
PROJETO SOROCABA – SP

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E

MONITORAMENTO DE

INDICADORES

ANO: 2022

RELATÓRIO ANUAL

Índice

Introdução.....	03
Indicador 1 Número de Ocorrências de Evento Sentinela.....	04
Indicador 2 Ouvidorias.....	05
Indicador 3 Pesquisa de Satisfação.....	06
Indicador 4 Tempo de espera classificação de risco.....	30
Indicador 5 Classificação de risco clínica médica verde.....	31
Indicador 6 Classificação de risco clínica médica amarelo.....	32
Indicador 7 Classificação de risco clínica médica azul.....	33
Indicador 8 Tempo de espera odontológico vermelho.....	34
Indicador 9 Tempo de espera odontológico laranja.....	35
Indicador 10 Tempo de espera odontológico amarelo	36
Indicador 11 Tempo de espera odontológico verde	37
Indicador 12 Tempo de espera odontológico azul.....	38
Indicador 13 Censo de Notificação Compulsória.....	39
Indicador 14 Planilha de surtos.....	40
Indicador 15 Declarações de Óbitos (D.O)	41
Indicador 16 Censo de ocupação de leitos.....	42
Indicador 17 Taxa de mortalidade 24 Horas.....	43
Indicador 18 Percentual de Trombólise.....	44
Indicador 19 Percentual de AVC.....	45
Indicador 20 Percentual de Trauma Moderado e Grave.....	46
Indicador 21 Planilha de Sepsis	47
Indicador 22 Capacitação e atualização médica e enfermagem	48

Indicador 23 CNES.....	49
Indicador 24 BPA - I E BPA – C.....	53
Indicador 25 Prontuários/ fichas devidamente preenchidas.....	54
Indicador 26 Grade de Medicamentos, insumos, instrumentais.....	55
Indicador 27 Ofícios.....	56
Anexo I.....	57
Anexo II.....	58
Conclusão.....	71

INTRODUÇÃO:

Com o objetivo de evidenciar a qualidade dos serviços prestados na **UNIDADE PRÉ HOSPITALAR – UPH ZONA OESTE SOROCABA** e de acordo com o **PROCESSO PA 3948/2022**, apresentamos o relatório gerencial dos serviços e atividades desenvolvidas referente ao período de março – dezembro 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.

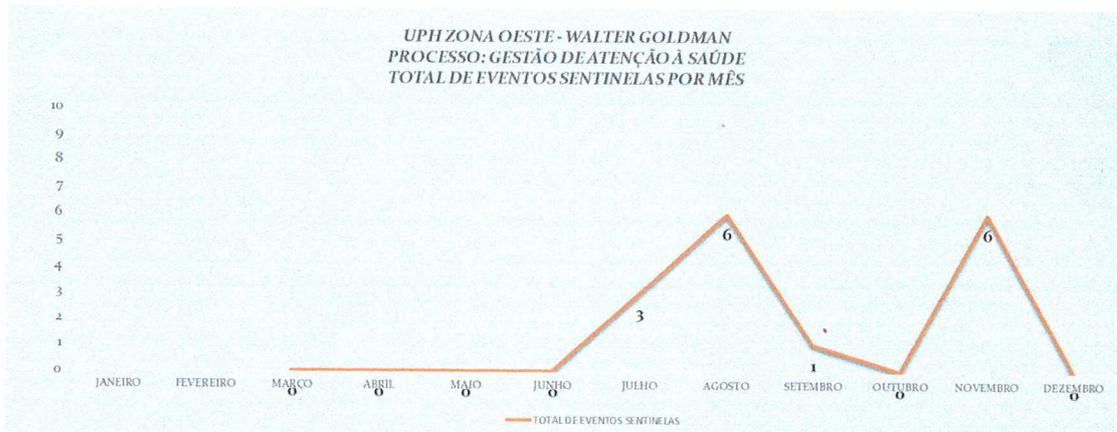
PERÍODO:

Março - Dezembro 2022.

Indicador	Descrição
1-	Número de ocorrências de Evento Sentinela e/ou Registro de Ocorrência (RO) em relação ao seguimento de Protocolos e Fluxos, inclusive odontológico.

A unidade trabalhou respeitando as orientações e fluxos das estâncias gestoras e de vigilância. Segue abaixo planilha com o quantitativo de eventos recebidos de março/dezembro 2022. Uma média de **02 Eventos Sentinelas** mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE EVENTOS SENTINELAS POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE EVENTOS SENTINELAS			0	0	0	0	3	6	1	0	6	0

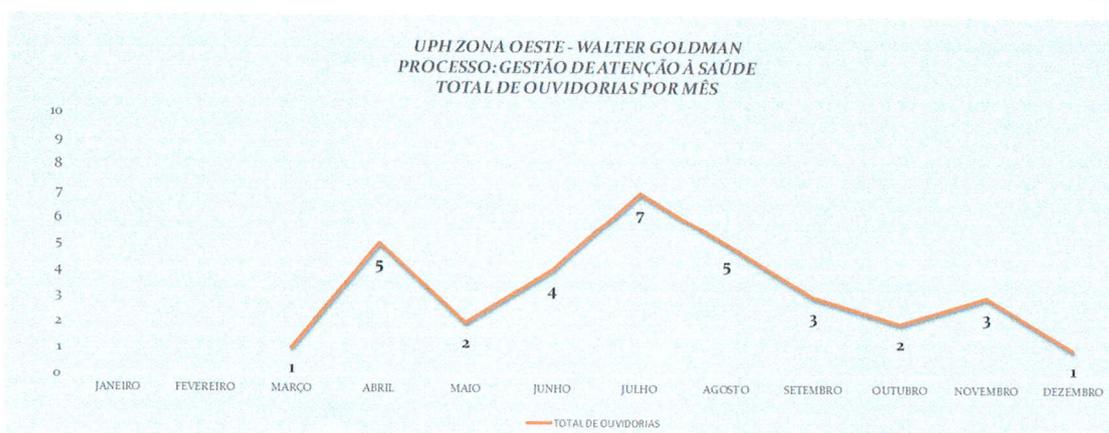



Indicador	Descrição
2	Cumprir o prazo de resposta da Ouvidorias Municipais.

A unidade seguiu os protocolos municipais, estaduais e ministeriais, foram preenchidos os impressos adequadamente, realizados as notificações obrigatórias, preenchidos os sistemas de informações, relatórios, fichas de alta, fichas de encaminhamento, relatórios de alta, vigilância compartilhadas instituídas pela secretaria municipal da saúde (SES), os documentos médicos, de enfermagem e os prontuários, também foi seguido as normas estabelecidas.

Segue abaixo planilha com o quantitativo de ouvidorias recebidas de março/dezembro 2022. Uma média de **03 Ouvidorias** mensal.

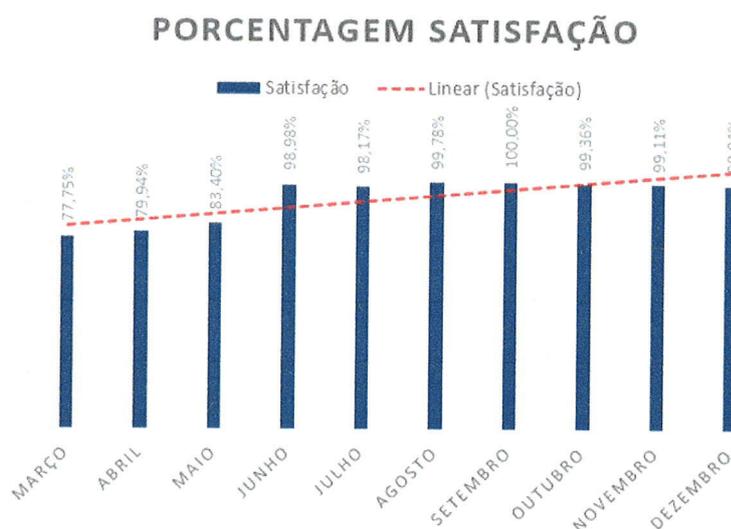
UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE OUVIDORIAS POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE OUVIDORIAS			1	5	2	4	7	5	3	2	3	1




Indicador	Descrição
3 -	Realizar a Pesquisa de Satisfação do usuário e atingir > 80% de satisfação positiva (“Bom” ou “ótimo”) na pesquisa.

Segue abaixo planilha com o quantitativo de pesquisas de satisfação de março/dezembro 2022. Uma média de **93,54% de Satisfação** mensal. Em anexo uma amostragem da pesquisas realizadas.

MARÇO	382 Pesquisas
ABRIL	804 Pesquisas
MAIO	1289 Pesquisas
JUNHO	492 Pesquisas
JULHO	494 Pesquisas
AGOSTO	471 Pesquisas
SETEMBRO	465 Pesquisas
OUTUBRO	469 Pesquisas
NOVEMBRO	452 Pesquisas
DEZEMBRO	475 Pesquisas
TOTAL	5.793 Pesquisas




8201



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Lyfigue Henrique Almiranda Rodrigues
E-MAIL: 15099665-9979 DATA: 31/12/22
END.: Bianca (Mãe)

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

Clínica



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Suelen Cristiane Santos Silva
E-MAIL: 15-99830-6522 DATA: 31/12/22
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

(Clínica)



INSTITUTO DE ATENÇÃO
A SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Almonara Barbosa da Silva
E-MAIL: (55) 99427-7557 DATA: 30/12/22
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. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

(Clínica)



INSTITUTO DE ATENÇÃO
A SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Daiana Aparecida Bengio
E-MAIL: 55-99725-3963 DATA: 31/12/22
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. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

000008

R.L.D.



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Yverson Voliquel de Oliveira Costa
E-MAIL: 15-9965833226 DATA: 31/12/22
END.: Bairro (com)

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

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

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

8

R.L.M.C.



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Vitor Caetano Cavalcante
E-MAIL: 15-99830-3458 DATA: 31/12/22
END.:

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

	ÓTIMO	BOM	REGULAR
ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS OFERECIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DA UNIDADE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENDIMENTO NO GERAL	<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. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

000010



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 Cyrocielo Paulina
E-MAIL: 15 994985395 DATA: 29/12/22
END.: CSP: Rua Valmir V. Segura nº100

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

Valente



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: Duan Gabriel Almeida Cruz
E-MAIL: 15 998532302 DATA: 30/12/22
END.: Camillyx (mãe)

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



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Antonio Nogueira de Oliveira

E-MAIL: (15) 996957930 DATA: 29/12/22

END.:

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



ÓTIMO



BOM



REGULAR



RUIM

ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)

TEMPO DE ESPERA

AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)

SERVIÇOS OFERECIDOS

LIMPEZA DA UNIDADE

ATENDIMENTO NO GERAL

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

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Geal Meneghini Gias

E-MAIL: (15) 99810040 DATA: 29/12/22

END.:

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



ÓTIMO



BOM



REGULAR



RUIM

ATENDIMENTO (RECEPÇÃO/ENFERMAGEM/MÉDICOS)

TEMPO DE ESPERA

AGENDAMENTO (RETORNO/EXAMES/PROCEDIMENTOS)

SERVIÇOS OFERECIDOS

LIMPEZA DA UNIDADE

ATENDIMENTO NO GERAL

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

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

000012



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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? SIM NÃO

NOME: Miguel F. (5a) 883835

E-MAIL: pai_yorces DATA: 23/12/22

END.: 996368152

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

Dantistau

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

Recibo



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Barbara S. 1193214119

E-MAIL: Gisela (mãe) DATA: 24/12/22

END.: (15)994634693

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

000013

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

14/000000



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: Wilson G. DATA: 26/12/22
E-MAIL: Mãe: Juliana
END.: (15) 981780050

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

14/000000



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: Neitabara G. DATA: 26/12/22
E-MAIL: Mãe: Juliana
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 () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

000014

Realização



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO
Prefeitura de SOROCABA

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: Bernarda B. 992146
 E-MAIL: 15 94250442 DATA: 26/12/22
 END.: mãe - Bairro

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Realização



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO
Prefeitura de SOROCABA

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: Leandro Dimas Correia
 E-MAIL: 15 994624626 DATA: 21/12/22
 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 () NÃO
 VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

✓ carne



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: Edimar de Vasconcelos S

E-MAIL: (151) 99826-6588 DATA: 30/12/22

END.:

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

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

✓ carne



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

E-MAIL: 91551602 DATA: 27/12/22

END.:

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

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 () NÃO

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

20/06/2022



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Leleipe Rafael R. Souza

E-MAIL: _____ DATA: 27/10/22

END.: tel 15 99523-5545 860119

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. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

20/06/2022



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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: Elizabeth Cp Damais Araujo

E-MAIL: _____ DATA: 27/10/22

END.: 15 98159-8083 171846

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. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

000017

000018



INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de SOROCABA

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: Sheila Cristina de Maria
E-MAIL: (15) 3012 23 12 DATA: 29 / 12 / 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 () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

(Handwritten mark)

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP

000018



INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de SOROCABA

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: Gabriel Vilente Carneiro
E-MAIL: (15) 99737823 DATA: 1 / 1

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Av. General Carneiro, 1670 - Sorocaba/SP



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: Clécia Lima de Oliveira
E-MAIL: 15 99427-7365 DATA: 31 / 12 / 2022
END.: Notável

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: Pietro Luiz Barbosa de Souza
E-MAIL: 15 98818-6982 DATA: 31 / 12 / 2022
END.: Chô

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 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

Prefeitura de SOROCABA

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: Alcides R. DATA: 27/12/22
E-MAIL: Elton_Sara DATA: 23/12/22
END.: (151) 998101098

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 () NÃO

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Empty box for criticisms and suggestions.



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Prefeitura de SOROCABA

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: Carbriel P. Lopes DATA: 23/12/22
E-MAIL: _____
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 () NÃO

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

Empty box for criticisms and suggestions.

UNICO



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.

Acordamos: Olga Zagosa Martins VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Olga Zagosa Martins
E-MAIL: Paciente: Arany Martins DATA: 16/12/12
END.: (15) 98816-5527

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

UNICO



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.

NOME: Kaori Keichi C. Asho VOCÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

E-MAIL: (15) 981697353 DATA: 29/12/12
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 () NÃO
VOLTARIA A UTILIZAR OU RECOMENDARIA OS NOSSOS SERVIÇOS? () SIM () NÃO

CRÍTICAS E SUGESTÕES

49006

Clínica



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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.

VOGÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Eduarda Camilo Santos

E-MAIL: (11) 9786-25069 DATA: 25/12/22

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? (X) SIM () NÃO

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

2006

11/12/22



INSTITUTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE E EDUCAÇÃO



Prefeitura de
SOROCABA

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.

VOGÊ GOSTARIA DE SE IDENTIFICAR?

NOME: Lucy Elvando

E-MAIL: (151) 997423884 DATA: 01/12/22

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? (X) SIM () NÃO

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

CRÍTICAS E SUGESTÕES

		Pesquisa de Satisfação UPA - Éden		26	000 164 484	
Data: 09/03/22		<input type="checkbox"/> Paciente		<input checked="" type="checkbox"/> Acompanhante		
Nome Paciente: Jairo dos Santos de novo		Grau de parentesco:		Telefone: 99102-5114 (15)		
Nome Acompanhante:		Grau de parentesco:		Telefone:		
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	

		Pesquisa de Satisfação UPA - Éden		25	000 164 484	
Data: 09/10/22		<input type="checkbox"/> Paciente		<input checked="" type="checkbox"/> Acompanhante		
Nome Paciente: Davi Alves Silva de Azevedo		Grau de parentesco:		Telefone: 99102-0754 (15)		
Nome Acompanhante:		Grau de parentesco:		Telefone:		
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input checked="" type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou	
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	

8

		Pesquisa de Satisfação		24308015		
Data: 05/04/22		UPH Zona Oeste				
Nome Paciente: Elexi Victoria Rosa		<input checked="" type="checkbox"/> Paciente		<input type="checkbox"/> Acompanhante		(15)
Nome Acompanhante: Tamires F. Freitas		Grau de parentesco:		Telefone: 996407650		
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	

		Pesquisa de Satisfação		24308196		
Data: 05/04/22		UPH Zona Oeste				
Nome Paciente: Kenan Prado		<input checked="" type="checkbox"/> Paciente		<input type="checkbox"/> Acompanhante		(15)
Nome Acompanhante:		Grau de parentesco:		Telefone: 9993-5742		
1- Facilidade para ser atendido	<input checked="" type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
2- Atendimento por parte da recepção	<input checked="" type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou	

aceni		Pesquisa de Satisfação UPH Zona Oeste		2444 7462		PREFEITURA DE SOROCABA	
Data:	02/05/22	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Acompanhante				
Nome Paciente:	EVANDRO DE OLIVEIRA LEMG						
Nome Acompanhante:	Grau de parentesco:		Telefone: 981039073				
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou		
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou		
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou		
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou		
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		

aceni		Pesquisa de Satisfação UPH Zona Oeste		2444 7462		PREFEITURA DE SOROCABA	
Data:	02/05/22	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Acompanhante				
Nome Paciente:	ROZEU RODRIGUES COSTA						
Nome Acompanhante:	Grau de parentesco:		Telefone: 99629-6322				
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou		

aceni		Pesquisa de Satisfação UPH Zona Oeste		241635731	
Data:	01/06/12	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Acompanhante		
Nome Paciente:	MARIA DE LOURDES GOMES CRUZ	Grau de parentesco: Filha		Telefone: 33460912	
Nome Acompanhante:	SILVIA				
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
9- Atendimento durante a realização de exames (Imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou

aceni		Pesquisa de Satisfação UPH Zona Oeste		241635731	
Data:	01/06/12	<input type="checkbox"/> Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Acompanhante		
Nome Paciente:	Milena Anabela Gurgel	Grau de parentesco:		Telefone: (51) 997677277	
Nome Acompanhante:	Jeniffer R. Anhoia				
1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
9- Atendimento durante a realização de exames (Imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou

24635731

Data: 01/06/12

Paciente

Acompanhante

Nome Paciente: MARIA DE LOURDES GOMES CRUZ

Nome Acompanhante: SILVIA

Grau de parentesco: Filha

Telefone: 33460912

1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou

Data: 01/06/12

Paciente

Acompanhante

Nome Paciente: Milena Antônia Gurgel

Nome Acompanhante: Jeni Fe R. Antônia

Grau de parentesco:

Telefone: (15) 997677277

1- Facilidade para ser atendido	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
2- Atendimento por parte da recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
3- Tempo na sala de espera	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
4- Atendimento por profissional de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
5- Atendimento por profissional de médico (clínico)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
6- Atendimento por profissional de médico (pediatra)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
7- Atendimento por profissional do serviço social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
8- Atendimento por profissional de odontologia	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
10- Qualidade da alimentação	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
11- Qualidade de higiene e limpeza	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
12- Aparência, organização e conforto da unidade	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou
13- Avaliação geral do atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Não Utilizou

8

Colaborador: Deise Data: 31/7/22 HORÁRIO: PACIENTE: ACOMPANHANTE:
 Paciente: André Luis do Jesus Prontuário: 118913 Especialidade:
 Acompanhante: Grau de Parentesco: Telefone: 11-9523-69626

- | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Facilidade para ser atendido | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 2- Atendimento por parte da recepção | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 3- Tempo na sala de espera | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 4- Atendimento por profissional de enfermagem | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 5- Atendimento por profissional de médico (clínico) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 6- Atendimento por profissional de médico (pediatra) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 7- Atendimento por profissional do serviço social | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 8- Atendimento por profissional de odontologia | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 10- Qualidade da alimentação | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 11- Qualidade de higiene e limpeza | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 12- Aparência, organização e conforto da unidade | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 13- Avaliação geral do atendimento | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |

 Pesquisa de Satisfação
 UPH Zona Oeste

Colaborador: Daiane Data: 01/07/22 HORÁRIO: 08:10 PACIENTE: ACOMPANHANTE:
 Paciente: Enzo Gabriel da Silva Rodrigues Prontuário: 24771888 Especialidade: ped.
 Acompanhante: Maria Audeonora Grau de Parentesco: Mãe Telefone: 15988032417

- | | | | | | |
|---|---|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|
| 1- Facilidade para ser atendido | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 2- Atendimento por parte da recepção | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 3- Tempo na sala de espera | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 4- Atendimento por profissional de enfermagem | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 5- Atendimento por profissional de médico (clínico) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 6- Atendimento por profissional de médico (pediatra) | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 7- Atendimento por profissional do serviço social | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 8- Atendimento por profissional de odontologia | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 9- Atendimento durante a realização de exames (imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 10- Qualidade da alimentação | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 11- Qualidade de higiene e limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 12- Aparência, organização e conforto da unidade | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 13- Avaliação geral do atendimento | <input checked="" type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |

Colaborador: Regiane Data: 31/08/22 HORÁRIO: 15:00 PACIENTE: ACOMPANHANTE:
 Paciente: Doni Conselho Prontuário: 114657 Especialidade: Red
 Acompanhante: Jeisselle Grau de Parentesco: _____ Telefone: 98634-4208

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Facilidade para ser atendido | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 2- Atendimento por parte da recepção | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 3- Tempo na sala de espera | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 4- Atendimento por profissional de enfermagem | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 5- Atendimento por profissional de médico (clínico) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 6- Atendimento por profissional de médico (pediatra) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 7- Atendimento por profissional do serviço social | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 8- Atendimento por profissional de odontologia | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 9- Atendimento durante a realização de exames
(imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 10- Qualidade da alimentação | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 11- Qualidade de higiene e limpeza | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 12- Aparência, organização e conforto da unidade | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 13- Avaliação geral do atendimento | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |

Colaborador: Regiane Data: 01/08/22 HORÁRIO: 12:39 PACIENTE: ACOMPANHANTE:
 Paciente: Maric Costano da Silva Prontuário: 469 257 Especialidade: C
 Acompanhante: _____ Grau de Parentesco: _____ Telefone: 3229-0777

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|--|
| 1- Facilidade para ser atendido | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 2- Atendimento por parte da recepção | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 3- Tempo na sala de espera | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 4- Atendimento por profissional de enfermagem | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 5- Atendimento por profissional de médico (clínico) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 6- Atendimento por profissional de médico (pediatra) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 7- Atendimento por profissional do serviço social | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 8- Atendimento por profissional de odontologia | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 9- Atendimento durante a realização de exames
(imagem, métodos gráficos e/ou laboratoriais) | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 10- Qualidade da alimentação | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input checked="" type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 11- Qualidade de higiene e limpeza | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 12- Aparência, organização e conforto da unidade | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |
| 13- Avaliação geral do atendimento | <input type="checkbox"/> Ótimo | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Não Utilizou |

Indicador	Descrição
4-	<i>Acolhimento e Classificação de Risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na Unidade.</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
5-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no Acolhimento e classificação de risco.</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
6-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no Acolhimento e classificação de risco.</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

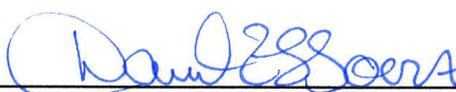
Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
7-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no Acolhimento e classificação de risco.</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

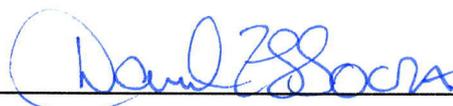
Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo



Indicador	Descrição
8-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como "VERMELHO".</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

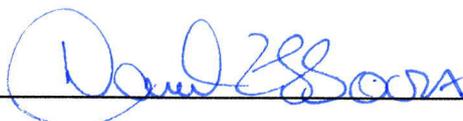
Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
9-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como "LARANJA".</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
10-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como "AMARELO".</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

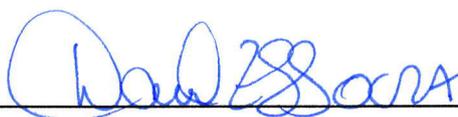
Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificado uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
11-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como "VERDE".</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

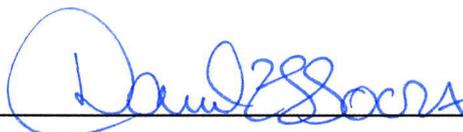
Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
12-	<i>Cumprir o prazo de espera para o atendimento odontológico dos pacientes (adultos e criança) classificados como "AZUL".</i>

Desde que a Contratada assumiu o projeto cujo objetivo é evidenciar a qualidade dos serviços prestados na Unidade Pré-Hospitalar – UPH Zona Oeste do Município de Sorocaba/SP, utiliza o sistema Sis web, cedido pela Contratante.

Ocorre que a Contratada, quando começou a utilizar o sistema, reparou que não é possível extrair dele as informações necessárias para compor as metas qualitativas previstas, quais sejam: Acolhimento e classificação de risco dos pacientes em até 10 minutos da chegada na unidade; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "VERDE" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AMARELO" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes classificados como "AZUL" no acolhimento e classificação de risco; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERMELHO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "LARANJA"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AMARELO"; Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "VERDE" e Cumprir o tempo de espera do paciente para o atendimento odontológico dos pacientes (Adultos e crianças) classificados como "AZUL".

Imediatamente a Contratada informou à Contratante e, no mês de setembro de 2022 a Contratada, em parceria com a equipe da prefeitura, retomou a implantação do sistema na unidade, contudo ainda não foi possível extrair todas as informações necessárias para preencher e apresentar as informações destes indicadores.

No mês de outubro/2022, foi realizada uma reunião com a equipe da prefeitura e do sistema SIS WEB, onde se discutiu os indicadores e foi verificada uma maneira de extrair as informações necessárias do sistema, para tanto é imprescindível a realização de alterações para que se possa obtê-las.

Ocorre que as alterações solicitadas não foram efetuadas, o que impacta diretamente nos serviços por nós prestados, por todo já exposto.

Deste modo, continuamos aguardando as alterações solicitadas, todavia, toda a equipe continua trabalhando em prol deste desafio, que é colocar 100% o sistema na unidade, com perspectiva que nos próximos meses tenhamos uma evolução considerável em relação a esses indicadores.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

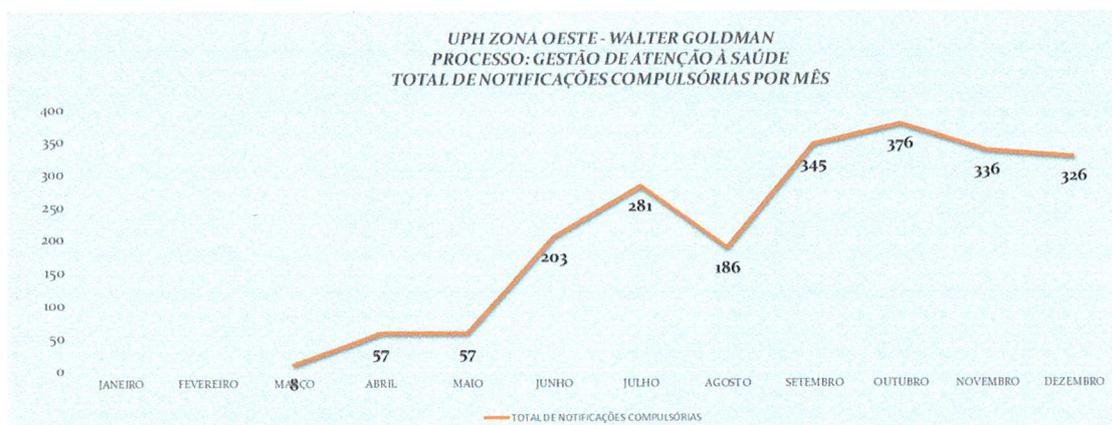
Indicador	Descrição
13-	<i>Notificar para Vigilância Epidemiológica 100% dos agravos de notificação compulsória (Em até 24 horas, em até 07 dias e notificação compulsória negativa) conforme o agravo, preenchimento correto da ficha SINAN, seguimento correto de coleta de amostras e tratamento conforme protocolos estabelecidos de cada agravo e encaminhar a planilha de surtos para Vigilância Epidemiológica.</i>

De março - dezembro de 2022 foram enviadas para Vigilância Epidemiológica as notificações compulsórias de 100% dos agravos, sendo preenchido corretamente a ficha de SINAN.

Encaminhadas coletas de amostras e tratamentos conforme protocolos estabelecidos de cada agravo e planilhas de surtos.

Segue abaixo o quantitativo mensal de notificações compulsórias. Uma média de **217 notificações** mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS			8	57	57	203	281	186	345	376	336	326

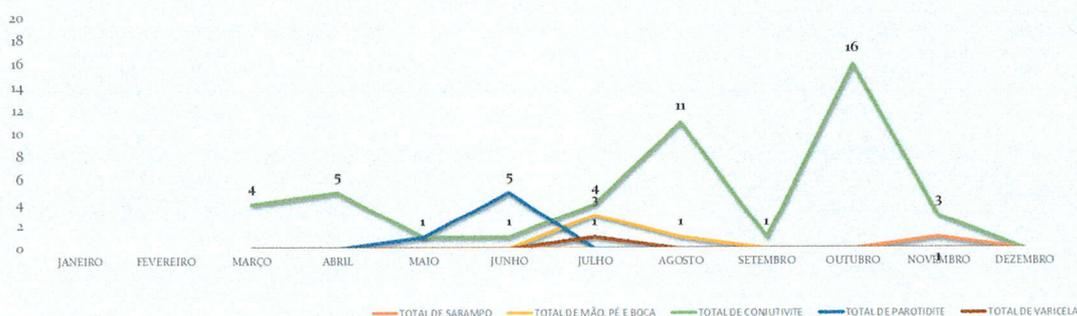


Indicador	Descrição
14-	Encaminhar a planilha de surtos (diarrréia, conjuntivite, varicela, sarampo, síndrome mão, pé e boca, parotidite) semanalmente, ao final de cada Semana Epidemiológica.

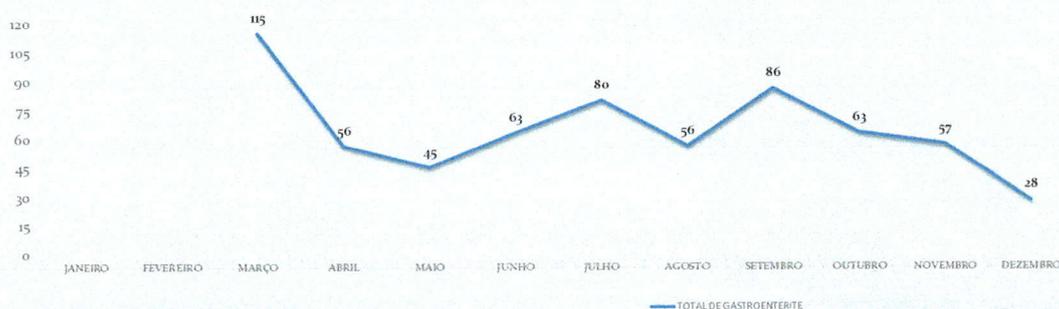
De março a dezembro de 2022 foram enviadas para Vigilância Epidemiológica as atualizações semanalmente das planilhas de surtos (diarreaia, conjuntivite, varicela, sarampo, síndrome mão, pé e boca, parotidite). Ao decorrer dos meses as planilhas foram preenchidas e enviadas com todos os dados e informações. O procedimento foi realizado de forma consolidada, seguido pelas orientações e determinações da SES/Vigilância Epidemiológica. Segue abaixo o gráfico com o quantitativo mensal de surtos.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE SURTOS POR MÊS												ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
TOTAL DE GASTROENTERITE			115	56	45	63	80	56	86	63	57	28	
TOTAL DE CONJUTIVITE			4	5	1	1	4	11	1	16	3	0	
TOTAL DE PAROTIDITE			0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	
TOTAL DE VARICELA			0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
TOTAL DE MÃO, PÉ E BOCA			0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	
TOTAL DE SARAMPO			0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	

UPH ZONA OESTE - WALTER GOLDMAN
PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
TOTAL DE SURTOS POR MÊS



UPH ZONA OESTE - WALTER GOLDMAN
PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
TOTAL DE SURTOS POR MÊS



Indicador	Descrição
15-	<i>Preencher corretamente as Declarações de Óbitos (D.O) e encaminhar para Vigilância Epidemiológica em no máximo 24 horas para os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, e em até 48 horas para declarações de Óbitos Infantis (< 1 ano de idade), declarações de Óbitos Fetais em até 48 horas e todos os Óbitos de Mulher em idade fértil/materno.</i>

As Declarações de Óbitos (D.O.) foram preenchidas corretamente e encaminhadas para Vigilância Epidemiológica dentro do prazo estipulado.

Segue abaixo tabela com o quantitativo dos óbitos de março/dezembro 2022. Uma média de **15 óbitos** mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DECLARAÇÃO DE ÓBITOS POR MÊS												ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
DECLARAÇÃO DE ÓBITOS			11	15	15	12	15	17	16	14	11	25	

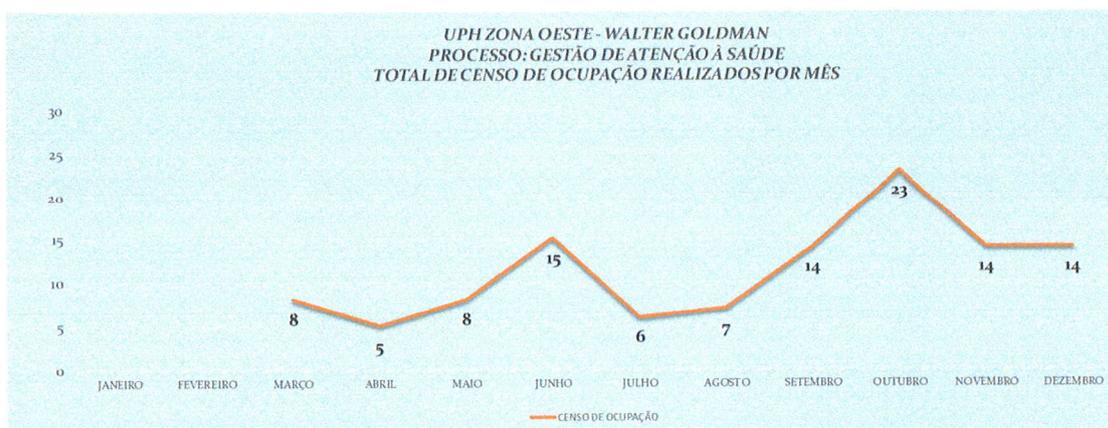



Indicador	Descrição
16-	<i>Enviar diariamente o Censo de Ocupação de Leitos e evolução dos pacientes suspeitos/confirmados de agravos de notificação compulsória que aguardam transferência para Hospital de referência, este envio deverá ser para Vigilância Epidemiológica e para Gestão da Rede de Saúde Pública.</i>

O Censo de Ocupação de Leitos de Doença de Notificação Compulsória é um controle realizado diariamente dentro da Unidade, mantém atualizada as informações dos pacientes e compartilhada com o município diariamente. Esta planilha é disponibilizada e preenchida diariamente, para controle de pacientes que estiveram aguardando internação na Unidade com determinadas doenças de notificação compulsória, seguindo a determinação SES/Vigilância Epidemiológica, o envio é sempre realizado no período da manhã.

Segue abaixo a planilha com o quantitativo de ocupação de leito por mês.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE CENSO DE OCUPAÇÃO REALIZADOS POR MÊS											ANO: 2022	
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
CENSO DE OCUPAÇÃO				8	5	8	15	6	7	14	23	14	14

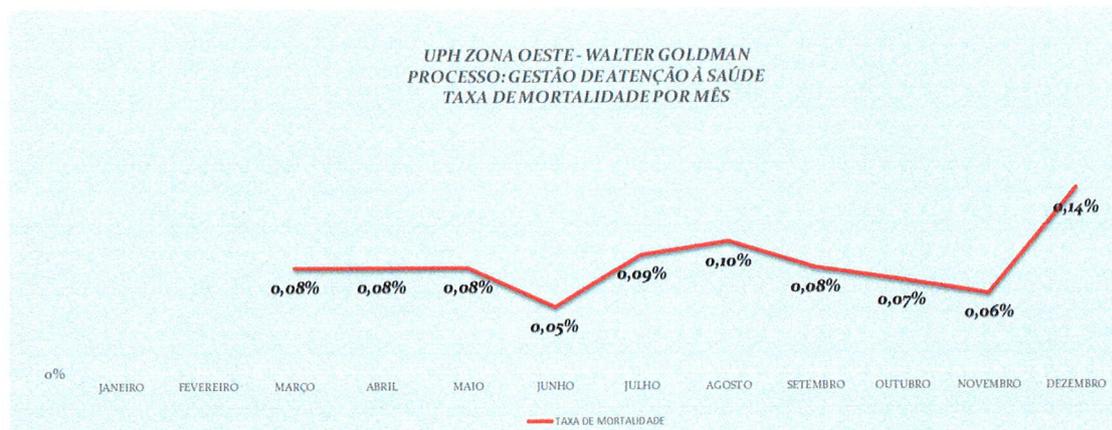



Indicador	Descrição
17-	Taxa de mortalidade na Unidade de Emergência (Sala amarela e vermelha) 24 horas.

Segue abaixo a tabela contendo a porcentagem de mortalidade relativa aos atendimentos da unidade de março/dezembro 2022. Uma média de **0,08%** mensal de taxa de mortalidade sobre os atendimentos.

Segue abaixo o gráfico contendo a porcentagem de mortalidade por mês.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TAXA DE MORTALIDADE POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TAXA DE MORTALIDADE			0,08%	0,08%	0,08%	0,05%	0,09%	0,10%	0,08%	0,07%	0,06%	0,14%



8

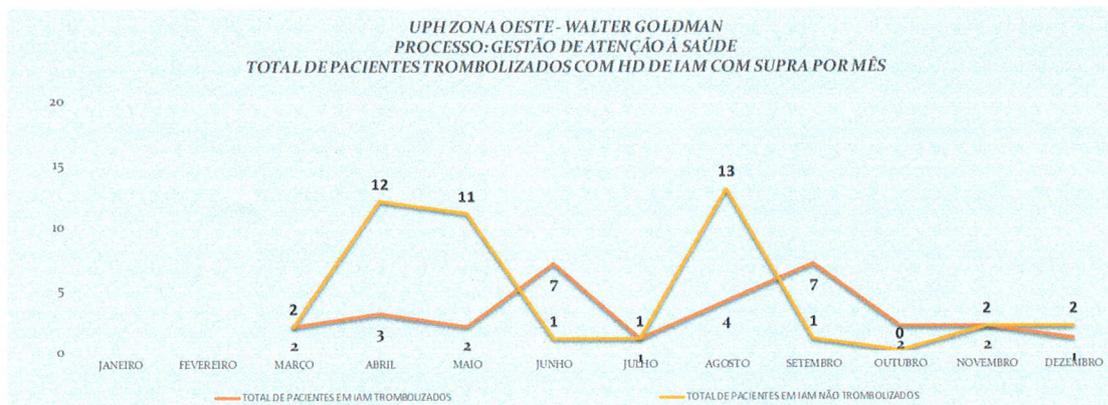
Indicador	Descrição
18-	<i>Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST-Linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio, conforme portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011.</i>

De março/dezembro de 2022 foram enviadas as planilhas com as informações de pacientes que estiveram na unidade com HD IAM com supra contendo os devidos dados.

- Tempo porta- classificação
- Tempo porta ECG
- Tempo porta agulha
- Tempo porta transferência
- Desfecho final na Unidade com data e horário.

Segue abaixo o gráfico contendo o quantitativo de pacientes trombolizados com HD de IAM com supra por mês.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE PACIENTES TROMBOLIZADOS COM HD DE IAM COM SUPRA POR MÊS												ANO: 2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE PACIENTES EM IAM TROMBOLIZADOS			2	3	2	7	1	4	7	2	2	1	
TOTAL DE PACIENTES EM IAM NÃO TROMBOLIZADOS			2	12	11	1	1	13	1	0	2	2	



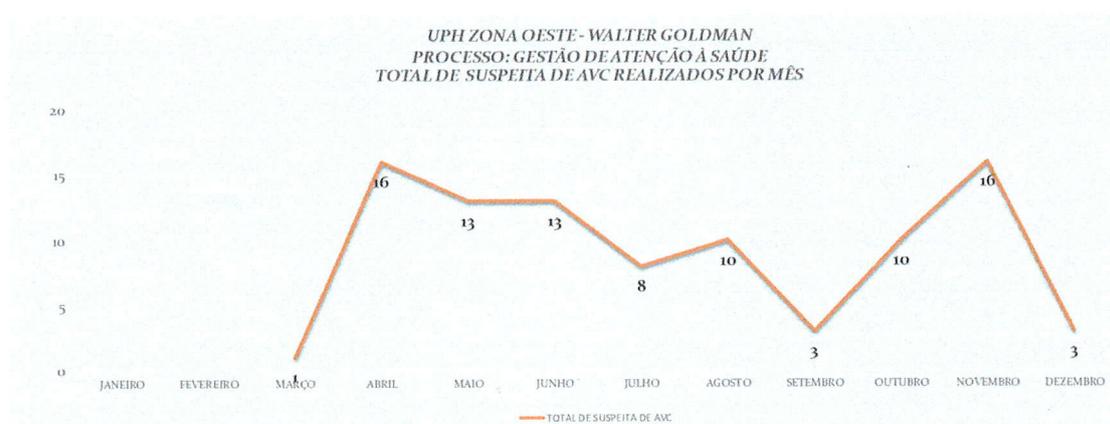
Indicador	Descrição
19-	<i>Percentual de Pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme a linha de cuidado do AVC (Portaria nº 665, de 12 de abril de 2011)</i>

De março/dezembro de 2022 foram enviadas as planilhas com as informações exigidas de pacientes que estiveram na Unidade com suspeitas de AVC. Contendo as devidas informações:

- Nome do Paciente
- Data de Nascimento
- Data de Atendimento
- Horário da Abertura da Ficha
- Tempo Decorrido abertura da Ficha até o Atendimento Médico
- Tempo Porta-Centro de Referência
- Tempo Início dos Sintomas Centro de Referência

Segue abaixo o quantitativo de pacientes com suspeita de AVC por mês. Uma média de **09 suspeitas de AVC** mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE SUSPEITA DE AVC REALIZADOS POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE SUSPEITA DE AVC			1	16	13	13	8	10	3	10	16	3



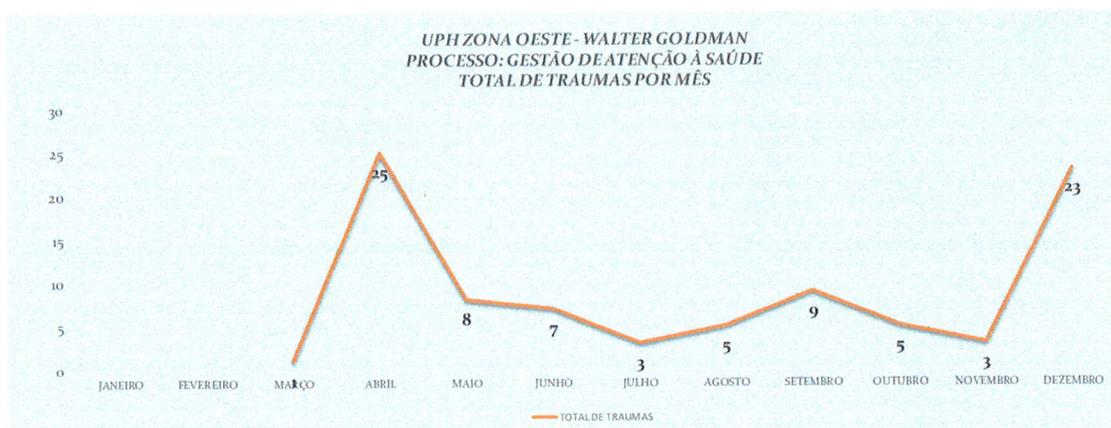
Indicador	Descrição
20-	Percentual de Pacientes de Trauma Moderado e Grave, conforme a linha de Cuidado Trauma (Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011)

De março/dezembro de 2022 foram encaminhadas as planilhas mensalmente, contendo os dados do paciente, com trauma moderado e grave contendo as devidas informações:

- Data de atendimento
- Nome do paciente
- Data de nascimento
- F.A
- Horário da abertura da ficha
- Mecanismo do trauma
- Tempo Trauma – Hospital
- Tempo Porta transferência
- Desfecho final na unidade com data e horário

Segue abaixo o gráfico contendo o quantitativo de traumas por mês. Uma média de **08 traumas** mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE TRAUMAS POR MÊS												ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
TOTAL DE TRAUMAS			1	25	8	7	3	5	9	5	3	23	



Indicador	Descrição
21-	<i>Início oportuno de antibioticoterapia na Sepse (adultos e infantil).</i>

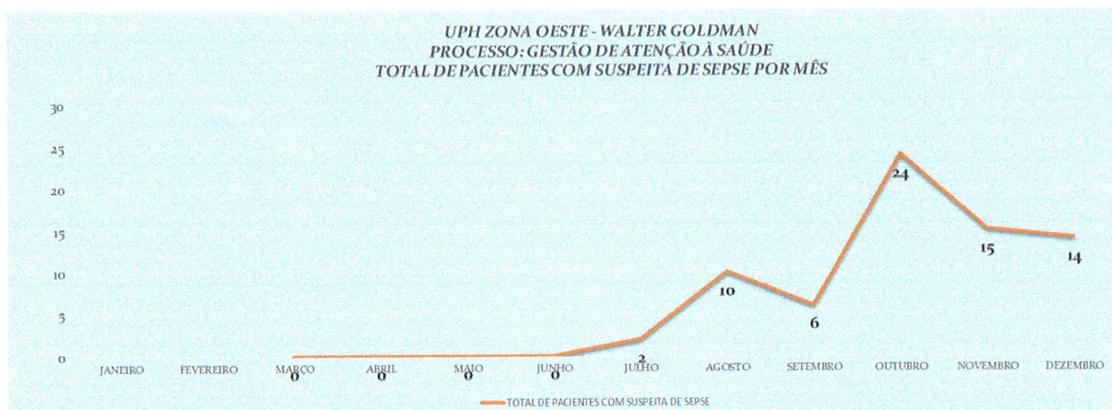
De março/dezembro de 2022 a Unidade avaliou e realizou o envio mensal das planilhas contendo os dados do paciente diagnosticados com HD de sepse com as informações sobre o início oportuno de antibioticoterapia na Sepse adultos e infantil.

Os protocolos foram desenvolvidos na unidades e seguidos de acordo com SES/ Vigilância Epidemiológica. A ficha de controle de Sepse encontra-se disponível nos setores da Unidade, para quando há uma suspeita de sepse. Esses preenchimentos sejam realizados pelos enfermeiros, no momento da classificação do paciente para consulta.

O controle e tempo determinado é considerado desde o momento de abertura de ficha do paciente até o momento da administração do antibiótico.

Segue abaixo o gráfico de pacientes com suspeitas de sepse. Nos meses de março – junho a unidade estava em fase de elaboração e adaptação da planilha padrão para inserção destes dados, por este motivo não foi inseridas no relatório, entretanto, foram realizadas as tratativas necessárias para o procedimento, presando sempre um melhor atendimento aos munícipes.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE POR MÊS												ANO: 2022
	MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	
TOTAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE			-	-	-	-	2	10	6	24	15	14	



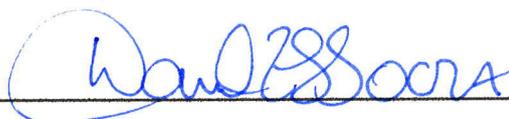
Indicador	Descrição
22-	<i>Garantir a capacitação a atualização da equipe médica e de enfermagem com os cursos ATLS, ACLS, e PALS ou similares credenciados (e dentro do prazo de validade).</i>

Durante o ano, tentamos realizar os cursos de ATLS, ACLS, e PALS com todos os profissionais médicos e de enfermagem, contudo, durante os primeiros meses de gestão, identificamos que o número de atendimento pactuado em contrato é menor do que o número de atendimento realizado na unidade.

Em decorrência, houve um aumento significativo no consumo de materiais, medicamentos e outros insumos, motivo pelo qual os recursos financeiros repassados à Contratada não foram suficientes para proceder com a realização dos cursos em referência.

Cumprir destacar que mesmo com o déficit orçamentário, a Contratada trabalhou e trabalha de maneira integrada com toda a Rede de Saúde do Município e com todas as Unidades Assistenciais, de modo a seguir os protocolos necessários, preenchendo os impressos de forma adequada e respeitando os prazos estipulados.

Toda a equipe trabalha seguindo as normas sanitárias e as normas estabelecidas de cada conselho de classe, para atender com qualidade toda a população que procura os nossos serviços.



Daniel Zeferino dos Santos Souza
Gerente Administrativo

Indicador	Descrição
23-	<i>Avaliar a regularidade do CNES atualizado.</i>

A unidade realizou a atualização do CNES com todas as alterações que ocorreram na Unidade. Foram levantados os dados ao decorrer do mês e atualizado. Sendo cadastrado todas as informações sobre o estabelecimento de saúde e suas dimensões. Sendo incluídos novos colaboradores e excluídos os que foram desligados do estabelecimento. Conforme atualização o sistema disponibiliza as informações sobre o estabelecimento, que se mantém autêntico com aquilo que lhe foi informado. Em anexo os relatórios de implantações encaminhados.

000050

COMPROVANTES DE IMPORTAÇÃO SCNES

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 04/04/2022
DATASUS		Hora: 14:17
Competência: 03/2022		Versão: 4.3.50
Relatório de Importações Realizadas		
Data e Hora da Importação : 04/04/2022 14:14		
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais		Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA

Nome do Arquivo Importado	Gestor	Município	Total de :			
			Estab	Prof	Vinc	Equip
CNES0SP3552200404202211180320224350.BCK	Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	317	403	-

TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 05/05/2022
DATASUS		Hora: 13:15
Competência: 04/2022		Versão: 4.3.50
Relatório de Importações Realizadas		
Data e Hora da Importação : 05/05/2022 13:05		
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais		Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA

Nome do Arquivo Importado	Gestor	Município	Total de :			
			Estab	Prof	Vinc	Equip
CNESESP3552200505202212000420224350.BCK	Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	317	403	-

TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 07/06/2022
DATASUS		Hora: 14:23
Competência: 05/2022	PROTOCOLO DE EXPORTAÇÃO	Versão: 4.3.60
Tipo : Estabelecimento Origem : Secretaria Mun P. Gestão Destino : Estabelecimento		
Data e Hora de geração da exportação : 07/06/2022 14:23		
Nome do Arquivo : CNESESP3552200706202214230520224360.bck		
Município : 355220 - SOROCABA - SP		

ESTABELECIMENTO(S) EXPORTADO(S) NESTE ARQUIVO :

CNES
5883229 - UPA - UNIDADE DE PRE ATENDIMENTO ZONA OESTE -

TOTAL : 1



COMPROVANTES DE IMPORTAÇÃO SCNES

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES	Página: 1			
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle			Data: 29/07/2022			
DATASUS			Hora: 15:52			
Competência: 07/2022			Versão: 4.3.90			
Relatório de Importações Realizadas						
Data e Hora da Importação : 29/07/2022 15:45						
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais		Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA				
Nome do Arquivo Importado	Gestor	Município	Total de :			
			Estab	Prof	Vinc	Equip
CNESESP3552202907202214430720224390.BCK	Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	317	403	-
TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1						

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES	Página: 1			
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle			Data: 01/09/2022			
DATASUS			Hora: 16:02			
Competência: 08/2022			Versão: 4.4.00			
Relatório de Importações Realizadas						
Data e Hora da Importação : 01/09/2022 16:00						
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais		Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA				
Nome do Arquivo Importado	Gestor	Município	Total de :			
			Estab	Prof	Vinc	Equip
CNESESP3552200109202214200820224400.BCK	Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	317	403	-
TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1						

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES	Página: 1			
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle			Data: 05/10/2022			
DATASUS			Hora: 15:11			
Competência: 09/2022			Versão: 4.4.10			
Relatório de Importações Realizadas						
Data e Hora da Importação : 05/10/2022 15:10						
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais		Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA				
Nome do Arquivo Importado	Gestor	Município	Total de :			
			Estab	Prof	Vinc	Equip
CNESESP3552200510202214300920224410.BCK	Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	317	403	-
TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1						

COMPROVANTES DE IMPORTAÇÃO SCNES

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES		Página: 1	
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle				Data: 08/11/2022	
DATASUS				Hora: 09:23	
Competência: 10/2022				Versão: 4.4.20	
Relatório de Importações Realizadas					
Data e Hora da Importação : 08/11/2022 09:21					
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais			Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA		
Nome do Arquivo Importado		Gestor	Município	Total de :	
				Estab	Prof Vinc Equip
CNESESP3552200811202209081020224420.BCK		Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	317 403 -
TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1					

De: FATURAMENTO UPH ZONA OESTE <faturamento.uphzo@gmail.com>
 Date: ter, 6 de dez de 2022 às 16:55
 Subject: Competência Novembro/2022
 To: Roseli Machado de Almeida <roalmeida@sorocaba.sp.gov.br>

Boa tarde, Segue a Competência referente ao mês de novembro de 2022.
 Com a inclusão dos médicos semanais.

Att:
 Patrícia França
 Faturamento

2 anexos • Anexos verificados pelo Gmail

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES		Página: 1	
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle				Data: 03/01/2023	
DATASUS				Hora: 15:03	
Competência: 12/2022				Versão: 4.4.40	
Relatório de Importações Realizadas					
Data e Hora da Importação : 03/01/2023 15:00					
Tipo de Importação Realizada : Somente Profissionais			Gestor : Secretaria Mun P. Gestão / 355220 - SOROCABA		
Nome do Arquivo Importado		Gestor	Município	Total de :	
				Estab	Prof Vinc Equip
CNESESP3552200201202316521220224440.BCK		Secretaria Mun P. Gestão	355220 - SOROCABA	-	375 509 -
TOTAL DE ARQUIVOS IMPORTADOS : 1					



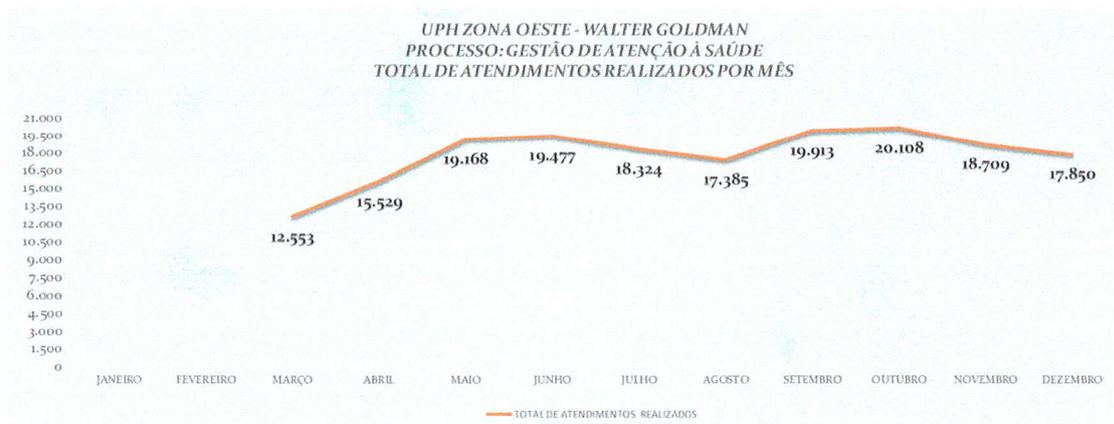
Indicador	Descrição
24-	Avaliar o registro correto dos procedimentos no BPA - I e BPA - C.

Foi realizado o registro de procedimentos no BPA-I, BPA e BPA-C mensalmente na unidade pré-hospitalar, usando o SAI/SUS. Sendo assim foi registrado a prestação de serviço vinculado ao SUS, registrando o atendimento realizado no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial, sendo registrado os procedimentos realizados pelos prestadores de serviços do SUS, ambulatorial, de forma individualizada pelo BPA-I. Também os procedimentos realizados pelos prestadores de serviços do SUS, no âmbito ambulatorial de forma agregada pelo BPA-C.

Preenchido os campos cartão nacional do profissional, CBO (Classificação Brasileira de Ocupação), cartão nacional de saúde (CNS) do usuário com sua data de nascimento e município de residência também sendo preenchido CID compatível com o procedimento realizado.

Abaixo segue a tabela com o quantitativo mensal de prontuários faturados na unidade, de março/dezembro de 2022. Uma média de **17.902** prontuários mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS POR MÊS											ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS			12.553	15.529	19.168	19.477	18.324	17.385	19.913	20.108	18.709	17.850



Indicador	Descrição
25-	<i>Prontuários/fichas de atendimento devidamente preenchidos.</i>

Segue abaixo a tabela de reuniões executadas das comissões de revisão de prontuários, nas quais foram levantados questões e apontamentos para melhorias, sendo localizados prontuários com falta de anotações de exames clínicos e finalizações de alta, e de imediato foi comunicado ao coordenador médico, que tomou as devidas providências. Também foi localizado em alguns prontuários a falta de anotação de alergia e anotações de sinais vitais, onde a gerente de enfermagem de imediato realizou ações com a equipe para sanar estas inconformidades.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE TOTAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS POR MÊS										ANO: 2022
	COMISSÕES	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
<i>Revisão de Prontuários</i>	Nomeação	10/04/2022	10/05/2022	01/06/2022	01/07/2022	01/08/2022	02/09/2022	31/10/2022	30/11/2022	29/12/2022	

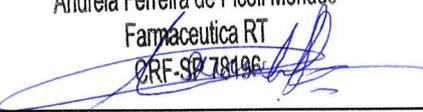
Indicador	Descrição
26 -	<i>Cumprir a grade de medicamentos, insumos, instrumentais de uso interno da unidade conforme Termo de Convênio, inclusive odontológico.</i>

No decorrer do ano, o abastecimento dos medicamentos, insumos e instrumentais foram feitos de acordo com a necessidade da unidade UPH Zona Oeste, neste período, a comissão de fiscalização passou diversas vezes para acompanhar o nosso trabalho, e que vem apresentando bons resultados apesar dos desafios, infelizmente em alguns momentos houve a falta pontual de alguns itens, que de imediato já foram adquiridos através dos pedidos feitos pela responsável pela farmácia, a Dr^a Andreia.

A farmácia hospitalar depende de uma logística bastante complexa quanto ao abastecimento e distribuição de medicamentos, uma vez que, como cabe a elas prestar serviços destinados a saúde, é imprescindível que tenham em estoque todos os medicamentos e materiais necessários para o bom andamento da instituição de saúde. Os estoques da farmácia hospitalar são caracterizados por ciclos de demandas e de ressuprimentos, com flutuações significativas e altos graus de incerteza, fatores críticos diante da necessidade de manter medicamentos em disponibilidade na mesma proporção de sua utilização.

Como podemos observar, a gestão neste período foi bastante eficiente, que garantiu o pleno funcionamento dos processos e atendimentos, sem causar prejuízos aos munícipes.

Andreia Ferreira de Picoli Mendes
Farmaceutica RT
CRF-SP 78196



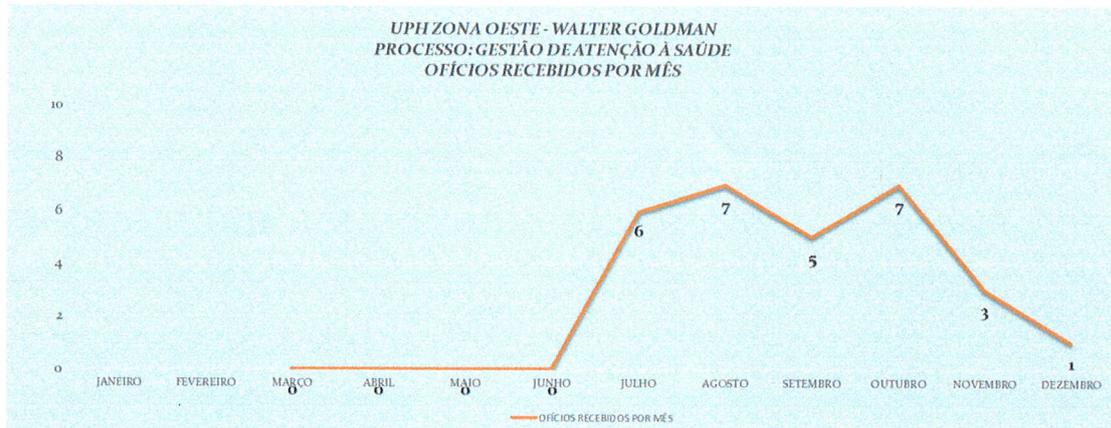
Andreia Ferreira de Picoli Mendes
Farmacêutica Responsável
CRFSP - 78196



Indicador	Descrição
27 -	<i>Cumprimento de prazo de respostas dos Ofícios SES/Prefeitura.</i>

Segue abaixo a planilha com o quantitativo de ofícios que recebemos da SES/Prefeitura, os mesmo foram documentados e protocolados, sendo respondido com todas informações necessárias e atendendo com o que foi solicitado, levando informações autênticas. Uma média de **03 Ofícios** mensal.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN	PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE OFÍCIOS RECEBIDOS POR MÊS												ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
OFÍCIOS RECEBIDOS POR MÊS			0	0	0	0	6	7	5	7	3	1	




Anexo	Descrição
I	Comissões enviadas mensalmente à SES/Prefeitura.

Foram realizadas mensalmente as comissões da Unidade Pré-Hospitalar Zona Oeste, sendo seguidas as normas e obrigatoriedades, segue abaixo a tabela com as datas mensais das execuções das reuniões, exceto a comissão de assistência farmacêutica, onde a mesma foi elaborada sendo um adicional ao contrato, por este motivo não é executada mensalmente.

COMISSÕES	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
<i>Assistência Farmacêutica</i>	-	-	-	30/06/2022	-	30/08/2022	13/09/2022	-	29/11/2022	30/12/2022
<i>Assistência Odontológica</i>	Nomeação	25/04/2022	25/05/2022	30/06/2022	18/07/2022	22/08/2022	26/09/2022	28/10/2022	25/11/2022	21/12/2022
<i>Controle de Infecção Institucional</i>	Nomeação	08/04/2022	27/05/2022	30/06/2022	29/07/2022	31/08/2022	23/09/2022	28/10/2022	25/11/2022	22/12/2022
<i>Educação Permanente</i>	Nomeação	04/04/2022	06/05/2022	08/06/2022	08/07/2022	23/08/2022	27/09/2022	28/10/2022	30/11/2022	28/12/2022
<i>Ética de Enfermagem</i>	Nomeação	20/04/2022	23/05/2022	24/06/2022	25/07/2022	25/08/2022	27/09/2022	28/10/2022	25/11/2022	28/12/2022
<i>Humanização</i>	Nomeação	06/04/2022	31/05/2022	30/06/2022	28/07/2022	12/08/2022	27/09/2022	27/10/2022	30/11/2022	30/12/2022
<i>Prevenção de Acidentes - CIPA</i>	Nomeação	25/04/2022	25/05/2022	24/06/2022	29/07/2022	Justificativa	27/09/2022	20/10/2022	29/11/2022	30/12/2022
<i>Qualidade</i>	Nomeação	05 e 11/04/2022	12/05/2022	30/06/2022	27/07/2022	29/08/2022	28/09/2022	26/10/2022	28/11/2022	27/12/2022
<i>Núcleo de Segurança do Paciente - NPS</i>	Nomeação	08/04/2022	27/05/2022	30/06/2022	29/07/2022	31/08/2022	23/09/2022	28/10/2022	14/11/2022	27/12/2022
<i>Núcleo Interno de Regulação - NIR</i>	Nomeação	28/04/2022	03/05/2022	07/06/2022	07/07/2022	31/08/2022	27/09/2022	27/10/2022	29/11/2022	29/12/2022
<i>Revisão de Óbitos</i>	Nomeação	10/04/2022	10/05/2022	01/06/2022	01/07/2022	01/08/2022	02/09/2022	31/10/2022	30/11/2022	30/12/2022
<i>Revisão de Prontuários</i>	Nomeação	10/04/2022	10/05/2022	01/06/2022	01/07/2022	01/08/2022	02/09/2022	31/10/2022	30/11/2022	29/12/2022
<i>Serviço de Atendimento ao Usuário - S.A.U</i>	Nomeação	26/04/2022	31/05/2022	30/06/2022	28/07/2022	12/08/2022	27/09/2022	27/10/2022	30/11/2022	30/12/2022

Anexo	Descrição
II	<i>Itens Adicionais Mensalmente Enviados a SES/ Prefeitura de Sorocaba.</i>

Os itens adicionais incluem as escalas dos profissionais de cada departamento, sendo as prévias e executadas, também as planilhas com tempo de transporte das ambulâncias.

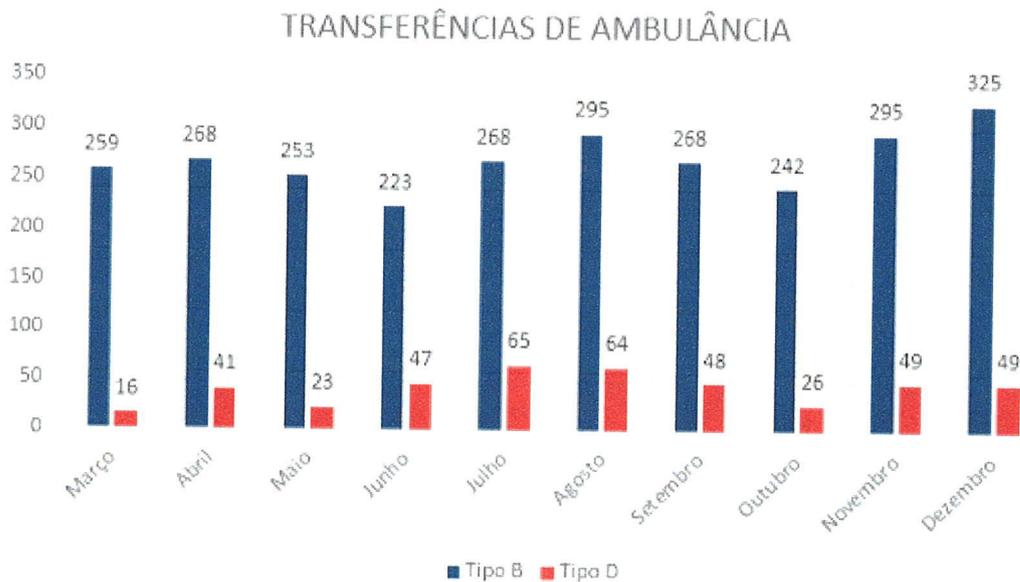
Escalas prévias e executadas:

Durante o período de março a dezembro de 2022, a IASE – Instituto de Atenção à Saúde e Educação, encaminhou mensalmente por e-mail as escalas prévias dos colaboradores da unidade UPH Zona Oeste, e posteriormente, enviamos as escalas executadas, sempre mantendo o dimensionamento compatível com o volume de atendimentos da unidade. Toda a equipe é composta por profissionais capacitados e qualificados para manter a qualidade e agilidade nos atendimentos, além das qualificações, todos os colaboradores estão com os documentos atualizados referente a Saúde Ocupacional, P.P.R.A (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), P.C.M.S.O (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e o ASO (Atestados de Saúde Ocupacional), conforme previstos na NR 7 e NR 9.

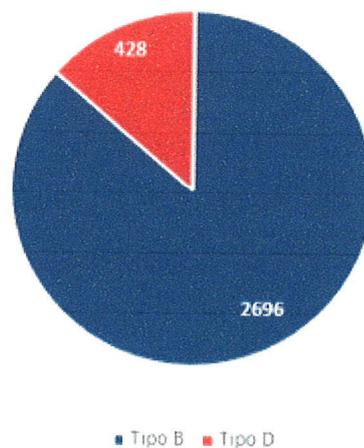
No decorrer do projeto, identificamos a necessidade de contratar um profissional Técnico de Segurança do Trabalho, com esta contratação, conseguimos finalizar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de acordo com a Legislação NR 5.

Anexo II - Tempos de Transporte das Ambulâncias:

A unidade realizou as transferências dos pacientes, através das vagas cedidas pela regularização do CROSS, abaixo o gráfico com o quantitativo de transferências realizadas de março/dezembro 2022.



Transporte de Ambulância - Março/Dezembro 2022




Anexo II - Ordem de Serviço:

No mês de Setembro/2022 foi implantado o sistema de ordem de serviço, para trazer melhorias, tais como pintura da fachada da unidade, concertos de longarinas, manutenção das áreas verdes para evitar aparição de animais peçonhentos, além disso realizamos mensalmente a dedetização e controle de pragas de toda unidade (conforme planilha abaixo), entre outros serviços.

UPH ZONA OESTE WALTER GOLDMAN		PROJETO: SOROCABA - SP PROCESSO: GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DESINSETIZAÇÃO MENSAL CONTROLE DE PRAGAS										ANO: 2022
MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
DATA DA EXECUÇÃO			29/03/2022	26/04/2022	24/05/2022	28/06/2022	26/07/2022	23/08/2022	27/09/2022	25/10/2022	29/11/2022	27/12/2022

Entre setembro – dezembro/2022 foram abertas e finalizadas **336 ordens de serviços**. Em anexo uma amostragem destes serviços prestados pelo setor da manutenção.

PROJETO: UPH ZO-SOROCABA

DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO

Número da OS	071/2022	Data de Emissão	29/11/2022
Área Solicitante	AREA EXTERNA	Tipo de Serviço	Eng. Clínica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		Elétrica
			Hidráulica / Gases
			X Predial / Outros

DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO

Descrever Problema (Anexar foto)	Resultado (Anexar foto)
	
CADEIRA DESALINHADA E SEM SUPORTE PARA PÉ	FEITO REPARO

SERVIÇOS PRESTADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
15 MIN	FEITO ALINHAMENTO E INSTALADO SUPORTE DE PÉ

MATERIAIS UTILIZADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
15 MIN	CHAVE PHILLIPS, CHAVE DE ROSCA E ALICATE

Outras informações

ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)

VALDIR C. BEZERRA	ROGERIO A. R. NASCIMENTO
Assinatura Prestador de Serviço	Assinatura Solicitante

PROJETO: UPH ZO-SOROCABA			
DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO			
Número da OS	004/2022	Data de Emissão	02/12/2022
Área Solicitante	OBSERVAÇÃO/PEDIATRIA	Tipo de Serviço	Eng. Clínica
			Elétrica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		Hidráulica / Gases
			<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros
DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO			
Descrever Problema (Anexar foto)		Resultado (Anexar foto)	
			
LEITOS SEM CORTINAS		REALIZADO INSTALAÇÃO	
SERVIÇOS PRESTADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
45MIN	APENAS INSTALAÇÃO		
MATERIAIS UTILIZADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
45MIN	CORTINA, ESCADA E PARAFUSOS		
Outras informações			
ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)			
VALDIR C. BEZERRA		ROGERIO A. R. NASCIMENTO	
Assinatura Prestador de Serviço		Assinatura Solicitante	

PROJETO: UPH ZO-SOROCABA			
DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO			
Número da OS	018/2022	Data de Emissão	08/12/2022
Área Solicitante	AREA EXTERNA	Tipo de Serviço	Eng. Clínica
			Elétrica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		Hidráulica / Gases
			<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros
DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO			
Descrever Problema (Anexar foto)		Resultado (Anexar foto)	
			
GRAMA ALTA		FEITO A RETIRAGEM	
SERVIÇOS PRESTADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
1H30	FOI RETIRADO A GRAMA ALTA USANDO CORTADOR DE GRAMA E ENXADA		
MATERIAIS UTILIZADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
1H30	ENXADA, CORTADOR DE GRAMA E VASSOURA DENTADA		
Outras informações			
ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)			
VALDIR C. BEZERRA		ROGERIO A. R. NASCIMENTO	
Assinatura Prestador de Serviço		Assinatura Solicitante	

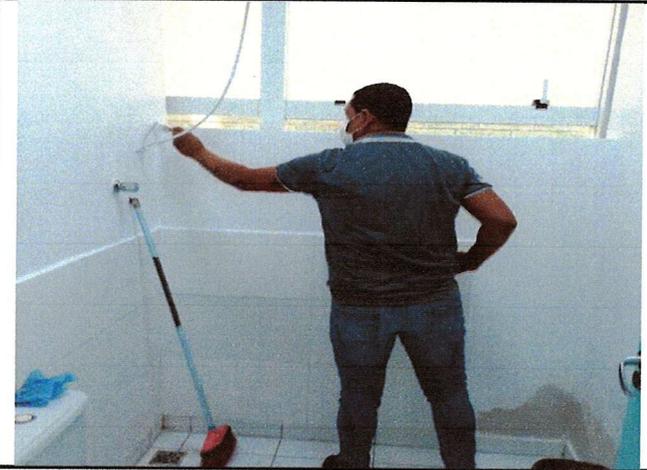
PROJETO: UPH ZO-SOROCABA			
DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO			
Número da OS	025/2022	Data de Emissão	09/12/2022
Área Solicitante	AREA EXTERNA	Tipo de Serviço	Eng. Clínica
			Elétrica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		Hidráulica / Gases
			<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros
DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO			
Descrever Problema (Anexar foto)		Resultado (Anexar foto)	
			
GRAMA ALTA NAS GUIAS DO ESTACIONAMENTO		FEITO RETIRADA	
SERVIÇOS PRESTADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
3H	FEITO A RETIRADA DE GRAMA ALTA COM EQUIPAMENTOS DE JARDINAGEM		
MATERIAIS UTILIZADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
3H	MÁQUINA DE CORTAR GRAMA, VASSOURA DENTADA E ENXADA		
Outras informações			
ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)			
VALDIR C. BEZERRA		ROGERIO A. R. NASCIMENTO	
Assinatura Prestador de Serviço		Assinatura Solicitante	

PROJETO: UPH ZO- SOROCABA

DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO

Número da OS	004/2022	Data de Emissão	03/10/2022
Área Solicitante	OBSERVAÇÃO	Tipo de Serviço	<input type="checkbox"/> Eng. Clínica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		<input type="checkbox"/> Elétrica
			<input type="checkbox"/> Hidráulica / Gases
		<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros	

DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO

Descrever Problema (Anexar foto)	Detalhar Resultado (Anexar Foto)
	
TERMINO DO REVESTIMENTO DO BANHEIRO DA OBSERVAÇÃO	RESULTADO

SERVIÇOS PRESTADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
	ACABAMENTO E FINALIZAÇÃO

MATERIAIS UTILIZADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
	TINTA BRANCA 18L, PINCEL MÉDIO

Outras informações

--

ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)

VALDIR C. BEZERRA	ROGERIO A. R. NASCIMENTO
Assinatura Prestador de Serviço	Assinatura Solicitante

POJETO: UPH ZO- SOROCABA

DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO

Número da OS	016/2022	Data de Emissão	03/10/2022
Área Solicitante	RECEPÇÃO PEDIATRIA	Tipo de Serviço	<input type="checkbox"/> Eng. Clínica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		<input type="checkbox"/> Elétrica
			<input type="checkbox"/> Hidráulica / Gases
		<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros	

DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO

Descrever Problema (Anexar foto)	Detalhar Resultado (Anexar Foto)
	
CADEIRA SEM BANCO	RESULTADO

SERVIÇOS PRESTADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
30 MIN	LONGARINA ESTAVA COM O BANCO SOLTO, SOLDARAM PARA FICAR PRESO NOVAMENTE

MATERIAIS UTILIZADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
30 MIN	MÁQUINA DE SOLDA E MÁSCARA DE SOLDA PRTEORA

Outras informações

--

ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)

VALDIR C. BEZERRA	ROGERIO A. R. NASCIMENTO
Assinatura Prestador de Serviço	Assinatura Solicitante



PROJETO:UPH ZO-SOROCABA

DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO

Número da OS	045/2022	Data de Emissão	04/10/2022
Área Solicitante	AREA EXTERNA	Tipo de Serviço	<input type="checkbox"/> Eng. Clínica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		<input type="checkbox"/> Elétrica
			<input type="checkbox"/> Hidráulica / Gases
		<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros	

DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO

Descrever Problema (Anexar foto)	Resultado (Anexar foto)
 <p>INSTALAÇÃO DE TAMPA DE CONCRETO NO ESTACIONAMENTO</p>	 <p>RESULTADO</p>

SERVIÇOS PRESTADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
5H	INSTALAÇÃO DE TAMPA DE CONCRETO NO ESTACIONAMENTO

MATERIAIS UTILIZADOS

Quantidade (Horas)	Descrição
5H	CONCRETO FEITO COM CIMENTO, TERRA, PEDREGULHO E AGUA, TAMPA FEITA DE FERRAGEM, ENCHADA SINALIZADORES PARA OS VEICULOS NÃO PASSAREM E FITA METRICA

Outras informações

ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)	
VALDIR C. BEZERRA	ROGERIO A. R. NASCIMENTO
Assinatura Prestador de Serviço	Assinatura Solicitante

8

DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO			
Número da OS	072/2022	Data de Emissão	26/10/2022
Área Solicitante	FATURAMENTO	Tipo de Serviço	<input type="checkbox"/> Eng. Clínica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		<input type="checkbox"/> Elétrica
			<input type="checkbox"/> Hidráulica / Gases
			<input checked="" type="checkbox"/> Predial / Outros

DIAGNOSTICO E SOLUÇÃO	
Descrever Problema (Anexar foto)	Resultado (Anexar foto)
	
SALA DO FATURAMENTO FOI TRANSFERIDA PARA OUTRO LOCAL	FEITA A TRANSFERENCIA

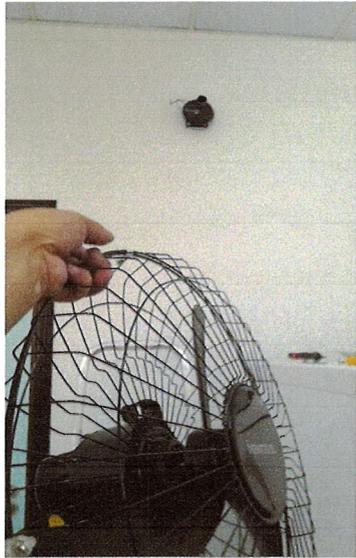
SERVIÇOS PRESTADOS	
Quantidade (Horas)	Descrição
2H	INSTALAÇÃO DE PRATILEIRAS, TRANSPORTE DE CAIXAS DE PRONTUAIROS MESA E COMPUTADORES E ARMARIOS

MATERIAIS UTILIZADOS	
Quantidade (Horas)	Descrição
2H	FURADEIRA, CARRINHO DE TRASPORTE DUAS RODAS E CHAVE PHILLIPS

Outras informações

ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)	
VALDIR C. BEZERRA	ROGERIO A. R. NASCIMENTO
Assinatura Prestador de Serviço	Assinatura Solicitante



PROJETO: UPH ZO-SOROCABA			
DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO			
Número da OS	012/2022	Data de Emissão	05/12/2022
Área Solicitante	SALA DE ACOLHIMENTO SOCIAL	Tipo de Serviço	Eng. Clínica
			X Elétrica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		Hidráulica / Gases
			Predial / Outros
DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO			
Descrever Problema (Anexar foto)		Resultado (Anexar foto)	
			
VENTILADOR PAROU DE FUNCIONAR		REPARO NA AFIAÇÃO	
SERVIÇOS PRESTADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
25 MIN	DESMONTADO E REPARO NAS AFIAÇÕES		
MATERIAIS UTILIZADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
25 MIN	CHAVE PHILLIPS, DUREX E CHAVE DE ROSCA		
Outras informações			
ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)			
VALDIR C. BEZERRA		ROGERIO A. R. NASCIMENTO	
Assinatura Prestador de Serviço		Assinatura Solicitante	

DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO			
Número da OS	038/2022	Data de Emissão	13/12/2022
Área Solicitante	AREA EXTERNA	Tipo de Serviço	Eng. Clínica
			Elétrica
Pessoa Responsável	ROGERIO A. R. NASCIMENTO		Hidráulica / Gases
			X Predial / Outros
DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO			
Descrever Problema (Anexar foto)		Resultado (Anexar foto)	
			
ERA DE DIFÍCIL ACESSO PARA AS COLABORADORAS DA LIMPEZA LEVAR O LIXO PARA FORA POR CONTA DO DEGRAU		FEITO RAMPA IMPROVISADA COM MADEIRA	
SERVIÇOS PRESTADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
45 MIN	USADO MADEIRA PARA FAZER UMA RAMPA DE ACESSO		
MATERIAIS UTILIZADOS			
Quantidade (Horas)	Descrição		
45 MIN	SERRA ELETRICA, REGUA METRICA, TINTA COMUM AMARELA E PINCEL		
Outras informações			
ACEITE DO SERVIÇO (assinatura e data)			
VALDIR C. BEZERRA		ROGERIO A. R. NASCIMENTO	
Assinatura Prestador de Serviço		Assinatura Solicitante	

UNIDADE: UNIDADE PRÉ HOSPITALAR – UPH ZONA OESTE

CONCLUSÃO FINAL:

O processo de operacionalização e execução transcorre conforme o projeto e garantiu o funcionamento das atividades da Unidade Pré Hospitalar – UPH Zona Oeste Sorocaba, 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, a Unidade Pré Hospitalar – UPH Zona Oeste Sorocaba, 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.



Daniel Zeferino dos Santos Souza

Gerente Administrativo