)
 347)
 348)
 349)
 350)
 351)
 352)
 353)
 354)
 355)
 356)
 357)
 358)
 359)
 360)
 361)
 362)
 363)
 364)
 365)
 366)
 367)
 368)
 369)
 370)
 371)
 372)
 373)
 374)
 375)
 376)
 377)
 378)
 379)
 380)
 381)
 382)
 383)
 384)
 385)
 386)
 387)
 388)
 389)
 390)
 391)
 392)
 393)
 394)
 395)
 396)
 397)
 398)
 399)
 400)
 401)
 402)
 403)
 404)
 405)
 406)
 407)
 408)
 409)
 410)
 411)
 412)
 413)
 414)
 415)
 416)
 417)
 418)
 419)
 420)
 421)
 422)
 423)
 424)
 425)
 426)
 427)
 428)
 429)
 430)
 431)
 432)
 433)
 434)
 435)
 436)
 437)
 438)
 439)
 440)
 441)
 442)
 443)
 444)
 445)
 446)
 447)
 448)
 449)
 450)
 451)
 452)
 453)
 454)
 455)
 456)
 457)
 458)
 459)
 460)
 461)
 462)
 463)
 464)
 465)
 466)
 467)
 468)
 469)
 470)
 471)
 472)
 473)
 474)
 475)
 476)
 477)
 478)
 479)
 480)
 481)
 482)
 483)
 484)
 485)
 486)
 487)
 488)
 489)
 490)
 491)
 492)
 493)
 494)
 495)
 496)
 497)
 498)
 499)
 500)
 501)
 502)
 503)
 504)
 505)
 506)
 507)
 508)
 509)
 510)
 511)
 512)
 513)
 514)
 515)
 516)
 517)
 518)
 519)
 520)
 521)
 522)
 523)
 524)
 525)
 526)
 527)
 528)
 529)
 530)
 531)
 532)
 533)
 534)
 535)
 536)
 537)
 538)
 539)
 540)
 541)
 542)
 543)
 544)
 545)
 546)
 547)
 548)
 549)
 550)
 551)
 552)
 553)
 554)
 555)
 556)
 557)
 558)
 559)
 560)
 561)
 562)
 563)
 564)
 565)
 566)
 567)
 568)
 569)
 570)
 571)
 572)
 573)
 574)
 575)
 576)
 577)
 578)
 579)
 580)
 581)
 582)
 583)
 584)
 585)
 586)
 587)
 588)
 589)
 590)
 591)
 592)
 593)
 594)
 595)
 596)
 597)
 598)
 599)
 600)
 601)
 602)
 603)
 604)
 605)
 606)
 607)
 608)
 609)
 610)
 611)
 612)
 613)
 614)
 615)
 616)
 617)
 618)
 619)
 620)
 621)
 622)
 623)
 624)
 625)
 626)
 627)
 628)
 629)
 630)
 631)
 632)
 633)
 634)
 635)
 636)
 637)
 638)
 639)
 640)
 641)
 642)
 643)
 644)
 645)
 646)
 647)
 648)
 649)
 650)
 651)
 652)
 653)
 654)
 655)
 656)
 657)
 658)
 659)
 660)
 661)
 662)
 663)
 664)
 665)
 666)
 667)
 668)
 669)
 670)
 671)
 672)
 673)
 674)
 675)
 676)
 677)
 678)
 679)
 680)
 681)
 682)
 683)
 684)
 685)
 686)
 687)
 688)
 689)
 690)
 691)
 692)
 693)
 694)
 695)
 696)
 697)
 698)
 699)
 700)
 701)
 702)
 703)
 704)
 705)
 706)
 707)
 708)
 709)
 710)
 711)
 712)
 713)
 714)
 715)
 716)
 717)
 718)
 719)
 720)
 721)
 722)
 723)
 724)
 725)
 726)
 727)
 728)
 729)
 730)
 731)
 732)
 733)
 734)
 735)
 736)
 737)
 738)
 739)
 740)
 741)
 742)
 743)
 744)
 745)
 746)
 747)
 748)
 749)
 750)
 751)
 752)
 753)
 754)
 755)
 756)
 757)
 758)
 759)
 760)
 761)
 762)
 763)
 764)
 765)
 766)
 767)
 768)
 769)
 770)
 771)
 772)
 773)
 774)
 775)
 776)
 777)
 778)
 779)
 780)
 781)
 782)
 783)
 784)
 785)
 786)
 787)
 788)
 789)
 790)
 791)
 792)
 793)
 794)
 795)
 796)
 797)
 798)
 799)
 800)
 801)
 802)
 803)
 804)
 805)
 806)
 807)
 808)
 809)
 810)
 811)
 812)
 813)
 814)
 815)
 816)
 817)
 818)
 819)
 820)
 821)
 822)
 823)
 824)
 825)
 826)
 827)
 828)
 829)
 830)
 831)
 832)
 833)
 834)
 835)
 836)
 837)
 838)
 839)
 840)
 841)
 842)
 843)
 844)
 845)
 846)
 847)
 848)
 849)
 850)
 851)
 852)
 853)
 854)
 855)
 856)
 857)
 858)
 859)
 860)
 861)
 862)
 863)
 864)
 865)
 866)
 867)
 868)
 869)
 870)
 871)
 872)
 873)
 874)
 875)
 876)
 877)
 878)
 879)
 880)
 881)
 882)
 883)
 884)
 885)
 886)
 887)
 888)
 889)
 890)
 891)
 892)
 893)
 894)
 895)
 896)
 897)
 898)
 899)
 900)
 901)
 902)
 903)
 904)
 905)
 906)
 907)
 908)
 909)
 910)
 911)
 912)
 913)
 914)
 915)
 916)
 917)
 918)
 919)
 920)
 921)
 922)
 923)
 924)
 925)
 926)
 927)
 928)
 929)
 930)
 931)
 932)
 933)
 934)
 935)
 936)
 937)
 938)
 939)
 940)
 941)
 942)
 943)
 944)
 945)
 946)
 947)
 948)
 949)
 950)
 951)
 952)
 953)
 954)
 955)
 956)
 957)
 958)
 959)
 960)
 961)
 962)
 963)
 964)
 965)
 966)
 967)
 968)
 969)
 970)
 971)
 972)
 973)
 974)
 975)
 976)
 977)
 978)
 979)
 980)
 981)
 982)
 983)
 984)
 985)
 986)
 987)
 988)
 989)
 990)
 991)
 992)
 993)
 994)
 995)
 996)
 997)
 998)
 999)
 1000)

Procedimento(s)

16 Gestão e Rota de

Medicamento(s)

SFO, 400, 100
 Bismuto
 Placido
 (Medicamento do laboratório)

Beneficiário:
 Profissional: 07 FEB 2022

Alberti

Rafael Bispo de Souza
 COREN-SP 1722766-TE

CLINICO GERAL

VSI02555 v1.03



Cidade: Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:
Sexo: Masculino
Município: Guarujá
Endereço:
Mãe:
Responsável:

Nascimento: 16/12/1963
Idade: 58 anos 2 meses 2 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF:
RG:

Chegada: 18/02/2022 08:58



500263642

Instruções:

Data/Hora: 09:21
DADOS DA TRIAGEM
Classificação de Risco:
PES ALT PA SAT DX RESP

Observação da Triagem:

Exame exame
P: BM e alegria

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Exame BM (V - dt vasos)
TGM prolático
Rogues (+) no estom
Impressões musculares (sic)
Intensidade de
Dor no
plavol.

Procedimento(s)

Table with 10 columns and 2 rows for medical procedures

Medicamento(s)

Handwritten signature and stamp: Vaniel B. Piccinatti, CRM-57, 14.637

Beneficiário:

Profissional:

CLINICO GERAL

VS102555 v1.03

Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário: (000086944) Nascimento: 28/07/1998
Sexo: Feminino Idade: 23 anos 6 meses 25 dias
Município: Guarujá Bairro:
Endereço: Telefone:
Mãe: CNS:
CPF: RG:

Chegada: 22/02/2022 15:48



DADOS DA TRIAGEM

Classificação de Risco:
ALT PA SAT DX RESP FC TO
KOKA 96 100 30.1

Triagem: Rebeca C. Silva Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SF-21936393-TE

Triagem: falta de ar, Náuseas, Usuário de drogas.
Nega vômitos

DADOS MÉDICOS

Principal:
Secundário:
Admissão: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Motivo: falta de ar, náuseas e inapetência
AP: Abuso de longa duração e cocaína,
Nega vômitos.

Procedimento(s)

Table with 2 rows and 10 columns for recording procedures.

Medicamento(s)

2 - bromin 1amp
Aclix 100mg 500mg
SE 0.9% 250ml
YES
arizona

Allana Chadda dos Reis
COREN-SF-2011417-TE

16:35

Tiranires C. Pereira
Médica
CRM-SF 227709

Profissional:

CLINICO GERAL

EIRA

VS102555 v1.03

Nome: Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:
Sexo: Feminino
Município: Guarujá
Endereço:
Mãe:
Responsável:

Nascimento: 01/07/1939
Idade: 82 anos 7 meses 12 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF:

Chegada: 13/02/2022 12:55



500260587

RG:

neza Alergia

Carolina Martins Felício
Enfermeiro SCIH
COREN: 355.824

13:09hrs.

DADOS DA TRIAGEM

Classificação de Risco:

RES ALT PA SAT DX RESP 30 91

Triado por:

Indicação da Triagem: Vinho do Pcm para Turan Raioce.

Denise de Castro Nascimento
COREN-SP 1121207 - TE

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

neza Al

Procedimento(s)

Table with 2 rows and 10 columns for recording procedures.

Medicamento(s)

1) DO FISA ENTROPE. 22

Arário:

X

Profissional:

Signature

CLINICO GERAL

Unidade: Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:
Sexo: Masculino
Município: Guarujá
Endereço:
Máe
Responsável:

Nascimento: 21/06/1932
Idade: 89 anos 7 meses 25 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF:

Chegada: 16/02/2022 10:20



500262477

Instruções

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora:

Classificação de Risco:

RES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	FC
		11x90	98	125		82

Trado por:

Sabrina de J. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP-1590802-TE

DADOS MÉDICOS

CID Principal

CID Secundário

Exame de Admissão: Alta Internação Transferência Coito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

PACIENTE TRABADO PELO AMV, FAMILIAR REFERE DISFAGIA PROGRESSIVA + ANOREXIA
AA: Acamado NEGA OUTROS SINTOMAS
REG AAA HIPOCORADO DESIDRATADO, EUPNEICO
MUE BILAT. S. RAX BOM ET R. O AMV
ADD: INOCENTE

Procedimento(s)

Medicamento(s)

- ① SNG
- ② SNG: 100ml
- ③ ALTA

Sabrina de J. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP-1590802-TE
10:02

Beneficiário:

R

Profissional:

CLÍNICO GERAL

VSI02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Feminino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 08/09/2001
Idade : 20 anos 5 meses 8 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 16/02/2022 10:14



500262471

RG :

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 10:14
Classificação de Risco :
PES ALT PA SAT DX RESP T FC Triagem por: [Handwritten Signature]

Classificação da Triagem:

R : Corte em anti braço MSE
N : Mega alergia, 15ml e HAS

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Paciente com FCC em MSE há 01 dia. não possui outras alterações.
Mega alergia.

Procedimento(s)

Table with 10 columns and 2 rows for recording procedures.

Medicamento(s)

1 Realizar curativos (exceto p/ sutura)
2 Desabair Olanzapina
[Handwritten Signature]

[Stamp: Hospital Estadual dos Reis, SP 13111-7-TE]

[Handwritten Signature]

Beneficiário : [Handwritten Signature]

Profissional : Dra. Gabriella Cardoso Vilas
CRM-SP CLÍNICO GERAL

Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário: _____ Nascimento: 15/11/1940 Chegada: 22/02/2022 11:21
Sexo: Masculino Idade: 81 anos 3 meses 7 dias
Município: Guarujá Bairro: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
Mãe: _____ CNS: _____
Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____



11:21

DADOS DA TRIAGEM

Classificação de Risco: _____

ALT PA SAT DX RESP FC
[] [] [] [] [] []

Triado por: *[Signature]*
COREN-SP 154594-15

Observação na Triagem:

possível fratura ou luxação no ombro esquerdo.
Doença Alérgica.

DADOS MÉDICOS

Principal: (_____)
Secundário: (_____)
Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros _____

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Pe referido trauma e ombro E.

Procedimento(s)

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Orx ombro E

Medicamento(s)

1) Celegrafin 21
Dose Trauma
[Signature]
Luzia Vitória R.C. Dias
COREN-SP 154594-15

Beneficiário: _____

Profissional: *[Signature]*
CLINICO GERAL

Encaminhado às 11:56 AO HSA com encaminhamento para o Hospital de Referência. VSI02555 v1.03

[Signature]
Nataly Maria da Silva
Coren - SP 664.810 - ENH

PROJETO GUARUJÁ – SP

**TEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA PACIENTES
CLASSIFICADOS COM RISCO AMARELO.**

**RELATÓRIO MENSAL
FEVEREIRO 2022**

Enfermagem – Pronto Socorro Vicente de Carvalho
Av. São João, nº111 | Pae Cara – Vicente de Carvalho | Guarujá/SP
e-mail: rtenfermagem.psvc@aceni.org.br

Fevereiro 2021

Relatório de Classificação de Risco (Adultos)

Tendo em vista a necessidade de mensuração da classificação de risco nos atendimentos realizados no Pronto Socorro de Vicente de Carvalho, venho por meio deste relatar o tempo de atendimento aos pacientes, onde foi possível observar a eficácia da demanda de atendimento entre a classificação de risco e a passagem desses pacientes pelo médico plantonista, observando uma melhoria no atendimento aos que tiveram suas necessidades atendidas, bem como seu tempo de espera.

Assim como demonstra a média de atendimentos após todos os pacientes serem classificados pelo profissional enfermeiro, observa-se que os pacientes classificados como azul (não urgente) tiveram uma média de atendimento de 00:43:00; os classificados como verdes (pouco urgente) foram atendidos numa média de 00:28:00 e os classificados como **amarelo (urgente) foram atendidos numa média de 00:17:00**; desta forma além de um atendimento mais organizado conseguimos com a classificação atender as prioridades de atendimento no seu grau de urgência.

Pâmela V. Rodrigues
Responsável Técnica de Enfermagem



Enfermagem – Pronto Socorro Vicente de Carvalho
Av. São João, nº111 | Pae Cara – Vicente de Carvalho | Guarujá/SP
e-mail: rtenfermagem.psvc@aceni.org.br

Unidade: Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:
Sexo: Feminino
Município: GUARUJÁ
Endereço:
Mãe:
Responsável:

Nascimento: 27/06/1955
Idade: 66 anos 4 meses 25 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF:

Chegada: 22/02/2022 13:59
500266143



Empty form box for patient identification

DADOS DA TRIAGEM

Data Hora: 14:05
Classificação de Risco:
ES ALT PA SAT DX RESP FC Temp Triado por:
101/57 125 61 32.5

Stamp: INP 2022/02/22 13:59
Stamp: [Signature]

1) Sumário em manunção, hipotusa, neg alergia
em manunção

DADOS MÉDICOS

CID Principal:
CID Secundário:
Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo de Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

AP: HAS. PCT TRAZIDA PELO FAMILIAR, REFERE QUEDA
DA PROPRIA ALTEIA COM BATERITO DA CABEÇA, COM
SINCOPE HOJE. QUEIXA DE NAUSEAS, CEFALALIA.

Procedimento(s)

CD: 1) SF. 0,9% 250 ml + DILORONA 01 ANP. > FEU.
+ PLASIL 01 ANP.
2) RX CRANIO.
3) TC. COLO -
(Medicamentos)

Apresenta vômito em job.
19:28h Te Bet, LOFE, AAA
coló Alte + auterap.

Stamp: Elisângela Aparecida da Silva
Técnica de Enfermagem
CRM-SP 19923

Stamp: Dra. Rosana Roberto Sartori
Médica
CRM-SP 208082

Profissional:

CLINICO GERAL

Beneficiário:

VS02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Feminino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 10/03/1969
Idade : 52 anos 11 meses 12 dias
Baixo :
Telefone :
CNS :
CPF :
RG :

Chegada: 22/02/2022 12:37



500266085

Prontuário: Sm, 1188

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora: 12:04
Classificação de Risco:
RES: 189/113 ALT: 97 PA: 97 SAT: 97 OX: 97 RESP: 308 FC: 68
Triado por: Adriana C. Silva Santos

REC. de Enfermagem
COREN-SP 21993633-11
Adriana C. Silva Santos

Queixa principal: queixa de prurido alérgico
Nega alergia

DADOS MÉDICOS

CID Principal: _____
CID Secundário: _____
Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Paciente relata queixa de prurido alérgico há 02 dias e trauma em
dedo direito.

Procedimento(s)

Medicamento(s)

① Paracetamol 100mg → SFO, 9x/100ml EV.
② Dexametasona 0,5mg
manuseio ep.

Elisângela Oliveira da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-SP 1025823

12:30

Dra. Gabriela

Cardoso Vilhena
CLÍNICO GERAL

Beneficiário: α

#Profissional: _____

Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

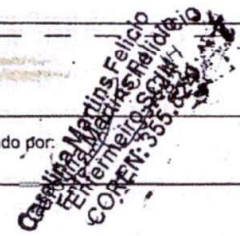
Beneficiário: _____ Nascimento: 03/08/1991 Chegada: 13/02/2022 15:53
 Sexo: Feminino Idade: 30 anos 6 meses 10 dias
 Município: Guarujá Bairro: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Mãe: _____ CNS: _____
 Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____



Diagnósticos: alergia

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora: 15:51 Classificação de Risco: _____
 FES ALT PA SAT^o DX RESP 957 96 Triado por: _____



Observação da Triagem: _____

DADOS MÉDICOS

DM Principal: (_____) _____

DM Secundário: (_____) _____

Alinhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros _____

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

PA: lesão perfuro cortante e lacerante
cd: D. Infecção

Procedimento(s)

Sifate Sufix

Medicamento(s)

2

Lairone Viana Santos
 COREN-SP 1501498-TE

16:00

Beneficiário: _____

Profissional: _____

CLINICO GERAL

Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:
Sexo: Feminino
Município: GUARUJÁ
Endereço:
Mãe:
Responsável:

Nascimento: 10/11/1982
Idade: 39 anos 3 meses 3 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF:

Chegada: 13/02/2022 17:17



Carolina Martins Felício
Enfermeiro SCIH
COREN: 355.824

Reações: Nega alergias.

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora: 17:16 hrs.

Classificação de Risco:

Table with columns: PES, ALT, PA, SAT, DX, RESP. Values: 36, 80

Triado por:

Denise de Castro Nascimento
COREN-SP 1121207 - TE

Relação da Triagem:

Refere que cachorro mordeu região dos lábios.

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Certo paciente com o físico de aparência
moderada de cão
Sint de Surtos

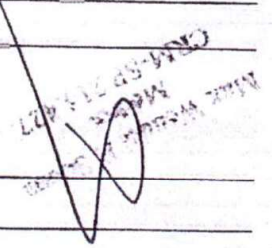
Procedimento(s)

Medicamento(s)

Table with 10 empty cells for recording procedures or medications.

Sintomas - 17/02/2022

Leitura do Sinais Anti-epilept



Beneficiário:

Profissional:

CLINICO GERAL

VSI02555 v1.03

Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Idade: Masculino
Sexo: Masculino
Bairro: Guarujá
Endereço:
Mãe:
Responsável:

Nascimento: 10/08/1954
Idade: 67 anos, 6 meses 4 dias
Bairro:
Telefone:
CNS:
CPF: RG:

Chegada: 14/02/2022 15:08



DADOS DA TRIAGEM

Hora: 15:06

Classificação de Risco:

ALT	PA	SAT	DX	RESP	FC
	123x113	94			135

Triado por: Lorena Silva Costa
COREN-SP 1571518-TE

Localização da Triagem:

Doa de urina

Alergia: Ø

Imagem DM, HAS

DADOS MÉDICOS

Principal: ()

Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Paciente hipertensa HAS e anêmica //

Procedimento(s)

Não tomou a medicação
CPM

Medicamento(s)

- SF 0,9% 500ml + furosemida 2 Amp.
- Losartana 50mg (V)
- Colita lob.

16:07
Rebeca C. Silva Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SP-21936393-TE

Jose Alves Bezerra
CRM-SP 226577
Médica

Profissional:

JOSE ALVES BEZERRA

Profissional:

CLINICO GERAL

VSI02555 v1.03

PROJETO GUARUJÁ – SP

**TEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA PACIENTES
PEDIÁTRICOS QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO ELABORADA POR ENFERMEIROS.**

**RELATÓRIO MENSAL
FEVEREIRO 2022**

Enfermagem – Pronto Socorro Vicente de Carvalho
Av. São João, nº111 | Pae Cara – Vicente de Carvalho | Guarujá/SP
e-mail: rtenfermagem.psvc@aceni.org.br


Fevereiro 2022

Relatório de Classificação de Risco (Pediatria)

Tendo em vista a necessidade de mensuração da classificação de risco nos atendimentos realizados no Pronto Socorro de Vicente de Carvalho, venho por meio deste relatar o tempo de atendimento aos pacientes, onde foi possível observar a eficácia da demanda de atendimento entre a classificação de risco e a passagem desses pacientes pelo médico plantonista, observando uma melhoria no atendimento aos que tiveram suas necessidades atendidas, bem como seu tempo de espera.

Assim como demonstra a média de atendimentos após todos os pacientes serem classificados pelo profissional enfermeiro, observa-se que os pacientes da **Pediatria** classificados como azul (não urgente) tiveram uma média de atendimento de 00:29:00; os classificados como verdes (pouco urgente) foram atendidos numa média de 00:21:00 e os classificados como amarelo (urgente) foram atendidos numa média de 00:12:00; desta forma além de um atendimento mais organizado conseguimos com a classificação atender as prioridades de atendimento no seu grau de urgência.

Pâmela V. Rodrigues
Responsável Técnica de Enfermagem



Enfermagem – Pronto Socorro Vicente de Carvalho
Av. São João, nº111 | Pae Cara – Vicente de Carvalho | Guarujá/SP
e-mail: rtenfermagem.psvc@aceni.org.br

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário : I
Sexo : Masculino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 06/07/2018
Idade : 3 anos 7 meses 10 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 16/02/2022 02:56



RG : 666204123

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 02:58

Classificação de Risco :

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	
14.800			98		366	

Triado por:

Carolina de Araújo Rodrigues
COREN-SP 622181 - ENF

Observação da Triagem:

Algia desconhecida
diarreia e vômito há 2 dias

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

COECC + Bronquite Leve

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Vômitos / Diarreia / Noz
3 vezes / febre leve
Fome depois que está tomando / preferido / Deconex
para fosse mais firme
Cg2 desinchado / tossendo

Procedimento(s)

Rup Boncus / Congestão nasal / Estertores

Obs: Bronquite sem dor

Medicamento(s)

Paracetamol / observação

Beneficiário :

Profissional :

PEDIATRA

VS102555 v1.03

Unidade: Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário:

Sexo: Masculino

Município: Guarujá

Endereço:

Mãe:

Responsável:

Nascimento: 04/02/2018

Idade: 4 anos 0 meses 24 dias

Bairro:

Telefone:

CNS:

CPF:

Chegada: 28/02/2022 18:48



500270026

RG:

Instruções:

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora: 18:51

Classificação de Risco:

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	TP
24	76					363

Triado por:

Observação da Triagem:

Unidade: Piloto, em Transição Topo, a pé no hospital (B), apresentando febre elevada.

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Transtorno em pé e grande febre -

Procedimento(s)

Medicamento(s)

V. Esc. 500 D.E.

na HSA.

Beneficiário: X

Profissional:

Dr. Ibsen ~~Correio~~ Bruno
Médico
CRM/SP 14650 PEDIATRA

VS102555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Masculino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 01/10/2018
Idade : 3 anos 4 meses 0 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 01/02/2022 20:21



Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 20:23
Classificação de Risco :
PES ALT PA SAT DX RESP 37.0

Triagem de Araújo Rodrigues
COREN-SP 17111 - F.N.I.

Observação da Triagem:
*Filme dor abdominal e gritaria há 01 semana
sem melhora medicamentosa*

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Transtorno Somático (psíquico)

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

- 1) REGREG X HEG *glasgow 15
- 2) Normal ativo/reactivo/corado/eupneico/oculobucoaletrni/enchimento cap. cseg () normal
- 3) ORO () normal () NSA () hiperemia () Purulento
- 4) OTOR () normal () NSA () hiperemia () Purulento
- 5) ACU () normal RCR em ZT,BNF s/Sng () normal
- 6) AR () normal MV+ SBA () normal
- 7) ABD () normal () NSA simétrica,RHA+, timp. consen., Flácido,n. c. hroso,s/defesa () normal
() Descomp. ánsica + () Blumberg+ () Rovinsky-
- 8) Extremidades () normal () normal
- 9) Diurese () normal () normal
- *Catarse () normal () normal
- *Ingesta hídrica () normal () normal
- *Ingesta alimentar () normal () normal
- *Comorbidades:
- *Alergias () res:
- *Função:

*Dor difusa e p2p3q20
DB negrto2*

Procedimento(s)

Medicamento(s)

- 1) SP 0,9% 250 ml UCV ASO2 20:50
- 2) Dexam 7 ml UCV ASO2
- 3) Dipirona 0,9 ml UCV ASO2
- 4) C2Biorcano HC + P2T + C2T + unuz tipo 1 + VHS
- 5) 2x Abdomen Simples.

Beneficiário : 67

Profissional : 2 pos medicos
Ferreira Elizabeth Rivero
Médica
CRM-SP 22457
PEDIATRA
VSI02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Feminino
Município : Guarujá
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 04/01/2019
Idade : 3 anos 1 meses 18 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 22/02/2022 03:50



RG :

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 03:53

Classificação de Risco :

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	T
16400						365

Triado por:
Carolina de Araújo Rodrigues
COREN-SP 828167 - ENF

Observação da Triagem:

Alta da Desconhece
Do de ouvido

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

got no ouvido

quando D. de alto

Procedimento(s)

Medicamento(s)

Oxigeno
Vácuo

Beneficiário :

Profissional :

[Signature]
22 FEV. 2022

VS102555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Feminino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 11/11/2014
Idade : 7 anos 2 meses 15 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 26/01/2022 20:43



500251177

RG :

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora :

20:55

Classificação de Risco :

PES ALT PA SAT DX RESP 36.4

Triado por:

Caroline de Araújo Rodrigues
COREN-SP 62810

Observação da Triagem:

Alm. A. - c. e. mega
fide e fide de apêndice no abdômen

DADOS MÉDICOS

CID Principal: () *P. 86.9*

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Recém-te apendicite febre e abdômen

Procedimento(s)

Table with 2 rows and 10 columns for medical procedures.

Medicamento(s)

Paru Casi

Beneficiário :

Profissional :

Dr. Johnny Júnior
MÉDICO
CRM-PI 7486
PEDIATRA

VSt02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Masculino
Município : Guarujá
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 06/03/2018
Idade : 3 anos 11 meses 3 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 09/02/2022 07:20



Instruções :

Data/Hora : 7:20 **DADOS DA TRIAGEM**
Classificação de Risco :

PES ALT PA SAT DX RESP 367 Triado por: Kelly Alves Casario
COREN-SP 537.472-Enf

Observação da Triagem:
a mãe gelata, que a ca está com melapio gelato, mega alergia

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()
CID Secundário: ()
Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros 0=0

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Analise para o ATIS

- 1))BEG ()REG ()REG
- 2) () Normal corado, normal, normal
- 3) DRG () Normal () Hipertensão () Normal
- 4) OTO () Normal () Hipertensão () Normal
- 5) AC () Normal RCR em 21, 21F, 21F () Normal
- 6) AR () Normal MV+30F () 3.500ml
- 7) ABD () Normal P/ano, 21, 21, 21
- () Gorduroso () 21 () 21
- 8) Extremidades () Normal () Anormal
- 9) Outros

Procedimento(s)

Medicamento(s)

Continuado para 450 - R. 0.0.0.

Beneficiário : *

Profissional : Dr. Mathews

CRM/SP 198.95
PEDIATRA
Dr. Mathews
ST02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :

Sexo : Masculino

Município : Guarujá

Endereço :

Mãe :

Responsável :

Nascimento : 27/04/2019

Idade : 2 anos 9 meses 26 dias

Bairro :

Telefone :

CNS :

CPF :

Chegada: 23/02/2022 22:02



500267109

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 22:20

Classificação de Risco :

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	T	FC
13.500			96%			36.5	140

Triado Carline de Araújo Rodrigues
COREN-SP 628107 - ENF

Observação da Triagem:

Alta. Deconhece mãe sobre que Ericson temer carolin

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Alta para retorno de rotina.

- 1) BEG () REG () MEG
- 2) Normal corado hidratado afebril eupneico () Anormal
- 3) ORO () Normal () Hiperemico () Purulento
- 4) OTO () Normal () Hiperemico () Purulento
- 5) AC () Normal RCR em 2T, BNF S/S () Anormal
- 6) AR () Normal MV+SR Adv () Anormal
- 7) ABD () Normal Plano, Flácido, RHA+ () Distendido () Gorduroso () BD+ () Anormal
- 8) Extremidades () Normal () Anormal () Edema

Medicamento(s) 9) Outros

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Carline de Araújo Rodrigues
COREN-SP 628107 - ENF

22:10

1. Lanche Casquinha
2. 5k USO de
3. ARD 2007

Beneficiário :

3. ORSe a V 601.

ALTO

22:25
Carline de Araújo Rodrigues
COREN-SP 628107 - ENF
Profissional:
Dr. Matheus Tavares S. De Araujo
Médico
CRM-SP 198.951
R. 163-65-TE
R. 163-65-TE

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Masculino
Município : Guarujá
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 27/09/2010
Idade : 11 anos 4 meses 18 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 15/02/2022 10:38



500261802

RG :

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 10:45 Classificação de Risco : _____
PES ALT PA SAT DX RESP T^o X₂ Triado por: Alexandra Ferreira Hernandez
CORREN-SP-0121207-ENF

Observação da Triagem:

Mãe refere febre e dor de cabeça a 3 dias. Gtgo alveolar

DADOS MÉDICOS

CID Principal: (_____) _____

CID Secundário: (_____) _____

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros _____

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Dest Respiração nasal
Covid-19

Procedimento(s)

Tate Rócio
Carolina Martins Felício
Enfermeiro SCIH
COREN: 365.824

Mônica Cardenas Gonzalez
MÉDICA
CORREN-SP-187363

Medicamento(s)

Beneficiário : X _____

Profissional : _____

PEDIATRA

VSI02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Masculino
Município : Guarujá
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 11/06/2020
Idade : 1 anos 8 meses 15 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 26/02/2022 23:39

500268963

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 23:39

Classificação de Risco :

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP
12,500					38,8

Triado por
Andrezza Ferreira Mariano
COREN-SP 0215960-ENF

Observação da Triagem:

Sic Pau bater cabeça em chão após
vômito, agor o vomito febre, vomito.

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Refere febre. Início há 2 dias
há início de dor na cabeça
e no pescoço, apresentando
vômito + episódios
Início há 2 dias
Após 30 horas queda

EE: BEE, Afébril, corado
há no abd.

Medicamento(s)
Evolução: Evol. regular
há no abd. no início
Paracetamol

Andrezza Ferreira Mariano
COREN-SP 0215960-ENF

Profissional:
PEDIATRA
VSP 2555 v1 ps
Jra. Maria Luz E Paichucama
Médica
CRM-SP 215.423

(1) paracetamol
(2) Dipirona 940mg
TAO
(3) zofran 20mg
+ 100ml SFO, 975
(4) M Cromo
(5) TC Paracetamol

Beneficiário :

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Feminino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

(6000020748) Nascimento : 27/02/2013
Idade : 8 anos 11 meses -6 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :
RG :

Chegada: 21/02/2022 17:02



500265537

Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 17:02
Classificação de Risco :
PES ALT PA SAT DX RESP

Observação da Triagem:
Nega dezoito, em uso de med. comunit.

Triado por:
Kelly Alves Cesário
COREN-SP 537.422-EM

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Admissional
Fugaz de
Carbúnculo

- 1) () BEG () REG () MEG
- 2) () Normal corado hidratado afebril eupneico () Anormal
- 3) ORO () Normal () Hiperemia () Purulenta
- 4) OTO () Normal () Hiperemia () Purulenta
- 5) AC () Normal RCR em 2T,BNF S/S () Anormal
- 6) AR () Normal MV+S/R Adv () Anormal
- 7) ABD () Normal Plano, Flácido, RHA+ () Doloroso
() Giordano () BD+ () Anormal
- 8) Extremidades () Normal () Anormal () Edema
- 9) Outros

Glasgow 15/15

Medicamento(s)

Hum per UTB UT
Obs: capta até seu lido

Beneficiário :

Profissional :
Dr. Julio Cesar R. Pantagua
Médico
CRM/SP 196383
PEDIATRA

VSI02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Feminino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 04/04/2014
Idade : 7 anos 10 meses 15 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 19/02/2022 19:12



Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 19:13

Classificação de Risco :

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	T ₀	FC
13.000			93%			36.3	138

Triado por: *[Signature]*
Caroline de Araújo Rodrigues
COREN-SP 02819 - ENF

Observação da Triagem:

*Alergia descoberta
mãe refere que criança levou uma picada em região frontal nesse verão e desmaiou*

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()

CID Secundário: ()

Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros *1.4*

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

*Retorno RA como paciente em seguimento
Paciente. História
Mãe relata / Mãe relata que
CONCIBIU*

Procedimento(s)

Medicamento(s)

*SF 250 ml + Difenidramina 0,9 ml + Dexametasona 1ml +
Colutor 0,7ml*

[Signature]
Dreanda Rodrigues Machado de Souza
COREN-SP 463365-TE

[Signature]
Dr. Márcio Roberto S. Costa
CRM 129.198-2
PEDIATRA

Beneficiário :

Profissional :

*RECIBO DO PACIENTE
7. OBSERVAÇÃO GLO.*

VS102555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário : I
Sexo : Masculino
Município : GUARUJÁ
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 02/10/2016
Idade : 5 anos 4 meses 22 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada : 24/02/2022 14:05



Instruções :

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 4h: 07 h
Classificação de Risco : 3

PES	ALT	PA	SAT	DX	RESP	Triado por:
15.000			94.7		37	

Observação da Triagem:
Apresenta febre a 3 dias, um tto com reafim a 3 dias * Microcefalia
 Kelly Virginia Lima Barbosa
Enfermeira
REN-SP-232395
 Allergia

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()
CID Secundário: ()
Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

USO TRIAGEM (625 MOSTRADO)

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

- BEG () REG () MEG
- Normal corado hidratado afebril eupneico () Anormal
- 3) ORO () Normal () Hiperemia () Purulenta
- 4) OTO () Normal () Hiperemia () Purulenta
- 5) AC () Normal RCR em 2T,BNF S/S () Anormal
- 6) AR () Normal MV+S/R Adv () Anormal Roncos 15 r/minos Bilaterais
- 7) ABD () Normal Plano, Flácido, RHA+ () Doloroso () Giordano () BD+ () Anormal
- 8) Extremidades () Normal () Anormal () Edema
- 9) Outros

Procedimento(s)

Medicamento(s)

- 1) MANTER EM OBSERVAÇÃO
- 2) SF 0.9% 250 ml UEV A 500mg feto 14:50
- 3) Hidrocortisona 150mg UEV A 500mg feto 14:50
- 4) Difenidramina 0,7 ml UEV A 500mg feto 14:50
- 5) Salbutamol 4PUFF com esp 29220r 70(20ml) 20

Daisy Kelly Evangelista da Silva Lisboa
COREN-SP/1676788 - TE 14:50



Beneficiário :
 Profissional :
 6) Fisioterapia respiratória
 7) Rx TORX PA e L2T
 8) Laboratório HC+PCR+UHS+CRP+SD
 9)
 Profissional: Kermar Elizabeth Rivera
CRM-SP 222571
PEDIATRA
VSI02555 v1.03

Unidade : Projeto Guarujá Vicente de Carvalho

Beneficiário :
Sexo : Masculino
Município : Guarujá
Endereço :
Mãe :
Responsável :

Nascimento : 23/03/2018
Idade : 3 anos 11 meses 2 dias
Bairro :
Telefone :
CNS :
CPF :

Chegada: 25/02/2022 18:14



Instruções : S/D

DADOS DA TRIAGEM

Data/Hora : 18:14
Classificação de Risco :
PES ALT PA SAT DX RESP Triado por:

Observação da Triagem: Alegria e Depressão. Choro após Colúrio
Kelly Alves Cesário
COP 537.422-Enf.

DADOS MÉDICOS

CID Principal: ()
CID Secundário: ()
Encaminhamento: Alta Internação Transferência Óbito Outros

Motivo do Atendimento e Descrição Sumária do Exame Clínico

Colúrio na mucosa e conjuntiva com
Alcunha lacrimal, amarelada e ventral
emiss. Ponto branco em ND - JN.

Reparo com ND no local
sem sinais de contusão
TCC

Procedimento(s)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Medicamento(s)

1 - 5% PROCLER + DROGAS para controle de sintomas
+ 1% colírio para dor
2 - 1% Colúrio oftálmico

Beneficiário : X
Profissional : Dr. Matheus Tagodoro S. Costa
Médico
CRM/SP 198.951

3 - 1% de Neomicina + Polimixina B + Dexametasona
4 - 1% de Colúrio
5 - 1% de Colúrio
6 - 1% de Colúrio
7 - 1% de Colúrio
8 - 1% de Colúrio
9 - 1% de Colúrio
10 - 1% de Colúrio
11 - 1% de Colúrio
12 - 1% de Colúrio
13 - 1% de Colúrio
14 - 1% de Colúrio
15 - 1% de Colúrio
16 - 1% de Colúrio
17 - 1% de Colúrio
18 - 1% de Colúrio
19 - 1% de Colúrio
20 - 1% de Colúrio
21 - 1% de Colúrio
22 - 1% de Colúrio
23 - 1% de Colúrio
24 - 1% de Colúrio
25 - 1% de Colúrio
26 - 1% de Colúrio
27 - 1% de Colúrio
28 - 1% de Colúrio
29 - 1% de Colúrio
30 - 1% de Colúrio
31 - 1% de Colúrio
32 - 1% de Colúrio
33 - 1% de Colúrio
34 - 1% de Colúrio
35 - 1% de Colúrio
36 - 1% de Colúrio
37 - 1% de Colúrio
38 - 1% de Colúrio
39 - 1% de Colúrio
40 - 1% de Colúrio
41 - 1% de Colúrio
42 - 1% de Colúrio
43 - 1% de Colúrio
44 - 1% de Colúrio
45 - 1% de Colúrio
46 - 1% de Colúrio
47 - 1% de Colúrio
48 - 1% de Colúrio
49 - 1% de Colúrio
50 - 1% de Colúrio
51 - 1% de Colúrio
52 - 1% de Colúrio
53 - 1% de Colúrio
54 - 1% de Colúrio
55 - 1% de Colúrio
56 - 1% de Colúrio
57 - 1% de Colúrio
58 - 1% de Colúrio
59 - 1% de Colúrio
60 - 1% de Colúrio
61 - 1% de Colúrio
62 - 1% de Colúrio
63 - 1% de Colúrio
64 - 1% de Colúrio
65 - 1% de Colúrio
66 - 1% de Colúrio
67 - 1% de Colúrio
68 - 1% de Colúrio
69 - 1% de Colúrio
70 - 1% de Colúrio
71 - 1% de Colúrio
72 - 1% de Colúrio
73 - 1% de Colúrio
74 - 1% de Colúrio
75 - 1% de Colúrio
76 - 1% de Colúrio
77 - 1% de Colúrio
78 - 1% de Colúrio
79 - 1% de Colúrio
80 - 1% de Colúrio
81 - 1% de Colúrio
82 - 1% de Colúrio
83 - 1% de Colúrio
84 - 1% de Colúrio
85 - 1% de Colúrio
86 - 1% de Colúrio
87 - 1% de Colúrio
88 - 1% de Colúrio
89 - 1% de Colúrio
90 - 1% de Colúrio
91 - 1% de Colúrio
92 - 1% de Colúrio
93 - 1% de Colúrio
94 - 1% de Colúrio
95 - 1% de Colúrio
96 - 1% de Colúrio
97 - 1% de Colúrio
98 - 1% de Colúrio
99 - 1% de Colúrio
100 - 1% de Colúrio

criança no momento de
resposta em colúrio de
alta hospitalar.

PROJETO GUARUJÁ – SP

CONTROLE DE QUANTITATIVO LABORATORIAL

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

FEVEREIRO



ESTATISTICA POR - CONVENIO -918/HOSPITAL GUARUJA-ENTRADA 01/02/2022 A 28/02/2022

EXAMES	QTD. EXA
ABORH - GRUPO SANGUINEO (ABO)e FATOR RH	1
ALBUM - ALBUMINA	4
AMILA - AMILASE	66
BILI - BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES	51
CKBB - ISOENZIMA DE CREATINOQUINASE	80
CKMB - CREAT. FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB	6
COAG - COAGULOGRAMA	44
CPK - CREATINO FOSFOQUINASE (CPK)	87
CREA - CREATINA	7
CREAT - CREATININA	801
FAL - FOSFATASE ALCALINA	25
GAMGT - GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE (GAMA-GT)	68
GASOA - GASOMETRIA ARTERIAL	22
GASOV - GASOMETRIA VENOSA	1
GLI - GLICEMIA	325
GLIC - GLICEMIA (SOMENTE EM TUBO CINZA)	11
HB - HEMOGLOBINA	1
HBC - ANTICORPOS ANTI-HBc IgG	2
HBS - ANTICORPOS ANTI-HBS	5
HCG - HCG SUBUNIDADE BETA	9
HCV - HEPATITE VIRUS C	4
HDL - HDL-COLESTEROL	1
HEMO - HEMOGRAMA COMPLETO	1.282
HTR - HIV TESTE RÁPIDO	1
HIV - *ANTICORPOS ANTI HIV1/HIV2	5
HT - HEMATÓCRITO	1
K - POTASSIO	767
LIPAS - LIPASE	8
MAG - MAGNÉSIO. DOSAGEM NO SORO	1
NA - SODIO. DOSAGEM	768
PCR - PROTEÍNA C REATIVA	1.082
TGO - TRANSAMINASE GLUTÂMICA OXALACÉTICA	148
TGP - TRANSAMINASE GLUTÂMICA PIRÚVICA	148
TROPO - TROPONINA	90
UREIA - UREIA	729
URINA - URINA I	912
VDRL - VDRL	5
VHS - HEMOSSSEDIMENTAÇÃO	257
TOTAL DE EXAMES	7.825

Dra. Gabriella Canal
CRBM 13.000
Biomédica

PROJETO GUARUJÁ – SP

CONTROLE DE REFEIÇÃO

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

fevereiro



São Vicente, 08 de março de 2022

Ofício nº 010/2022

Ref: Medição do Fornecimento de Refeições para o Pronto Socorro de Vicente de Carvalho do Guarujá – SP – fevereiro – 2022 - FUNCIONÁRIOS.

À

ACENI – INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO

Prezados Senhores,

Vimos por meio deste, encaminhar a medição do mês de fevereiro de 2022 do fornecimento de refeições aos funcionários do Pronto Socorro de Vicente de Carvalho do Guarujá – SP, conforme consta em planilha a seguir:

REFEIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	TOTAL MENSAL	VALOR TOTAL
DESJEJUM	R\$ 5,80	1655	R\$ 9.599,00
ALMOÇO	R\$ 14,50	1602	R\$ 23.229,00
JANTAR	R\$ 14,50	1530	R\$ 22.185,00
TOTAL SERVIDO			R\$ 55.013,00
VALOR EXCEDENTE AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			-R\$ 13,00
TOTAL DA NOTA FISCAL			R\$ 55.000,00

CONTROLE DE REFEIÇÃO MENSAL - FEVEREIRO 2022																													
FUNCIONÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
DESJEJUM	54	55	62	60	49	47	54	50	62	61	57	51	50	61	62	60	62	61	50	50	62	61	50	63	60	67	65	59	1655
ALMOÇO	62	61	60	59	45	44	61	59	59	60	53	50	50	60	59	58	59	59	51	55	59	59	58	60	61	59	61	61	1602
JANTAR	57	56	55	53	47	49	55	55	54	59	54	50	47	59	59	55	57	57	50	52	56	51	56	60	61	56	57	51	1530

Sem mais, aproveitamos o ensejo para renovar nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.


30.821.989/0001-65
COOK & FREEZE REFEIÇÕES LTDA -ME
Av. João Francisco Bensdorf, nº 1247
Cidade Náutica - CEP 11350-011
SÃO VICENTE - SP

Cook & Freeze Refeicoes LTDA. – CNPJ: 30.821.989/0001-65
E-mail: contato@cookfreeze.com.br – Site: <http://www.cookfreeze.com.br>
Av. João Francisco Bensdorf, 1247 – Cidade Náutica
São Vicente / SP – CEP: 11350-011



São Vicente, 08 de março de 2022

Ofício nº 011/2022

Ref: Medição do Fornecimento de Refeições para o Pronto Socorro de Vicente de Carvalho do Guarujá – SP – fevereiro – 2022 – PACIENTES E ACOMPANHANTES.

À

ACENI – INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO

Prezados Senhores,

Vimos por meio deste, encaminhar a medição do mês de fevereiro de 2022 do fornecimento de refeições aos pacientes e acompanhantes do Pronto Socorro de Vicente de Carvalho do Guarujá – SP, conforme consta em planilha a seguir:

REFEIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	TOTAL MENSAL	VALOR TOTAL
DESJEJUM	R\$ 5,80	493	R\$ 2.859,40
ALMOÇO	R\$ 14,50	457	R\$ 6.626,50
LANCHE DA TARDE	R\$ 5,80	233	R\$ 1.351,40
JANTAR	R\$ 14,50	409	R\$ 5.930,50
CEIA	R\$ 5,80	224	R\$ 1.299,20
UTI NEO FLPT 0 A 6 M	R\$ 5,45	4	R\$ 21,80
UTI NEO FLPT PRÉ	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
MATER FLT 0 A 6m	R\$ 9,25	2	R\$ 18,50
DIETA ENTERAL	R\$ 80,40	24	R\$ 1.929,60
TOTAL SERVIDO			R\$ 20.046,15
VALOR EXCEDENTE AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			-R\$ 46,15
TOTAL DA NOTA FISCAL			R\$ 20.000,00

CONTROLE DE REFEIÇÃO MENSAL - FEVEREIRO 2022																													
PACIENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
DESJEJUM	12	11	12	11	13	12	11	12	12	10	10	10	9	10	9	9	10	10	10	11	10	11	11	11	9	9	8	263	
ALMOÇO	11	10	13	10	11	10	11	12	11	9	9	9	10	11	9	9	7	9	9	10	8	9	9	10	10	9	8	272	
LANCHE	13	10	9	7	7	7	11	12	11	7	7	4	8	6	7	6	6	7	9	7	13	7	8	9	9	10	9	7	233
JANTAR	9	12	8	8	8	8	13	10	10	9	9	8	10	8	9	8	8	9	9	9	10	7	10	9	10	10	9	8	256
CEIA	8	10	8	7	8	6	13	12	10	8	6	4	9	5	8	5	9	7	7	9	8	9	8	12	8	6	7	224	
DIETA ENTERAL	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	24
MATER FLT 0 A 6m	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
MATER FLTP PRÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UTI NEO FLPT PRÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
ACOMPANHANTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
DESJEJUM	8	9	8	7	3	5	8	10	7	9	3	6	7	5	3	6	6	7	6	10	10	10	9	9	9	7	6	200	
ALMOÇO	8	6	7	6	6	2	8	9	9	6	2	6	6	4	4	5	5	7	6	8	8	8	6	8	10	8	6	185	
JANTAR	5	8	3	3	4	2	9	7	5	8	5	2	2	3	3	5	5	5	6	7	9	6	7	5	7	10	5	6	153

Sem mais, aproveitamos o ensejo para renovar nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

30.821.989/0001-65

Cook & Freeze Refeicoes LTDA. – CNPJ: 30.821.989/0001-65
 E-mail: contato@coekfreeze.com.br – Site: <http://www.cookfreeze.com.br>
 Av. João Francisco Bendsorp, 1247 – Cidade Náutica
 São Vicente / SP – CEP: 11350-011

PROJETO GUARUJÁ – SP

CONTROLE DE PESAGEM

LAVANDERIA

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

FEVEREIRO

ACENI - VICENTE DE CARVALHO

Data Retirada	Ordem de Serviço	Peça	Retirada	Entrega	Data Entrega	Valor Unitário	Valor Total	Soma
02/02/2022	6346	Toalha de banho	18	18	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	-R\$ 0,00
02/02/2022	6346	Lençol	107	107	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	-R\$ 0,00
02/02/2022	6346	Fronha	51	51	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	-R\$ 0,00
02/02/2022	6346	Cobertor	10	10	04/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 65,00	R\$ 65,00
02/02/2022	6346	Avental	0	0	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 65,00
02/02/2022	6346	Campo	0	0	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 65,00
02/02/2022	6346	Travesseiro	5	5	04/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 32,50	R\$ 97,50
02/02/2022	6346	Capote	0	0	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 97,50
02/02/2022	6346	Biombo	0	0	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 97,50
02/02/2022	6346	Calça	0	0	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 97,50
02/02/2022	6346	Camisa	0	0	04/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 97,50
02/02/2022	6346	Peso	69,25	69,25	04/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 273,54	R\$ 371,04
04/02/2022	6901	Toalha de banho	25	25	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 371,04
04/02/2022	6901	Lençol	112	112	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 371,04
04/02/2022	6901	Fronha	48	48	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 371,04
04/02/2022	6901	Cobertor	13	13	07/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 84,50	R\$ 455,54
04/02/2022	6901	Avental	10	10	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 455,54
04/02/2022	6901	Campo	0	0	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 455,54
04/02/2022	6901	Travesseiro	7	7	07/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 45,50	R\$ 501,04
04/02/2022	6901	Capote	0	0	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 501,04
04/02/2022	6901	Biombo	0	0	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 501,04
04/02/2022	6901	Calça	1	1	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 501,04
04/02/2022	6901	Camisa	5	5	07/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 501,04
04/02/2022	6901	Peso	78,45	78,45	07/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 309,88	R\$ 810,91
07/02/2022	6911	Toalha de banho	11	11	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 810,91
07/02/2022	6911	Lençol	160	160	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 810,91
07/02/2022	6911	Fronha	31	31	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 810,91
07/02/2022	6911	Cobertor	10	10	09/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 65,00	R\$ 875,91
07/02/2022	6911	Avental	9	9	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 875,91
07/02/2022	6911	Campo	0	0	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 875,91
07/02/2022	6911	Travesseiro	10	10	09/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 65,00	R\$ 940,91
07/02/2022	6911	Capote	0	0	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 940,91
07/02/2022	6911	Biombo	0	0	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 940,91
07/02/2022	6911	Calça	0	0	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 940,91
07/02/2022	6911	Camisa	0	0	09/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 940,91
07/02/2022	6911	Peso	101,3	101,3	09/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 400,14	R\$ 1.341,05
09/02/2022	6914	Toalha de banho	5	5	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.341,05
09/02/2022	6914	Lençol	50	50	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.341,05
09/02/2022	6914	Fronha	34	34	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.341,05
09/02/2022	6914	Cobertor	8	8	11/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 52,00	R\$ 1.393,05
09/02/2022	6914	Avental	3	3	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.393,05
09/02/2022	6914	Campo	0	0	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.393,05
09/02/2022	6914	Travesseiro	5	5	11/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 32,50	R\$ 1.425,55
09/02/2022	6914	Capote	0	0	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.425,55
09/02/2022	6914	Biombo	0	0	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.425,55
09/02/2022	6914	Calça	0	0	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.425,55

Washington D Coutinho
Gerente Administrativo

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

09/02/2022	6914	Camisa	0	0	11/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.425,55
09/02/2022	6914	Peso	68,55	68,55	11/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 270,77	R\$ 1.696,32
11/02/2022	6920	Toalha de banho	32	32	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.696,32
11/02/2022	6920	Lençol	158	158	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.696,32
11/02/2022	6920	Fronha	59	59	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.696,32
11/02/2022	6920	Cobertor	15	15	14/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 97,50	R\$ 1.793,82
11/02/2022	6920	Avental	4	4	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.793,82
11/02/2022	6920	Campo	0	0	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.793,82
11/02/2022	6920	Travesseiro	10	10	14/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 65,00	R\$ 1.858,82
11/02/2022	6920	Capote	0	0	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.858,82
11/02/2022	6920	Biombo	0	0	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.858,82
11/02/2022	6920	Calça	0	0	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.858,82
11/02/2022	6920	Camisa	0	0	14/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.858,82
11/02/2022	6920	Peso	86,7	86,7	14/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 342,47	R\$ 2.201,29
14/02/2022	6922	Costura	1	1	16/02/2022	R\$ 8,90	R\$ 8,90	R\$ 2.210,19
14/02/2022	6922	Toalha de banho	8	8	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.210,19
14/02/2022	6922	Lençol	130	130	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.210,19
14/02/2022	6922	Fronha	20	20	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.210,19
14/02/2022	6922	Cobertor	11	11	16/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 71,50	R\$ 2.281,69
14/02/2022	6922	Avental	0	0	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.281,69
14/02/2022	6922	Campo	0	0	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.281,69
14/02/2022	6922	Travesseiro	3	3	16/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 19,50	R\$ 2.301,19
14/02/2022	6922	Capote	0	0	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.301,19
14/02/2022	6922	Biombo	0	0	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.301,19
14/02/2022	6922	Calça	0	0	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.301,19
14/02/2022	6922	Camisa	0	0	16/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.301,19
14/02/2022	6922	Peso	66,15	66,15	16/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 261,29	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Toalha de banho	8	8	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Lençol	164	164	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Fronha	40	40	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Cobertor	0	0	18/02/2022	R\$ 6,50	R\$ -	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Avental	0	0	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Campo	0	0	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.562,48
16/02/2022	6929	Travesseiro	2	2	18/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 13,00	R\$ 2.575,48
16/02/2022	6929	Capote	0	0	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.575,48
16/02/2022	6929	Biombo	0	0	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.575,48
16/02/2022	6929	Calça	0	0	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.575,48
16/02/2022	6929	Camisa	0	0	18/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.575,48
16/02/2022	6929	Peso	51,35	51,35	18/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 202,83	R\$ 2.778,31
18/02/2022	6933	Toalha de banho	28	28	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.778,31
18/02/2022	6933	Lençol	147	147	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.778,31
18/02/2022	6933	Fronha	73	73	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.778,31
18/02/2022	6933	Cobertor	5	5	21/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 32,50	R\$ 2.810,81
18/02/2022	6933	Avental	6	6	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.810,81
18/02/2022	6933	Campo	0	0	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.810,81
18/02/2022	6933	Travesseiro	13	13	21/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 84,50	R\$ 2.895,31
18/02/2022	6933	Capote	0	0	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.895,31
18/02/2022	6933	Biombo	0	0	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.895,31
18/02/2022	6933	Calça	0	0	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.895,31
18/02/2022	6933	MOP	2	2	21/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.895,31
18/02/2022	6933	Peso	99,35	99,35	21/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 392,43	R\$ 3.287,74
21/02/2022	6940	Toalha de banho	12	12	23/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.287,74

Washington D Coutinho
Gerente Administrativo

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

21/02/2022	6940	Lençol	92	92	23/02/2022	R\$	R\$ -	R\$ 3.287,74
21/02/2022	6940	Fronha	35	35	23/02/2022	R\$	R\$ -	R\$ 3.287,74
21/02/2022	6940	Cobertor	6	6	23/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 39,00	R\$ 3.326,74
21/02/2022	6940	Avental	5	5	23/02/2022	R\$	R\$ -	R\$ 3.326,74
21/02/2022	6940	Campo	0	0	23/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.326,74
21/02/2022	6940	Travesseiro	8	8	23/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 52,00	R\$ 3.378,74
21/02/2022	6940	Capote	0	0	23/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.378,74
21/02/2022	6940	Biombo	0	0	23/02/2022	R\$	R\$ -	R\$ 3.378,74
21/02/2022	6940	Calça	0	0	23/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.378,74
21/02/2022	6940	Camisa	0	0	23/02/2022	R\$	R\$ -	R\$ 3.378,74
21/02/2022	6940	Peso	90,35	90,35	23/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 356,88	R\$ 3.735,63
23/02/2022	6944	Toalha de banho	16	16	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.735,63
23/02/2022	6944	Lençol	175	175	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.735,63
23/02/2022	6944	Fronha	43	43	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.735,63
23/02/2022	6944	Cobertor	5	5	25/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 32,50	R\$ 3.768,13
23/02/2022	6944	Avental	0	0	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.768,13
23/02/2022	6944	Campo	0	0	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.768,13
23/02/2022	6944	Travesseiro	4	4	25/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 26,00	R\$ 3.794,13
23/02/2022	6944	Capote	0	0	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.794,13
23/02/2022	6944	Biombo	0	0	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.794,13
23/02/2022	6944	Calça	0	0	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.794,13
23/02/2022	6944	Camisa	0	0	25/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.794,13
23/02/2022	6944	Peso	66,4	66,4	25/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 262,28	R\$ 4.056,41
25/02/2022	4990	Toalha de banho	4	4	26/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.056,41
25/02/2022	4990	Lençol	56	56	27/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.056,41
25/02/2022	4990	Fronha	22	22	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.056,41
25/02/2022	4990	Cobertor	5	5	28/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 32,50	R\$ 4.088,91
25/02/2022	4990	Avental	5	5	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.088,91
25/02/2022	4990	Campo	0	0	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.088,91
25/02/2022	4990	Travesseiro	3	3	28/02/2022	R\$ 6,50	R\$ 19,50	R\$ 4.108,41
25/02/2022	4990	Capote	0	0	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.108,41
25/02/2022	4990	Biombo	0	0	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.108,41
25/02/2022	4990	Calça	0	0	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.108,41
25/02/2022	4990	Camisa	0	0	28/02/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.108,41
25/02/2022	4990	Peso	50,6	50,6	28/02/2022	R\$ 3,95	R\$ 199,87	R\$ 4.308,28
28/02/2022	4992	Toalha de banho	18	18	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.308,28
28/02/2022	4992	Lençol	61	61	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.308,28
28/02/2022	4992	Fronha	17	17	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.308,28
28/02/2022	4992	Cobertor	6	6	02/03/2022	R\$ 6,50	R\$ 39,00	R\$ 4.347,28
28/02/2022	4992	Avental	0	0	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.347,28
28/02/2022	4992	Campo	0	0	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.347,28
28/02/2022	4992	Travesseiro	5	5	02/03/2022	R\$ 6,50	R\$ 32,50	R\$ 4.379,78
28/02/2022	4992	Capote	0	0	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.379,78
28/02/2022	4992	Biombo	0	0	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.379,78
28/02/2022	4992	Calça	0	0	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.379,78
28/02/2022	4992	Camisa	0	0	02/03/2022	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.379,78
28/02/2022	4992	Peso	55,95	55,95	02/03/2022	R\$ 3,95	R\$ 221,00	R\$ 4.600,78
				0		R\$ -	R\$ -	R\$ 4.600,78

Total R\$ 4.600,78

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo

W. D. Coutinho
Fiel Lavanderia Industrial Ltda - ME
CNPJ: 02.145.243/0001-43
FERNANDA P.S.F. ROSA

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6346

DATA DA RETIRADA
2 02 120 22

Cliente: Aceni Guarujá

DATA DA ENTREGA
04 12 120 22

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	TOTAL
	TOALHA DE BANHO				18
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				104
	LENÇOL DE SOLTEIRO				
	LENÇOL DE CASAL				
	FRONHA				300
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
	TRAVESSEIRO				05
	EDREDOM				
	COLCHA				
	COBERTOR				10
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações:

Fica 69,25

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS, UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTÁRMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____

ENTREGUE POR: _____

Entregue pelo Cliente

Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6901

DATA DA RETIRADA
4 12 120 22

Cliente: Aceni

DATA DA ENTREGA
7 12 120 22

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	TOTAL
02	TOALHA DE BANHO				25
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				
05	LENÇOL DE SOLTEIRO				112
	LENÇOL DE CASAL				
09	FRONHA				48
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
012	CALÇA				1
04	CAMISA				5
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
014	TRAVESSEIRO				7
	EDREDOM				
	COLCHA				
014	COBERTOR				13
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				10
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações:

Fica 78,45

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS, UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTÁRMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____

ENTREGUE POR: _____

Entregue pelo Cliente

Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6911

DATA DA RETIRADA
07/12/2022
DATA DA ENTREGA
09/12/2022

Cliente: Aceni Guarujá

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA TOTAL
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	
	TOALHA DE BANHO				11
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				
	LENÇOL DE SOLTEIRO				160
	LENÇOL DE CASAL				
	FRONHA				31
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
	TRAVESSEIRO				10
	EDREDOM				
	COLCHA				
	COBERTOR				10
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				9
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações:

Peso 101,30

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTEM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS. UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIRMOS O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____

ENTREGUE POR: Diana Jussis

Entregue pelo Cliente

Contido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6914

DATA DA RETIRADA
9/12/2022
DATA DA ENTREGA
10/12/2022

Cliente: Aceni Guarujá

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA TOTAL
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	
	TOALHA DE BANHO				05
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				
	LENÇOL DE SOLTEIRO				50
	LENÇOL DE CASAL				
	FRONHA				34
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
	TRAVESSEIRO				5
	EDREDOM				
	COLCHA				
	COBERTOR				08
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				03
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações:

Peso 68,55

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTEM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS. UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIRMOS O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____

ENTREGUE POR: _____

Entregue pelo Cliente

Contido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6920

DATA DA RETIRADA
13/02/2022

Cliente: Aceni Juarez

DATA DA ENTREGA
14/02/2022

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	TOTAL
TOALHA DE BANHO					32
TOALHA DE ROSTO					
PISO					
ROUPÃO					
LENÇOL DE SOLTEIRO					158
LENÇOL DE CASAL					
FRONHA					59
TOALHA DE MESA					
COBRE MANCHA					
CAPA DE CADEIRA					
GUARDANAPO					
CALÇA					
CAMISA					
LENÇOL SOLT. C/ELÁST.					
LENÇOL CAS. C/ELÁST.					
TRAVESSEIRO					10
EDREDOM					
COLCHA					
COBERTOR					15
CAPOTE					
CUEIRO					
FAIXA					
CAMPO CIRÚRGICO					
AVENTAL / CAMISOLA					4
JALECO					
MOP					
TOUCA					
CORTINA					
PLÁSTICO MÓVEL					

Observações:

Peso 86,7

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENDOILHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS, UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTÁRMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____

ENTREGUE POR: Amadora

Entregue pelo Cliente

Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6922

DATA DA RETIRADA
14/2 12022

Cliente: Aceni Juarez

DATA DA ENTREGA
16/12 12022

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	TOTAL
TOALHA DE BANHO					08
TOALHA DE ROSTO					
PISO					
ROUPÃO					
LENÇOL DE SOLTEIRO					130
LENÇOL DE CASAL					
FRONHA					20
TOALHA DE MESA					
COBRE MANCHA					
CAPA DE CADEIRA					
GUARDANAPO					
CALÇA					
CAMISA					
LENÇOL SOLT. C/ELÁST.					
LENÇOL CAS. C/ELÁST.					
TRAVESSEIRO					03
EDREDOM					
COLCHA					
COBERTOR					11
CAPOTE					
CUEIRO					
FAIXA					
CAMPO CIRÚRGICO					
AVENTAL / CAMISOLA					
JALECO					
MOP					
TOUCA					
CORTINA					
PLÁSTICO MÓVEL					

Observações:

Peso 68,15

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENDOILHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS, UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTÁRMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: Rosalia

ENTREGUE POR: 16/02/22

Entregue pelo Cliente

Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. n° **6929**

DATA DA RETIRADA
16/02/2022

DATA DA ENTREGA
18/02/2022

Cliente: Aceni Guarujá

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL PEÇAS	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA TOTAL
			RETIDA	RETORNADA	
TOALHA DE BANHO					03
TOALHA DE ROSTO					
PISO					
ROUPÃO					
LENÇOL DE SOLTEIRO					124
LENÇOL DE CASAL					
FRONHA					40
TOALHA DE MESA					
COBRE MANCHA					
CAPA DE CADEIRA					
GUARDANAPO					
CALÇA					
CAMISA					
LENÇOL SOLT. C/ELÁST.					
LENÇOL CAS. C/ELÁST.					
TRAVESSEIRO					02
EDREDOM					
COLCHA					
COBERTOR					
CAPOTE					
CUEIRO					
FAIXA					
CAMPO CIRÚRGICO					
AVENTAL / CAMISOLA					
JALECO					
MOP					
TOUCA					
CORTINA					
PLÁSTICO MÓVEL					

Fiel
LAVANDERIA

O.S. n° **6933**

DATA DA RETIRADA
18/02/2022

DATA DA ENTREGA
21/02/2022

Cliente: Aceni Guarujá

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL PEÇAS	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA TOTAL
			RETIDA	RETORNADA	
TOALHA DE BANHO					03
TOALHA DE ROSTO					
PISO					
ROUPÃO					
LENÇOL DE SOLTEIRO					14215
LENÇOL DE CASAL					
FRONHA					6416
TOALHA DE MESA					
COBRE MANCHA					
CAPA DE CADEIRA					
GUARDANAPO					
CALÇA					
CAMISA					
LENÇOL SOLT. C/ELÁST.					
LENÇOL CAS. C/ELÁST.					
TRAVESSEIRO					13
EDREDOM					
COLCHA					
COBERTOR					05
CAPOTE					
CUEIRO					
FAIXA					
CAMPO CIRÚRGICO					
AVENTAL / CAMISOLA					06
JALECO					
MOP					02
TOUCA					
CORTINA					
PLÁSTICO MÓVEL					

Observações:

Rece 51,35

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCEDIMENTOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAÇÃO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLOCIMENTOS OU RAISCOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUZIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS AS MÊMOAS, UMA VEZ QUE NESTE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA MECÂNICA. DE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO. ENTENDENDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA A CONFERENCIAR A QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITAS AS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: [Assinatura] ENTREGUE POR: [Assinatura]
 18/02/22

Entregue pelo Cliente Conferido e Recebido / Cliente

Observações:

Rece 99,35

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCEDIMENTOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAÇÃO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLOCIMENTOS OU RAISCOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUZIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS AS MÊMOAS, UMA VEZ QUE NESTE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA MECÂNICA. DE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO. ENTENDENDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA A CONFERENCIAR A QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITAS AS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: [Assinatura] ENTREGUE POR: [Assinatura]

Entregue pelo Cliente Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 6940

DATA DA RETIRADA
21/12/22
120

Cliente: Aceni Guarujá

DATA DA ENTREGA
23/12/22
120

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL PEÇAS	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
			RETIDA	RETORNO	TOTAL
	TOALHA DE BANHO				16
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				72
	LENÇOL DE SOLTEIRO				
	LENÇOL DE CASAL				35
	FRONHA				
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				08
	TRAVESSEIRO				
	EDREDOM				
	COLCHA				06
	COBERTOR				
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				05
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações:

Peso 90,35

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTEM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENDOURIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJEIRA E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS, UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____ ENTREGUE POR: _____

Entregue pelo Cliente

Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº

6944

DATA DA RETIRADA
23/12/22
120

Cliente: Aceni Guarujá

DATA DA ENTREGA
25/12/22
120

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL PEÇAS	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
			RETIDA	RETORNO	TOTAL
	TOALHA DE BANHO				16
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				
	LENÇOL DE SOLTEIRO		20+		145
	LENÇOL DE CASAL				
	FRONHA				43
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
	TRAVESSEIRO				04
	EDREDOM				
	COLCHA				
	COBERTOR			novas	5
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações:

Peso 66,40

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTEM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TAIS COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENDOURIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJEIRA E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS, UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____ ENTREGUE POR: _____

Entregue pelo Cliente

Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 4990

DATA DA RETIRADA
25/2/2022

Cliente: Guarujá

DATA DA ENTREGA
28/2/2022

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	TOTAL
	TOALHA DE BANHO				4
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				
	LENÇOL DE SOLTEIRO				58
	LENÇOL DE CASAL				
	FRONHA				22
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
	TRAVESSEIRO				3
	EDREDOM				
	COLCHA				
	COBERTOR				5
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				5
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações: peso 50,6

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TÃO COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS. UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____ ENTREGUE POR: Manoel
Manoel
Entregue pelo Cliente Conferido e Recebido / Cliente

Fiel
LAVANDERIA

O.S. nº 4992

DATA DA RETIRADA
28/2/2022

Cliente: Guarujá

DATA DA ENTREGA
2/3/2022

RETIRADA (CLIENTE)	ENXOVAL	CONTAGEM (LAVANDERIA)	RELAVAGEM		ENTREGA
	PEÇAS		RETIDA	RETORNO	TOTAL
	TOALHA DE BANHO				18
	TOALHA DE ROSTO				
	PISO				
	ROUPÃO				
	LENÇOL DE SOLTEIRO				611
	LENÇOL DE CASAL				
	FRONHA				17
	TOALHA DE MESA				
	COBRE MANCHA				
	CAPA DE CADEIRA				
	GUARDANAPO				
	CALÇA				
	CAMISA				
	LENÇOL SOLT. C/ELÁST.				
	LENÇOL CAS. C/ELÁST.				
	TRAVESSEIRO				5
	EDREDOM				
	COLCHA				
	COBERTOR				6
	CAPOTE				
	CUEIRO				
	FAIXA				
	CAMPO CIRÚRGICO				
	AVENTAL / CAMISOLA				
	JALECO				
	MOP				
	TOUCA				
	CORTINA				
	PLÁSTICO MÓVEL				

Observações: peso 55,95

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR ALTERAÇÕES CAUSADAS A ROUPAS QUE NÃO RESISTIREM AOS PROCESSOS NORMAIS DE LAVAGEM E ACABAMENTO, TÃO COMO DESBOTAMENTO OU MUDANÇAS DE COR, ENCOLHIMENTOS OU RASGOS. CASO AS ROUPAS TENHAM MANCHAS NÃO GARANTIMOS A REMOÇÃO TOTAL DA SUJIDADE E NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR EVENTUAIS DANOS ÀS MESMAS. UMA VEZ QUE NESSE PROCESSO ELAS SÃO EXPOSTAS A UMA SEVERA AÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA. SE FOR DETECTADA ALGUMA MANCHA, O CLIENTE SERÁ NOTIFICADO IMEDIATAMENTE PARA DIMINUIR O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE NOSSOS FUNCIONÁRIOS EM SEU ESTABELECIMENTO, EVITANDO ASSIM PREJUDICAR SEU FUNCIONAMENTO. POR CONTARMOS COM UMA EQUIPE TREINADA E PREPARADA, A CONFERÊNCIA DA QUANTIDADE DE ROUPAS ENVIADAS SERÁ FEITA NAS DEPENDÊNCIAS DE NOSSA LAVANDERIA, E CASO HAJA UMA DIVERGÊNCIA, O CLIENTE SERÁ IMEDIATAMENTE NOTIFICADO.

RETIRADO POR: _____ ENTREGUE POR: Manoel
Manoel
Entregue pelo Cliente Conferido e Recebido / Cliente

PROJETO GUARUJÁ – SP

CONTROLE DE PESAGEM

LIXO INFECTANTE

ANO: 2022

RELATÓRIO MENSAL

FEVEREIRO

CONTROLE DE LIXO INFECTANTE
FEVEREIRO 2022

DATA	EMPRESA	PESO
04/02/2022	ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE E EDUCAÇÃO	300
11/02/2022	ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE E EDUCAÇÃO	260
18/02/2022	ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE E EDUCAÇÃO	210
25/02/2022	ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE E EDUCAÇÃO	210
TOTAL		980

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo



Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR

MTR nº 220000274680



Identificação do Gerador

Razão Social: ACENI - INSTITUTO DE ATENCAO A SAUDE E EDUCACAO - 58637		CPF/CNPJ: 01.476.404/0001-19
Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 594 CENTRO	Telefone: 1333294623	Data da emissão: 03/02/2022
Município: NOVA IGUACU	UF: RJ	Fax/Tel: 1333294623
Nome do Responsável pela Emissão	Cargo	Ariella Fernanda Costa Higieneização PSVC assinatura do responsável
WASHINGTON DUARTE COUTINHO	Gerente Administrativo	

Observações do Gerador

Identificação do Transportador

Razão Social: WORLD RESÍDUO LTDA - ME - 792		CPF/CNPJ: 10.837.412/0001-34
Endereço: AVENIDA LOURENCO DE SOUZA FRANCO, 2662 SALA 1 JUNDIAPEBA	Telefone: 1147223991	Data do transporte: 04/02/2022
Município: MOGI DAS CRUZES	UF: SP	Fax/Tel: 1147223991
Nome do Motorista	Placa do Veículo	<i>Assinatura</i> assinatura do responsável
CRISTIANO MELLO	QKC1121	

Identificação do Destinador

Razão Social: SILCON AMBIENTAL LTDA - 583		CPF/CNPJ: 06.856.831/0002-22
Endereço: RUA RUZZI, 440 SERTAOZINHO	Telefone: 1121285777	 assinatura do responsável Camilla Soares da Silva Carvalho CPF: 027.911.159-57
Município: MAUA	UF: SP	

Identificação dos Resíduos

Item	Código IBAMA e Denominação	Estado Físico	Classe	Acondicionamento	Qtde	Unidade	Tratamento
1	Grupo A-Resíduos de Serviços de Saúde classificados como Grupos A1, A2, A3, A4 ou A5, conforme ANVISA RDC 222/2018 - Contempla os resíduos códigos 180101(*), 180102(*), 180103(*), 180104(*), 180105(*), 180106(*), 180107(*), 180108(*), 180109(*), 180110(*), 180111(*), 180112(*), 180113(*), 180114(*) e 180115(*) conforme IBAMA 13/2012	SOLIDO	GRUPO A (RSS)	SACO PLASTICO	350.0000	KG	Incineração

ONU 2814 RESÍDUOS DE SAÚDE 06 I

Observação Resíduo: COLETA DE RESÍDUOS REALIZADA NA UNIDADE GUARUJÁ AV. SÃO JOÃO N° 111, GUARUJÁ - SÃO PAULO
D099-Outros res. perigosos CADRI Coletiva: 33007511 item 01

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo



Este MTR não substitui a CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados.

Uma via deste MTR deve acompanhar o transporte

SILCON AMBIENTAL LTDA
Planta de Tratamento de Resíduos

Ticket Pesagem: 3125897

Placa do veículo

QKC-1121

Motorista

CRISTIANO

Transportadora

WORD RESIDUOS LTDA

Emissor

ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAUDE E EDUCAÇÃO

Item

RSSS

Pesagem Inicial

Data / Hora: 04/02/2022 14:58

Balança: BALANÇA

Peso: 3790 kg

Pesagem Final

Data / Hora: 04/02/2022 15:08

Balança: BALANÇA

Peso: 3490 kg

Peso Líquido

300 kg

Observação

Operador:



Motorista:

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo



Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR

MTR nº 220000340616



Identificação do Gerador

Razão Social: ACENI - INSTITUTO DE ATENCAO A SAUDE E EDUCACAO - 58637		CPF/CNPJ: 01.476.404/0001-19
Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 594 CENTRO	Telefone: 1333294623	Data da emissão: 10/02/2022
Município: NOVA IGUACU	UF: RJ	Fax/Tel: 1333294623
Nome do Responsável pela Emissão	Cargo:	Ariella Fernanda Costa
WASHINGTON DUARTE COUTINHO	Gerente Administrativo	Assinatura do Responsável

Observações do Gerador

Identificação do Transportador

Razão Social: WORLD RESÍDUO LTDA - ME - 792		CPF/CNPJ: 10.837.412/0001-34
Endereço: AVENIDA LOURENCO DE SOUZA FRANCO, 2662 SALA 1 JUNDIAPEBA	Telefone: 1147223991	Data do transporte: 11/02/2022
Município: MOGI DAS CRUZES	UF: SP	Fax/Tel: 1147223991
Nome do Motorista	Placa do Veículo	Assinatura do responsável
CRISTIANO MELLO	QKC1121	

Identificação do Destinator

Razão Social: SILCON AMBIENTAL LTDA - 583		CPF/CNPJ: 50.856.281/0002-21
Endereço: RUA RUZZI, 440 SERTAOZINHO	Telefone: 1121285777	11 FEB 2022
Município: MAUA	UF: SP	Fax/Tel: 1121285777
		Assinatura do responsável
		Jussara Alves da Sousa

Identificação dos Resíduos

Item	Código IBAMA e Denominação	Estado Físico	Classe	Acondicionamento	Quantidade	Unidade	Tratamento
1	Grupo A-Resíduos de Serviços de Saúde classificados como Grupos A1, A2, A3, A4 ou A5, conforme ANVISA RDC 222/2018 - Contempla os resíduos códigos 180101(*), 180102(*), 180103(*), 180104(*), 180105(*), 180106(*), 180107(*), 180108(*), 180109(*), 180110(*), 180111(*), 180112(*), 180113(*), 180114(*) e 180115(*) conforme IBAMA 13/2012	SOLIDO	GRUPO A (RSS)	SACO PLÁSTICO	350.0000	KG	Incineração

ONU 2814 RESÍDUOS DE SAÚDE 06 I

Observação Resíduo: COLETA DE RESÍDUOS REALIZADA NA UNIDADE: GUARUJÁ: AV. SÃO JOÃO N° 111, GUARUJÁ - SÃO PAULO

D099-Outros res. perigosos

CADRI Coletivo: 3307511 item 01

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo

Este MTR não substitui o CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados.



SILCON AMBIENTAL LTDA .
Planta de Tratamento de Resíduos

Ticket Pesagem: 3126070

Placa do veículo

QKC-1121

Motorista

CRISTIANO

Transportadora

WORD RESIDUOS LTDA

Emissor

ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAUDE E EDUCAÇÃO

Item

RSSS

Pesagem Inicial

Data / Hora: 11.02.2022 15:40

Balança: BALANÇA

Peso: 3750 kg

Pesagem Final

Data / Hora: 11.02.2022 15:54

Balança: BALANÇA

Peso: 3490 kg

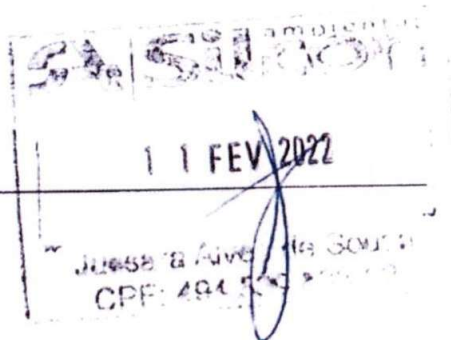
Peso Líquido

260 kg

Observação

Operador: _____

Motorista: _____



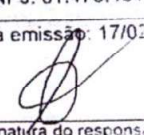
Washington D. Coutinn
Gerente Administrativo
WDC



Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR

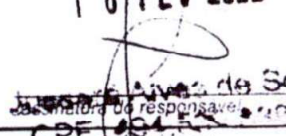
MTR nº 220000403946



Identificação do Gerador		CPF/CNPJ: 01.476.404.0001-19
Razão Social: ACENI - INSTITUTO DE ATENCAO A SAUDE E EDUCACAO - 58637		Data da emissão: 17/02/2022
Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 594 CENTRO	Telefone: 1333294623	 assinatura do responsável
Município: NOVA IGUACU UF: RJ	Fax/Tel: 1333294623	
Nome do Responsável pela Emissão WASHINGTON DUARTE COUTINHO	Cargo: Gerente Administrativo	

Observações do Gerador

Identificação do Transportador		CPF/CNPJ: 10.837.412.0001-34
Razão Social: WORLD RESIDUO LTDA - ME - 792		Data do transporte: 18/02/2022
Endereço: AVENIDA LOURENCO DE SOUZA FRANCO, 2662 SALA 1 JUNDIAPEBA	Telefone: 1147223991	 assinatura do responsável
Município: MOGI DAS CRUZES UF: SP	Fax/Tel: 1147223991	
Nome do Motorista cristiano mello	Placa do Veículo QKC1121	

Identificação do Destinator		CPF/CNPJ: 50.856.251.0002-21
Razão Social: SILCON AMBIENTAL LTDA - 583		18 FEB 2022
Endereço: RUA RUZZI, 440 SERTAOZINHO	Telefone: 1121285777	 assinatura do responsável CPF: 01.476.404.0001-19
Município: MAUA UF: SP	Fax/Tel: 1121285777	

Identificação dos Resíduos

Item	Código IBAMA e Denominação	Estado Físico	Classe	Acondicionamento	Qtde	Unidade	Tratamento
1	Grupo A-Resíduos de Serviços de Saúde classificados como Grupos A1, A2, A3, A4 ou A5, conforme ANVISA RDC 222/2018 - Contempla os resíduos códigos 180101(*), 180102(*), 180103(*), 180104(*), 180105(*), 180106(*), 180107(*), 180108(*), 180109(*), 180110(*), 180111(*), 180112(*), 180113(*), 180114(*) e 180115(*) conforme IBAMA 13/2012	SOLIDO	GRUPO A (RSS)	SACO PLASTICO	350.0000	KG	Ineração
ONU 2814 RESIDUOS DE SAÚDE 06 I Observação Resíduo: COLETA DE RESIDUOS REALIZADA NA UNIDADE GUARUJÁ AV. SÃO JOÃO N° 111, GUARUJÁ - SÃO PAULO D099-Outros res. perigosos CADRI Coletivo: 33007511 item 01							

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo



Este MTR não substitui o CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados.

Uma via deste MTR deve acompanhar o transporte*

SILCON AMBIENTAL LTDA
Planta de Tratamento de Resíduos

Ticket Pesagem: 3136202

Placa do veículo

QKC-1121

Motorista

CRISTIANO

Transportadora

WORD RESIDUOS LTDA

Emissor

ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAUDE E EDUCAÇÃO

Item

RSSS

Pesagem Inicial

Data / Hora: 18/02/2022 13:34

Balança: BALANÇA

Peso: 4370 kg

Pesagem Final

Data / Hora: 18/02/2022 13:42

Balança: BALANÇA

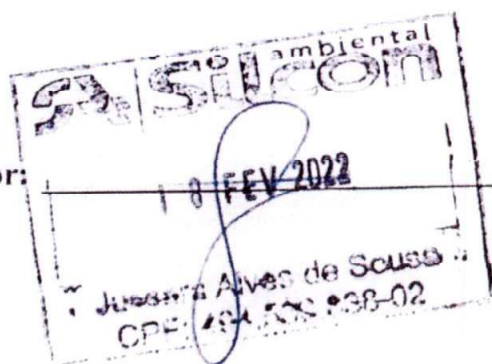
Peso: 4160 kg

Peso Líquido

210 kg

Observação

Operador:



Motorista:

[Handwritten signature]

Washington R. Coutinho
Gerente Administrativo



Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR

MTR nº 220000460784



Identificação do Gerador

Razão Social: ACENI - INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE E EDUCAÇÃO - 58637		CPF/CNPJ: 01.476.404/0001-19
Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 594 CENTRO	Telefone: 1333294623	Data da emissão: 23/02/2022
Município: NOVA IGUAÇU	UF: RJ	Fax/Tel: 1333294623
Nome do Responsável pela Emissão	Cargo:	assinatura do responsável
WASHINGTON DUARTE COUTINHO	Gerente Administrativo	

Observações do Gerador

EM COLETA REALIZADA NA UNIDADE DE GUARUJÁ ENDEREÇO: Av. São João, N°111

Identificação do Transportador

Razão Social: WORLD RESÍDUO LTDA - ME - 792		CPF/CNPJ: 10.837.412/0001-34
Endereço: AVENIDA LOURENÇO DE SOUZA FRANCO, 2662 SALA 1 JUNDIAPEBA	Telefone: 1147223991	Data do transporte: 25/02/2022
Município: MOGI DAS CRUZES	UF: SP	Fax/Tel: 1147223991
Nome do Motorista	Placa do Veículo	assinatura do responsável
CRISTIANO MELLO	QKC1121	

Identificação do Destinador

Razão Social: SILCON AMBIENTAL LTDA - 583		CPF/CNPJ: 30.858.154/0002-20
Endereço: RUA RUZZI, 440 SERTÃOZINHO	Telefone: 1121285777	assinatura do responsável
Município: MAUA	UF: SP	Fax/Tel: 1121285777
29 FEB 2022		
assinatura do responsável		

Identificação dos Resíduos

Item	Código IBAMA e Denominação	Estado Físico	Classe	Acondicionamento	Quantidade	Unidade	Tratamento
1	Grupo A-Resíduos de Serviços de Saúde classificados como Grupos A1, A2, A3, A4 ou A5, conforme ANVISA RDC 222/2018 - Contempla os resíduos códigos 180101(*), 180102(*), 180103(*), 180104(*), 180105(*), 180106(*), 180107(*), 180108(*), 180109(*), 180110(*), 180111(*), 180112(*), 180113(*), 180114(*) e 180115(*) conforme IBAMA 13/2012	SOLIDO	GRUPO A (RSS)	SACO PLASTICO	350,0000	KG	Incineração

ONU 2814 RESÍDUOS DE SAÚDE 06 1

Observação Resíduo: COLETA DE RESÍDUOS REALIZADA NA UNIDADE GUARUJÁ AV. SÃO JOÃO N° 111, GUARUJÁ - SÃO PAULO

D099-Outros res. perigosos

CADR: Coletivo: 33007511 item: 01

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo

Este MTR não substitui o CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados.

Uma via deste MTR deve acompanhar o transporte



SILCON AMBIENTAL LTDA
Planta de Tratamento de Resíduos

Ticket Pesagem: 3136356

Placa do veículo

QKC-1121

Motorista

CRISTIANO

Transportadora

WORD RESIDUOS LTDA

Emissor

ACENI- INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAUDE E EDUCAÇÃO

Item

RSSS

Pesagem Inicial

Data / Hora: 25/02/2022 14:41

Balança: BALANÇA

Peso: 4280 kg

Pesagem Final

Data / Hora: 25/02/2022 14:59

Balança: BALANÇA

Peso: 4070 kg

Peso Líquido

210 kg

Observação

Operador: _____



Motorista: _____

Washington D. Coutinho
Gerente Administrativo