

OFÍCIO Nº: 19/2018

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIARA

Nº CONTRATO DE GESTÃO: 127/2017

EXERCÍCIO: 2018

GUAPIARA/SÃO PAULO, 18 DE JULHO DE 2018

Prezado Senhor:

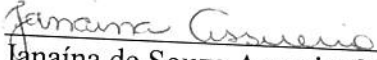
Ref.: PRESTAÇÃO DE CONTAS – JUNHO/2018

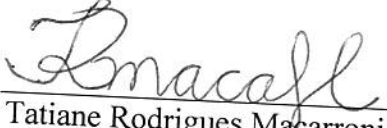
Em cumprimento ao estabelecido na Lei Municipal nº 1979, datada de 19/04/2017, e no Contrato de Gestão nº 127/2017, firmado entre o município de Guapiara e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui, com o compromisso entre as partes para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Programa: Estratégia Saúde da Família (ESF), vem respeitosamente encaminhar a Prestação de Contas, conforme abaixo relacionado:

1. Relatório Assistencial.

No ensejo, apresentamos os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração, nos colocamos a sua inteira disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente


Janaína de Souza Assueiro Manca
Supervisora Técnica


Tatiane Rodrigues Macarroni
Coordenadora

Excelentíssimo Senhor,

Jedson Wallan Vale de Lima

Secretário Municipal de Saúde de Guapiara

assinado 14/07/18

RELATÓRIO DE METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

JUNHO/2018

Relatório de metas para supervisão, acompanhamento, regulação e execução de serviços no programa Estratégia da Saúde Família –E.S.F. - conforme contrato nº 127/2017.

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIARA.

CONTRATADA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVO GERAL.....	3
3. OBJETIVO ESPECÍFICO	3
4. PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA- E.S.F.....	4
4.1.PRODUÇÃO MÉDICA-ESF.	5
4.2 ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS ENFERMEIROS DA ESF	5
4.3 ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ESF.....	5
4.4 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	5
5. ATENDIMENTO EM GRUPO	6
6. CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO	6
7. CONCLUSÃO.....	7
8. GRÁFICOS	12
9. ANEXOS	13

1. INTRODUÇÃO

Este relatório é um instrumento de acompanhamento e tem por objetivo orientar a execução e prestação de contas das metas de produção assistencial do Contrato de Gestão nº 127/2017 celebrado entre **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIARA / SP - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. As informações aqui reunidas propiciará uma análise dos resultados e metas alcançados no período de 01 a 29 de junho.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia em cumprimento ao Contrato de Gestão e Plano de Trabalho apresenta os resultados obtidos, visando sempre à qualidade dos serviços prestados.

2. OBJETIVO GERAL

É um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando a obtenção de dados, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção. Em suma, monitora e verifica a realização das atividades e o alcance das metas.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Avaliar por meio de indicadores de produção o atendimento prestado;
- Demonstrar através do relatórios ações realizadas no Programa Estratégia Saúde Família.
- Analisar as metas de atendimentos para acompanhamento e avaliação constante no Plano de Trabalho;
- Contribuir para a melhoria contínua do processo de trabalho;
- Servir como forma de avaliação de desempenho da equipe de profissionais.

4. PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA- E.S.F.

Localização das 07 Equipes de ESF:

JUNHO

E.S.F. - ELIAS - Telefone (15) 3547-1212 - R.: BAIRRO ELIAS
E.S.F. - EMPOSSADOS - Telefone (15) 99751-0875 - R.: BAIRRO EMPOSSADOS
E.S.F. - JARDIM CANUTO - Telefone (15) 3547-1478 - R.: RUA GETULIO GATO
E.S.F. - MONJOLADA - Telefone (15) 3547-1212 - R.: BAIRRO MONJOLADA
E.S.F. - PINHEIROS - Telefone (15) 0547-1212 - R.: BAIRRO PINHEIROS
E.S.F. - VILA RIBEIROS - R.: VILA RIBEIROS
E.S.F. - SANTO ANTONIO - Telefone (15) 3587-1436 - R.: BRASIL

4.1. PRODUÇÃO MÉDICA-ESF.

MÉDICOS	DESCRIÇÃO	REALIZADO POR MÊS
Consulta	Programada e espontânea	1.608 Consultas.
Encaminhamentos	Conforme protocolo pós avaliação	329 Encaminhamentos conforme necessidade.
Visitas Domiciliares	Conforme diagnóstico situacional	30 Visitas.

4.2 ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS ENFERMEIROS DA ESF

ENFERMEIROS	DESCRIÇÃO	REALIZADO
Consultas	Atender livre demanda	1.998
Sistematização	Conforme necessidade pós avaliação	100%
V. D.	05/semana	111
Procedimentos	Demanda da Unidade	100%
Grupos	Semanalmente	23
Absenteísmo	Agendados	225

4.3 ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ESF

Técnicos de Enfermagem	DESCRIÇÃO	Realizados
Procedimento	Demanda Espontânea	4.167
Visitas Domiciliares	10/semana	139

4.4 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO	TOTAL
AVALIAÇÃO ANTROMOMÉTRICA	3.606
ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO	12
COLETA MATERIAL CITOPATOLOGICO	144
RETIRADA DE PONTO	26
ADM MEDICAMENTOS	208
CURATIVO GRAU I	126
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	4.122

5. ATENDIMENTO EM GRUPO

Foram realizados os seguintes eventos:

- ESF Monjolada: Grupo com as Gestantes; Grupo saúde na escola com o tema Higiene; Grupo para mulheres em idade fértil. Organizado pela equipe da estratégia saúde da família local (foto em anexo).
- ESF Paes: A equipe desenvolveu Festa no Arraiá da Unidade com orientação e coleta de exame colpocitológico, (foto em anexo).
- ESF Empossados: Grupo desenvolvido pela enfermeira da unidade, com orientações e intervenções pacientes Hipertensos e Diabéticos, (foto em anexo).

6. CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO

No dia vinte e oito de Junho de 2018, a coordenadora Atenção Básica Enfermeira Tatiane Rodrigues Macarroni participou do **Projeto Saúde em Ação** organizado pelo grupo Tellus, no município de Itapeva abrangendo todos os gestores e coordenadores da região (segue a lista de presença em anexo e foto).

Profissionais que atuam na atenção básica do município participaram de um treinamento voltado a diagnóstico e conduta para o tratamento da **Sífilis Adquirida, Sífilis Congênita, Tuberculose e Hanseníase**, realizado no dia vinte de Junho de 2018 (foto em anexo). Sendo articulado pela Tatiane R Macarroni (coordenadora atenção básica, Regina Cidro Araújo Lima (diretora da Vigilância Epidemiológica), Edmara (enfermeira ESF Empossados), Glauceire Eliza Pedroso (Pedagoga, convidada).

A etapa visa orientar os profissionais sobre o atendimento relacionado às doenças na Atenção Básica, reduzindo a demanda nos hospitais.

Visando a importante que todos os profissionais que integram a rede de saúde entendam também a parte clínica da doença, o profissional tem que estar munido de informações para fazer prevenção.

Esses temas foram escolhidos devido serem doenças silenciosas e por vezes negligenciada, devido ao quadro clínico ser ligado das doenças sexualmente transmissíveis, atentando à necessidade de formar uma rede preparada para lidar com



situações envolvendo a doença, com isso visando oferecer serviços de qualidade aos nossos usuários.

“A conscientização é fundamental e tem de começar pelos profissionais. Nos dias atuais, pessoas contraindo a doença por falta de informação. Para reverter esse quadro, os funcionários são multiplicadores de informação” (foto em anexo).

A Secretaria Municipal de Saúde por meio da Vigilância Epidemiológica e realizou uma **Capacitação de Atendimento e Vacinação Antirrábica** no último dia 25 de junho, destinado a enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos da atenção básica e hospitalar. Foi ministrado pela Enfermeira Kalyn responsável pela imunização do GVE de Itapeva. Todavia de muito valia e conhecimento para nossos profissionais se aperfeiçoarem no seu dia-a-dia, visando a campanha que teremos em Agosto na Vacinação antirrábico em cães e gatos (foto em anexo).

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que os atendimentos das unidades são programados, sendo agendadas 10 consultas e deixando 5 para demanda espontânea (para cada profissional enfermeira e médicos). Nos dias do atendimento para gestantes são agendadas no máximo 8 consultas por período, devido a complexidade do atendimento.

A produção médica esta abaixo da meta pactuado ao Plano de Trabalho devido o quadro de profissionais estarem incompleto no momento por falta de profissionais interessados nas vagas. Terminamos o mês com 3 médicos contratados, sendo que eles se revezam para cobrir a unidade de maior fluxo.

Segue abaixo os dias não trabalhados e suas justificativas:

- 01 de Junho – **Feriado**.
- 11 de Junho – **Reunião na Secretária com Cefor**. Todos os enfermeiros estavam presentes.
- 15 de Junho – **Luto Municipal**. Falecimento do médico do município Dr. Juan Carlo Mercado Murillo.

- 20 de junho – **Treinamento na câmera com o Tema: Sífilis, Hanseníase e Tuberculose.** Contamos com a presença de todos os funcionários da empresa em horários alternados para menos atrapalhar o andamento das unidades.
- 22 de Junho – **Decreto Copa.**
- 25 de Junho – **Treinamento na Câmera com o Tema: Vacina antirrábica.** Contamos com a presença de todas as enfermeiras e todas as auxiliares de enfermagem.
- 28 de junho – **Reinauguração da ESF Pinheiros.** Não houve atendimento na unidade no dia.
- 29 de Junho – **Fechamento e reunião equipe na cede.** Não houve atendimento das enfermeiras no dia.

8. - GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de atendimentos médicos

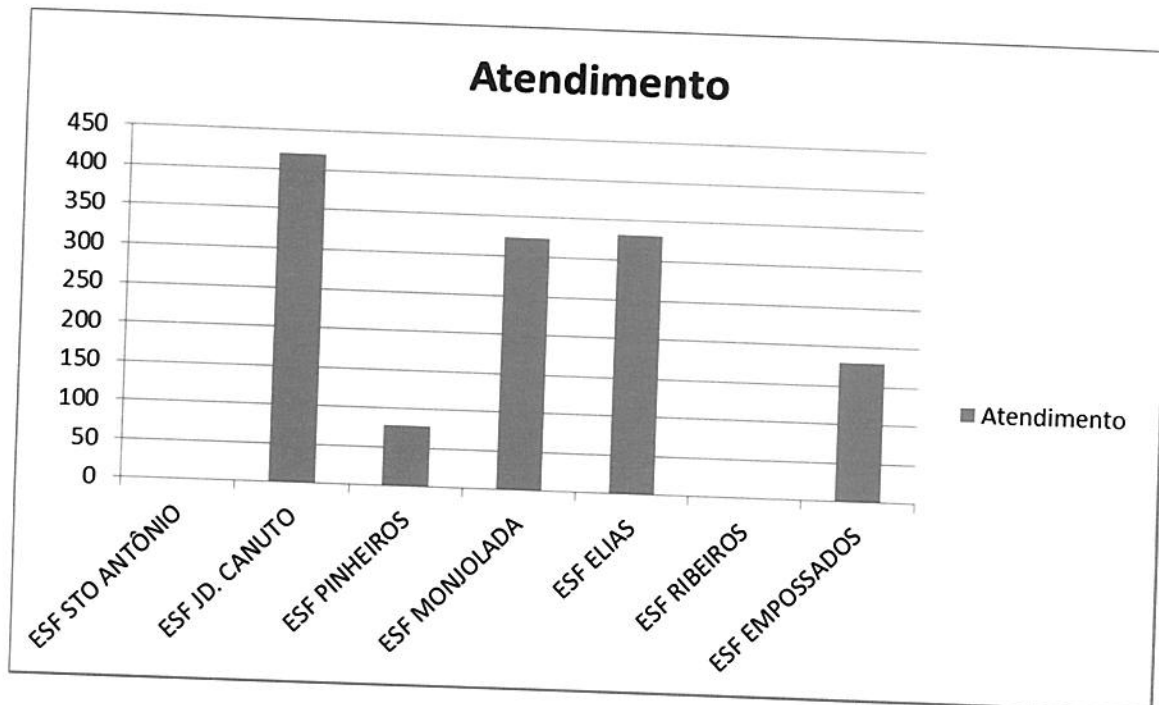


Gráfico 2 – Atendimento e Visita Domiciliar do Enfermeiro das unidades realizados no mês de Junho.

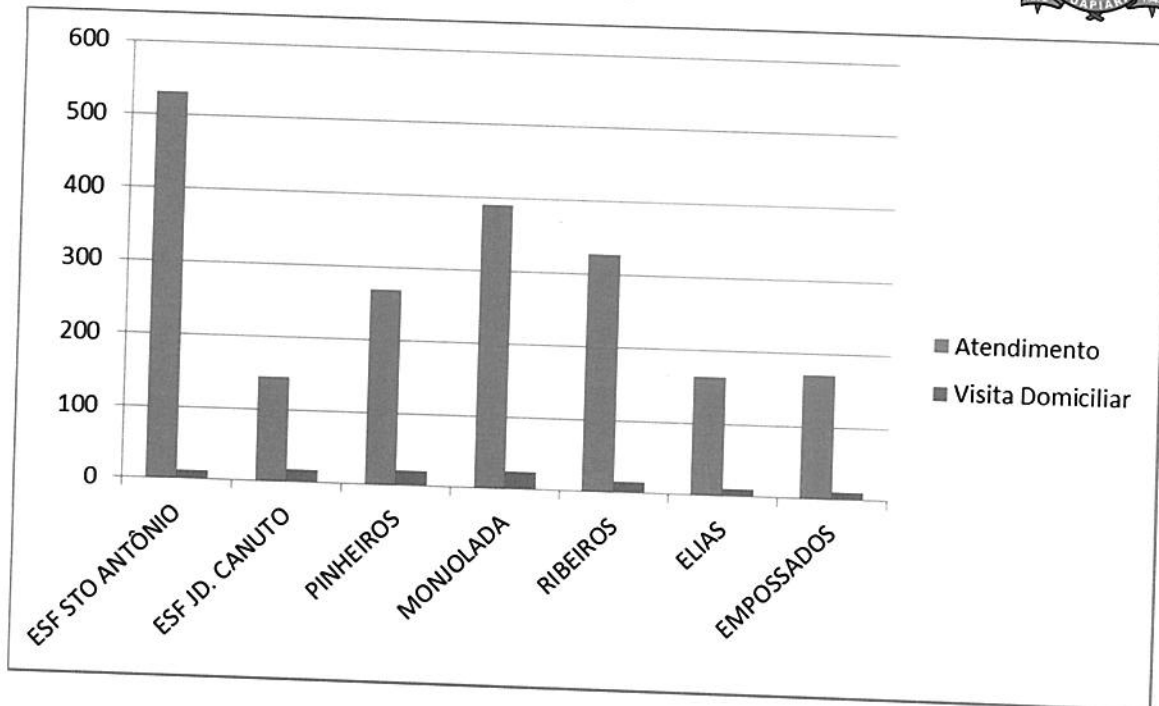
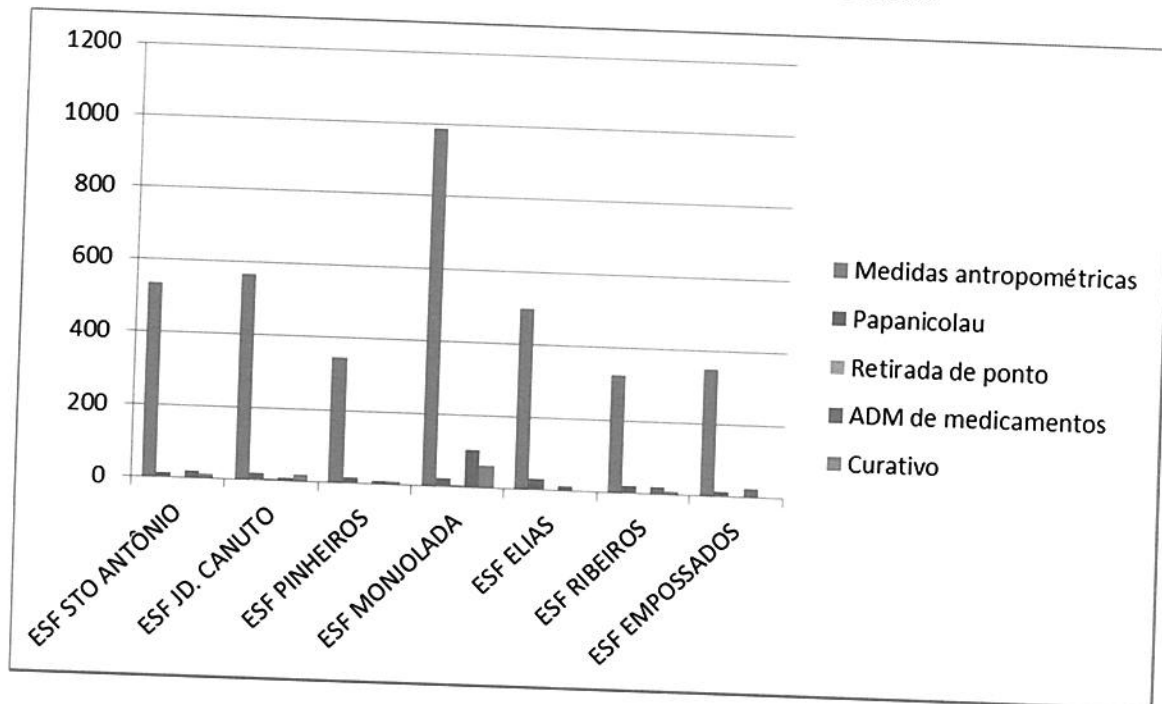


Gráfico 3 – Procedimentos das unidades realizados no mês de Junho



Tatiane Rodrigues Macarroni
Coordenadora

Janaina de Souza Assueiro Manca
Supervisora Técnica

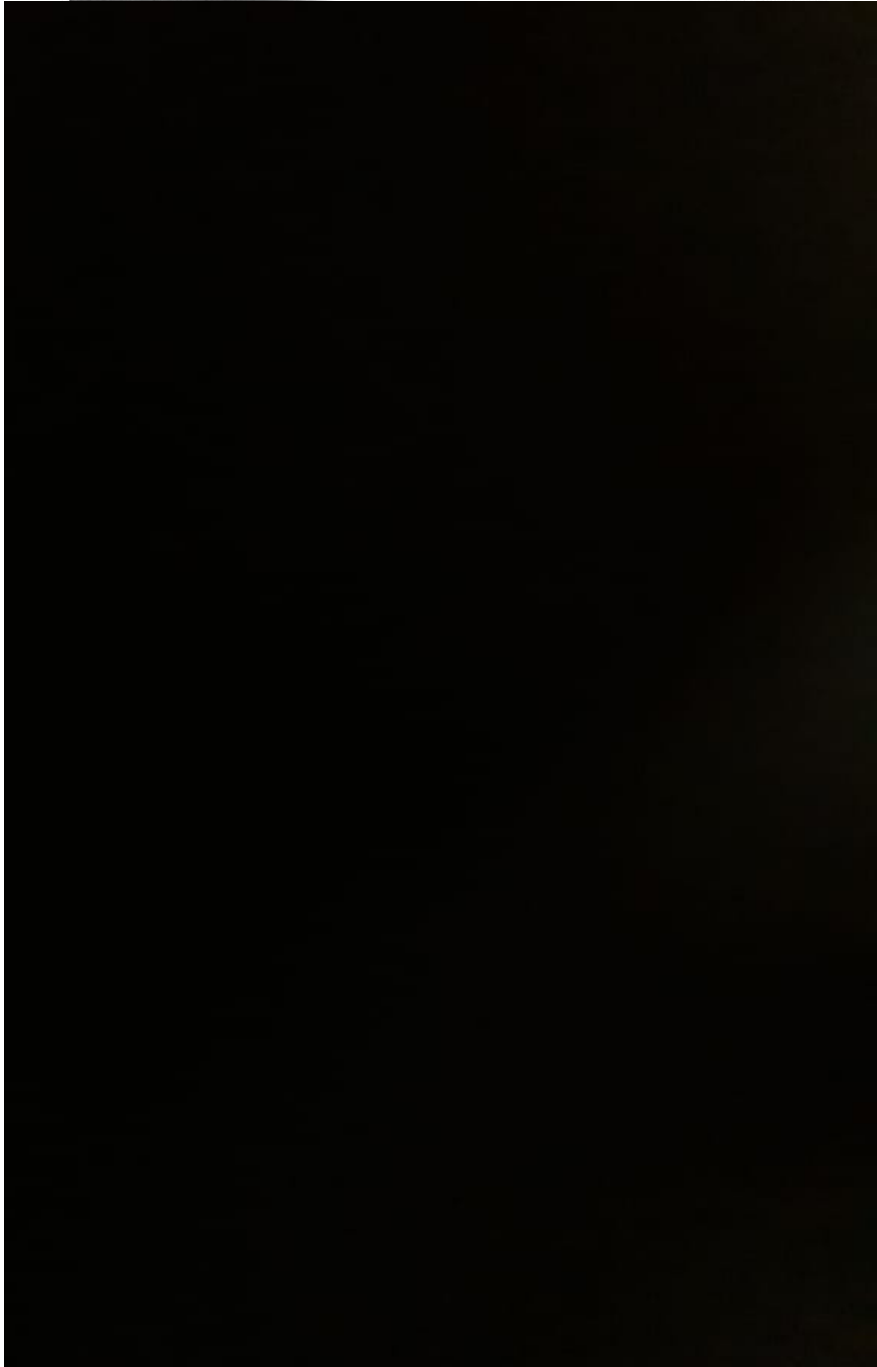
9. ANEXOS



Saúde da Família

Dia 20/06/2018

Treinamento Sífilis Adquirida, Tuberculose e Hanseníase



Handwritten mark

Handwritten mark



Saúde da Família

Grupos - Junho 2018



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade:

<input type="checkbox"/> Integração	<input checked="" type="checkbox"/> Palestra
<input checked="" type="checkbox"/> Treinamento Interno	<input type="checkbox"/> Seminário
<input type="checkbox"/> Treinamento Externo	<input type="checkbox"/> Congresso
Outros _____	

Descrição da Atividade: Atendimento Anti-Rábico Humano
 Objetivo do Treinamento: Qualificar, orientar, nossos funcionários para o atendimento e procedimento diante a situação

Responsável pelo Treinamento: Katlyn GIVE - Itapeva
 Público Alvo: médicos - enfermeiros - aux enf
 Carga Horária: _____
 Hora Início: 9:00 Hora Término: 12:00 Data: 25/06/18
 Local: Câmara Municipal Carga Horária Total: 3h

Instrutor: _____
 Registro de Classe: _____
 Conteúdo Programático: → Slides
→ Formulários
→ Casos clínicos

Registro de Atividades:

<input type="checkbox"/> Material Didático	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.
<input type="checkbox"/> Emissão de Certificado	<input checked="" type="checkbox"/> Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
<u>Katlyn Cristina Calhasso</u>	<u>Katlyn</u>
<u>Cláudia Aparecida Souza</u>	<u>Cláudia</u>
<u>Roseli Rodrigues Lima</u>	<u>Roseli</u>
<u>Valéria dos Santos Almeida</u>	<u>Valéria</u>
<u>Andréia Calhasso</u>	<u>Andréia</u>
<u>Adriana Calhasso Padilha</u>	<u>Adriana</u>
<u>Luiz Carlos da Silva Almeida</u>	<u>Luiz</u>
<u>Elton Paulino da Cruz</u>	<u>Elton</u>
<u>Christiane Emília Fagundes de Oliveira</u>	<u>Christiane</u>
<u>Cláudia Ribeiro</u>	<u>Cláudia</u>
<u>CRISTIANAS RODRIGUES DE ALMEIDA</u>	<u>CRISTIANAS</u>
<u>Adelaine Barbosa de Oliveira</u>	<u>Adelaine</u>
<u>maria elaine de Jesus de Sousa</u>	<u>maria</u>
<u>Luciellen Priscilla Gonçalves de Jesus</u>	<u>Luciellen</u>
<u>Gabriela Souza Santos da Costa</u>	<u>Gabriela</u>

ff

e



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade:

Integração

Treinamento Interno

Treinamento Externo

Outros _____

Palestra

Seminário

Congresso

Descrição da Atividade: _____

Objetivo do Treinamento: _____

Responsável pelo Treinamento: _____

Público Alvo: _____

Carga Horária

Horá Início: _____ **Hora Término:** _____ **Data:** ____/____/____

Local: _____ **Carga Horária Total:** _____

Instrutor: _____

Registro de Classe: _____

Conteúdo Programático: _____

Registro de Atividades:

Material Didático

Emissão de Certificado

Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.

Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO	
NOME	ASSINATURA
Anny Helena Feres	
Sara Cristina Costa	
Neusa de Fátima Varella Lima	Silvia
Cristina Costa	Neusa de Fátima
Alice Bileta do Gu.	
Azulei Fernando Morais	
Barbara Bastiana dos Santos	Barbara
Walden Ferreira	Walden
Patricia de S. Lima	Patricia
Blanes Leandra Santa	Blanes
Luizina Maria Moura da Gu.	Luizina
Renata de Almeida Queiroz	Renata
Aracne Paixão	Aracne
Ede Maria M.F. de Lima	Ede Maria
Aluizio de S. Santos do Amaral	Aluizio

fl.

l



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade: Integração Treinamento Interno Treinamento Externo Outros Palestra Seminário Congresso

Descrição da Atividade: _____
Objetivo do Treinamento: _____

Responsável pelo Treinamento: _____
Público Alvo: _____

Carga Horária: _____
Horá Início: _____ Hora Término: _____ Data: ____/____/____
Local: _____ Carga Horária Total: _____

Instrutor: _____
Registro de Classe: _____
Conteúdo Programático: _____

Registro de Atividades: Material Didático Avaliação de Aproveitamento/Eficácia. Emissão de Certificado Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO	
NOME	ASSINATURA
<i>Associação Acadêmica de Direito</i>	
<i>André da Cruz Schubert</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>
<i>Associação de Professores de Direito</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

Empressadas Junho 2018



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade: Integração Treinamento Interno Treinamento Externo Outros Palestra Seminário Congresso

Descrição da Atividade: Palestra e Orientações
 Objetivo do Treinamento:

Responsável pelo Treinamento: Ede maria M.F. de Lima
 Público Alvo: Hipertensão e Hômia betes.

Carga Horária: _____
 Horário Início: 09:00 Hora Término: 10:00 Data: 27/06/2018.
 Local: ESF Empressadas Carga Horária Total: 1 hora

Instrutor: Ede maria
 Registro de Classe: Enfermeira

Conteúdo Programático: O que é Hipertensão arterial e Diabetes, sinais e sintomas, alimentação saudável, protocolo atividade física.

Registro de Atividades: Material Didático Emissão de Certificado Avaliação de Aproveitamento/Eficácia. Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO	
NOME	ASSINATURA
<u>Leinidade F. de Souza</u>	
<u>Rita Lyra da Silva</u>	
<u>Rebeca Luiza de Jesus</u>	
<u>Maito Santana da Silva</u>	
<u>Jene Cardoso dos Santos</u>	
<u>Flávia Alves da C. Anacleto</u>	
<u>Maria Rana Caitora</u>	
<u>Valdes R. Caitora do Dantas</u>	
<u>Caroline Ap. Alves S. Gomes</u>	
<u>Valdir Santana Romão</u>	
<u>MARIA DIVINA</u>	
<u>Suzane de Oliveira Cruz</u>	
<u>Juiz Sampaio de Sá</u>	
<u>Belarmine Albergabão</u>	
<u>Engela Maria da Silva</u>	

Associação Classe Cidadã
 Rua... de Lima
 CEP: 44.502-306-ENF

fl.

l



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422
 Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71
 Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66
 Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

LISTA DE PRESENÇA REUNIÃO COM ENFERMEIROS NO DIA 29/06/2018

NOME	PSF	ASSINATURA
Luciana Maria Lima Cruz	Calopterus	
Eduarda Maria F. Raim	Empenados	
Wenderson G. Santos Jr.	fil caneta	
Cristiane Elizabeth Oliveira	leas	
Luciana Maria Raim	Eless	
Fátima Lima	Romários	
Barbara Cristina F. S. S. S. S.	Ribeiras	

fl.

l



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

RELAÇÃO DE REMESSA

ENTREGA DE CARIMBOS DOS PSF

NOME	DATA	ASSINATURA
Ede Maria M. Flin	29/06/18	[Handwritten Signature]
Waldin Junior	29/06/18	[Handwritten Signature]
Elouadio Boluero	29/06/18	[Handwritten Signature]
Fátima Lima	29/06/18	[Handwritten Signature]
Leuzia Randofo	29/06/18	[Handwritten Signature]
Christiane S. Oliveira	29/06/18	[Handwritten Signature]
Barbara G. S. Lybore	29/06/18	[Handwritten Signature]
Renata Maria [unclear]	29/06/18	[Handwritten Signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade:

Integração Palestra

Treinamento Interno Seminário

Treinamento Externo Congresso

Outros _____

Descrição da Atividade: Treinamento de Sífilis, Tuberculose, Hanseníase.

Objetivo do Treinamento: Promover assistência integral à saúde, com vista em planos / estratégias e qualidade na assistência, coordenar ações, captações e tratamentos precoces. Com o treinamento teóricas e práticas no manejo e tratamento paciente com qualidade / sabedoria.

Responsável pelo Treinamento: Santa Casa de Ibiriqui e Vigilância Epidemiológica

Público Alvo:

Carga Horária

Horá Início: _____ **Hora Término:** _____ **Data:** ___/___/___

Local: _____ **Carga Horária Total:** _____

Instrutor: Enf: Tatiane, enf: Regina, enf: Edmara, Gaudimim Pedagoga

Registro de Classe:

Conteúdo Programático: Apresentações de slides, teste de conhecimento, avaliação do treinamento, entrega de certificado, coffee break.

Registro de Atividades:

Material Didático Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.

Emissão de Certificado Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
Leidiana Aparecida dos Santos	[Assinatura]
Tereza de Fátima Costa Oliveira	[Assinatura]
Christina Conceição de Oliveira	[Assinatura]
Maria Madalena Lourenço	[Assinatura]
Milene Ap: Moura	[Assinatura]
Bruna Amador do Carmo	[Assinatura]
Alessandra C. Oliveira Monteiro	[Assinatura]
Fátima Nunes Ferreira	[Assinatura]
Fernanda Maria de S. Cruz	[Assinatura]
Luanda Ap: de Oliveira Cordeiro	[Assinatura]
Tatiane Custódio da Costa Lima	[Assinatura]
Alicia Rosa de A. Lima	[Assinatura]
Priscilla Francine Gonçalves Sara	[Assinatura]
Mariana Ap: Luiza Franco	[Assinatura]
Claudia m: da Silva	[Assinatura]

Handwritten mark

Handwritten mark



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade:

Integração Palestra

Treinamento Interno Seminário

Treinamento Externo Congresso

Outros _____

Descrição da Atividade: *Treinamento Sífilis, Tuberculose, Hanseníase*

Objetivo do Treinamento: *Proporcionar assistência integral à saúde, com vista em plano/estratégias e qualidade na assistência, coordenar ações, captação e tratamento precoce, com o treinamento terem sucesso no manuseio e tratamento do paciente com qualidade / Sabedores*

Responsável pelo Treinamento: *Santa Casa de Ibiriqui e Vigilância Epidemiológica*

Público Alvo: *Funcionários da Estratégia Saúde da Família*

Carga Horária

Data: *20/06/18*

Horário Início: *8:00*

Hora Término: *12:00*

Carga Horária Total: *4h*

Local: *Câmara Municipal - Guapara*

Instrutor: *Enf: Tatiane, Enf: Regina, Enf: Edimara, Glauimara F. da Aguiar*

Registro de Classe:

Conteúdo Programático: *apresentação slides teste de conhecimento, avaliação do treinamento, entrega de certificado, coffee Break (coffee Break)*

Registro de Atividades:

- Material Didático Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.
- Emissão de Certificado Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
<i>Walter Roberto J. Carvalh</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Maria S. Silva, J. da Silva</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Andressa Marcela Chaves de Costa</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Regiane D. M. Silva</i>	<i>Regiane D. M. Silva</i>
<i>Ellen Caroline Soares S. Fernandes</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Rosemery Ino K. Kawato</i>	<i>Rosemery Ino K. Kawato</i>
<i>André Antônio Guilherme Binando de Lima</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Maria Lúcia de Almeida</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Mayara C. de Lima Almeida</i>	<i>Mayara C. de Lima Almeida</i>
<i>Maria Janeteleia de Deus</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Fátima da S. Lima</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Marta Camargo de Oliveira Costa</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Luciana B. Martins</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Deni Aparecida de Lima</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Faldinéia P. Araújo</i>	<i>[Assinatura]</i>

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade: Integração Palestra
 Treinamento Interno Seminário
 Treinamento Externo Congresso
 Outros _____

Descrição da Atividade: *Treinamento Sífilis, Tuberculose e Hanseníase*
 Objetivo do Treinamento:

Responsável pelo Treinamento: *Santa Casa de Ibiriqui e Vigilância Epidemiológica*
 Público Alvo: *Funcionários da Estratégia Saúde da Família*

Carga Horária

Horá Início: 8:00

Hora Término: 12:00

Data: 20/06/18

Carga Horária Total: 4h

Local: *Câmara Municipal - Guapira*

Instrutor: *Enf: Tatiane, Enf: Regina, Enf: Edimara, Jussara Pedagog*

Registro de Classe:

Conteúdo Programático: *Apresentação de slides, teste de conhecimento, avaliação do treinamento, entrega de certificado, coffee break*

Registro de Atividades:

Material Didático

Emissão de Certificado

Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.

Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
<i>Capitão Manoel Santos da Costa</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Wagner Pereira Costa</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Andréia dos Anjos</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Vânia Alexandra O. Oliveira</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Secreária Tereza do Carmo</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Franco Alves da Silva</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Opazuli Fernando Moreira</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Renata Souza Assunção - manca</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Edimara M. F. de Lima</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Bento Luiz de Silva</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Wenderson Pereira</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Galvani de Oliveira</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Simone Wazulins de Lenc</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Rafaela Rodrigues</i>	<i>[Assinatura]</i>



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade:

Integração

Treinamento Interno

Treinamento Externo

Outros _____

Palestra

Seminário

Congresso

Descrição da Atividade: Treinamento Sífilis, Tuberculose, Hanseníase

Objetivo do Treinamento: Prestar assistência integral à saúde, com vista em plano / estratégias e qualidade na assistência, coordenar ações, captação e tratamento precoce, com o tratamento terapêutico no manejo e tratamento do paciente com qualidade / sabedoria.

Responsável pelo Treinamento: Santa Casa de Ibiriqui e Vigilância Epidemiológica

Público Alvo: funcionários da estratégia saúde da família

Carga Horária

Horá Início: 08:00 Hora Término: 12:00 Data: 20/06/18

Local: Câmara Municipal - Guapira. Carga Horária Total: 4h

Instrutor: Enf: Tatiane, Enf: Regina, Enf: Edmara, Gláucineide Rodrigues

Registro de Classe:

Conteúdo Programático: Apresentação de slides, teste de conhecimentos, avaliação do treinamento, entrega de certificado, coffee break.

Registro de Atividades:

Material Didático

Emissão de Certificado

Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.

Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
Família Paula de Oliveira	Família Paula de Oliveira
Elzângela R. Mercury Seno	Elzângela Seno
Elme Quimão de Fompaio Alves	Elme Quimão de Fompaio Alves
Diana Cristina de Ramos	Diana Cristina de Ramos
Adriana F. O. Turu Alves	Adriana F. O. Turu Alves
Linzi Eduarda dos Santos	Linzi Eduarda dos Santos
Maria Aparecida Melo Araujo	Maria Aparecida Melo Araujo
Luana Sp. de Lima	Luana Sp. de Lima
Celestina Zema da Cruz	Celestina Zema da Cruz
Ana Carolina Martins Brito	Ana Carolina Martins Brito
Alma Maria Anacleto	Alma Maria Anacleto
Cláudia Dorcas Altaba	Cláudia Dorcas Altaba
Luana R. da Silva Santos	Luana R. da Silva Santos
Família Stacey Estevam	Família Stacey Estevam
Michelle Regina George	Michelle Regina George

J.

h



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade: Integração Palestra
 Treinamento Interno Seminário
 Treinamento Externo Congresso
 Outros _____

Descrição da Atividade: Treinamento Sífilis, Tuberculose, Hanseníase

Objetivo do Treinamento: Definir assistência integral à saúde, com vista em plano / estratégias e qualidade na assistência, coordenar ações captação e tratamento precoce, com o treinamento terão como no manuseio e tratamento do pcte com qualidade Sabedoria

Responsável pelo Treinamento: Santa Casa de Misericórdia e Vigilância Epidemiológica

Público Alvo: Funionários da Estratégia Saúde da Família

Carga Horária
 Hora Início: 8:00 Hora Término: 12:00 Data: 20/06/18
 Carga Horária Total: 4h.

Local: Câmara Municipal - Guapira

Instrutor: Ent: Sallane, Ent: Regina, Ent: Edmara, Jacuimem Pedagogia

Registro de Classe:

Conteúdo Programático: Apresentação Slides, teste de conhecimentos, avaliação do treinamento, entrega de certificado, coffee break.

Registro de Atividades:
 Material Didático Avaliação de Apoveitamento/Eficácia.
 Emissão de Certificado Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
Rafaela de Meneses de A.	Rafaela de Meneses de A.
Christiane Emiko Suzuki de Oliveira	<i>[Assinatura]</i>
Rosmary Edaine de Paula	<i>[Assinatura]</i>
Eliane Aparecida Rocha	<i>[Assinatura]</i>
Trene Ap. Brigida Gomes	<i>[Assinatura]</i>

[Assinatura]

[Assinatura]



REGISTRO DE TREINAMENTOS

Tipo de Atividade:

Integração Palestra

Treinamento Interno Seminário

Treinamento Externo Congresso

Outros

Descrição da Atividade: Treinamento Sífilis, Tuberculose, Hanseníase

Objetivo do Treinamento: Melhor assistência integral à saúde, com vista em plano / estratégias e qualidade na assistência, coordenação ações, capacitação e tratamento precoce, com o treinamento, ações sobre no gerenciamento e tratamento do paciente com qualidade / Sabedoria

Responsável pelo Treinamento: Larva Casa de Sbruzzi e Eq. Epidemiológica

Público Alvo: Funcionários da Estratégia Saúde da Família

Carga Horária

Horá Início: 8:00 Hora Término: 12:00 Data: 20/06/18

Carga Horária Total: 4h

Local: Câmara Municipal - Guarapara

Instrutor: Enf: Tatiana, Enf: Regiane, Enf: Edmara, Jeannine Pedagogia

Registro de Classe:

Conteúdo Programático: Apresentação de slides, teste de conhecimento, avaliação do treinamento, entrega de certificado, coffee break.

Registro de Atividades:

Material Didático Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.

Emissão de Certificado Fotos

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

NOME	ASSINATURA
Felipe Wesley Costa Paiva	<i>[Assinatura]</i>
Miriam Romualdo Gomes	<i>[Assinatura]</i>
Tereza Rodrigues Costa Costa	<i>[Assinatura]</i>
Rosângela Ap. do Costa	<i>[Assinatura]</i>
Andréia Aguiar de Sales	<i>[Assinatura]</i>
Sandra Antônia Costa Oliveira	<i>[Assinatura]</i>
Lia Nunes de Lima Freitas	<i>[Assinatura]</i>
Maria Isabella Munk	<i>[Assinatura]</i>
Cibelle Aparecida Santos Costa	<i>[Assinatura]</i>
Michelly Fernanda de Silva	<i>[Assinatura]</i>
Regina A. A. Lima	<i>[Assinatura]</i>
Edemara M. F. de Lima	<i>[Assinatura]</i>
Lia Maria Lima de Almeida, Silva	<i>[Assinatura]</i>
Tatiana Brizolanda Costa	<i>[Assinatura]</i>



[Handwritten mark]

FUNÇÃO DE UM DIA DE PREENCHER

Por ser proprietário da FARMACIA DA SANTA CASA DE BUENOS AIRES DE BRUNO - CONTRATO DE GESTÃO 147/2017 - MUNICÍPIO DE GUAPIARA, assumo a responsabilidade por todos os custos decorrentes do funcionamento, de acordo com as condições e tratamento recebidos da EMPRESA, assumindo também o compromisso de devolvê-los quando solicitado por ocasião da rescisão de meu Contrato de Trabalho. Estou ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas acarretará a rescisão do contrato de trabalho.

Nome do Colaborador: **ESFELIAS** Assinatura e Ciência do Colaborador: 

Função: **Motorista Recepcionista Enfermeira Médico Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Consultório Odontológico** Data Instrução:

Data / Entrega	Qt	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
29.06.18	01		Cometa M				
29.06.18	01		Camilla C		CC Cassiano me de Silva		
29.06.18	01		Alba C		Alba C		
29.06.18	01		Camila C		Camila C		
29.06.18	01		Felice P		Felice P		
29.06.18	01		Felice M				
29.06.18	01		Felice C		Felice C		
29.06.18	01		Felice P		Felice P		





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 FACULDADE DE ENFERMAGEM

Recabó (foto e xerox) do CONTRATO DE BOLSISTA de MISERICÓRDIA DE BENSUI - CONTRATO DE CESTAC 122217 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO os quais desde já comprometo-me sempre, usar em benefício de minhas tarefas, atribuídas pela escola, quando solicitado, e em qualquer hipótese, quando da rescisão de meu Contrato de Trabalho. Estou ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições exigidas acarretará a

Declaração Qual:

Nome do Colaborador: **ESF PINHEIROS**

Assinatura e Carimbo de Identificação

Data Início

Data / Entrega	Qt	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
07.06.17	2		Celestina de C. S.				
08.06.17	2		Carla Mendes G. S.				

Recebi, neste dia, do(a) ESF a seguinte documentação:

Nome do Colaborador: ESF RIBEIROS

Recebi, neste dia, do(a) ESF DO SÍTIO CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIBIÁ - CONTRATO DE GESTÃO 127/2017 - MUNICÍPIO DE GUAPIARA, minha empregadora, os documentos em anexo, desde já comprometo-me sempre usar na execução de minhas tarefas, zelando pela sua perfeita guarda e conservação, uso e funcionamento de acordo com as orientações e procedimentos estabelecidos na EMPRESA, assumindo também o compromisso de devolvê-los quando solicitados ou por motivo de rescisão de meu Contrato de Trabalho. Estei ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas

ESF Assinatura e Ciência do Colaborador

Data / Entrega	Qt	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado	Data Instrução:
<u>25/06/18</u>	<u>1</u>		<u>Tubo de Tacos G</u>					
<u>25/06/18</u>	<u>2</u>		<u>Formas G</u>					
<u>25/06/18</u>	<u>2</u>		<u>Saliva G</u>					
<u>25/06/18</u>	<u>1</u>		<u>Química (M)</u>					
<u>25/06/18</u>	<u>1</u>		<u>Tubo de Tacos B</u>					
<u>25/06/18</u>	<u>1</u>		<u>Tubo de Tacos G</u>					
<u>25/06/18</u>	<u>1</u>		<u>Saliva (Tubo M)</u>					

(Handwritten mark)

ESPRESSO DA CANTINA DA ESCOLA

Fica, nesta data a IRMANDADE DA SANTA CASA DE PRAZEROSA DO BRASIL - CONTRATO DE GESTÃO 127/2017 - MUNICÍPIO DE GUAPIARA, para e empregadora, os UNIFORMES os quais, desde a contratação, os sempre usar na execução de minhas tarefas zelando pela sua perfeita guarda e conservação, uso e funcionamento, de acordo com as instruções e alinhamento recebidos da EMPRESA, assumindo também o compromisso de devolver os mesmos uniformes cujas condições de conservação de meu Contrato de trabalho. Estou ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas


 Assinatura e Ciência do Colaborador

Nome do Colaborador: ESF JARDIM CANUTO

Data / Entrada	Qd	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
22.06.18	1		Comunidade Volv G		Dr. Antonio de Alencar		
22.06.18	1		Comunidade Volv M		Dr. Andre Henrique G. P. de Jesus		
23.06.18	2		Comunidade P		Comunidade S. do Volv G		
25.06.18	1		Falico G		Comunidade S. do Volv G		
25.06.18	1		Falico M		Dr. Antonio de Alencar		
25.06.18	1		Falico G G		Dr. Antonio de Alencar		
25.06.18	1		Falico M		Dr. Antonio de Alencar		
25.06.18	1		Falico G		Dr. Antonio de Alencar		
25.06.18	2		Comunidade G		Dr. Antonio de Alencar		

Data Instrução:




ENTREGA DE UNIFORME ENTREGUE

Recebi, nesta data, em nome de CA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI - CONTRATADA DE GESTÃO 12/12017 - MUNICÍPIO DE GUAPIARA, minha empregadora, os quais desde já comprometo-me sempre usar na execução de minhas tarefas, zelando pela sua perfeita guarda e conservação, sob a responsabilidade de acordo com as orientações e tratamento recebidos da Empresa, assumindo também o compromisso de devolvê-los quando solicitados e restituí-los em perfeito estado de conservação. Estou ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas

Declaro que:

Nome do Colaborador: **ESP SANTO ANTONIO**

Sede: ESP

Assinatura e Ciência do Colaborador

Data Instrução: 25/06/18

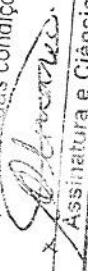
Data / Entrega	Qtd	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
25/06/2018	6		Sabão e Toalha		MARCELO MACHADO		
25/06/2018	2		Camisetas Polo 30m 66		EDUARDO LACOSTA		
25/06/2018	2		Meias 66 tipo camiseta		LEONARDO RODRIGUES		
25/06/2018	1		Toalha 30m 66		EDUARDO LACOSTA		
25/06/2018	1		Toalha 30m 66		EDUARDO LACOSTA		
25/06/2018	2		Camisetas 66		EDUARDO LACOSTA		

(Handwritten mark)

(Handwritten mark)

EMPRESA DE SERVIÇOS INDUSTRIAIS

Recibo, nesta data da PORVIDENTE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI - CONTRATO DE GESTÃO 12772017 - MUNICIPIO DE GUAPIARA, minha empregadora, os UNIFORMES os quais estão já comprometidos sempre usar na execução de minhas tarefas, estando pela sua perfeita guarda e conservação, uso e funcionalidade, de acordo com as orientações e treinamento recebidos da EMPRESA, assumindo também o compromisso de devolvê-los quando solicitados ou por rescisão do meu Contrato de Trabalho. Estou ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas


 Assinatura e Ciência do Colaborador

Nome do Colaborador: **ESF EMPREGADOS / Paes**

Sobor: ESS

Função: **Motorista Recepcionista Enfermeira Medico Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Consultório Odontológico**

Data / Entrega	Qt.	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
21.05.18	2		Calça 55		<i>Alana do S. C. do S. C.</i>		
22.06.18	2		Camiseta 55		<i>Alana do S. C. do S. C.</i>		
23.08.18	3		Calças 55		<i>Alana do S. C. do S. C.</i>		
29.08.18	3		Calças 55		<i>Alana do S. C. do S. C.</i>		

Data Instrução:

(Handwritten mark)

(Handwritten mark)

LIVRO DA UNIDADE FARMACIA

Recibo recebido da EMPRESA DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAPIARA - CONTINIO DE GESTÃO 12712017 - MUNICIPIO DE GUAPIARA, minha empresa para o fornecimento os quais desde já comprometo-me sempre usar, na execução de minhas tarefas, zelando pela sua perfeita guarda e conservação, para o cumprimento do acordo com as orientações e tratamento recebidos da PHARMACSA, assumindo também o compromisso de devolvê-los quando solicitado, sob pena de rescisão de meu Contrato de Trabalho. Estou ciente e estou de acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas

Declaro que:

[Signature]
Assinatura e Ciência do Colaborador

Nome do Colaborador: ESF NON UQUADA Função: Motorista Recepcionista Enfermeira Médico Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Consultório Odontológico
 Setor: ESF Data Instrução:

Data / Entrega	Qt	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
29.06.18	02		Carca PP				
29.06.18	02		Carma P				
29.06.18	02		Carma P				
29.06.18	01		Carma P				
29.06.18	01		Carma P				
29.06.18	01		Carma P				
29.06.18	02		Carma P				

[Signature]

[Signature]

COMPANHIA PARANENSIS DE ENFERMAGEM

Passado, nesta data da IRREGULARIDADE DA CARTA CADA DE APLICABILIDADE DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM - CONTRATO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM - MUNICÍPIO DE GUAPIARA, entre a empregadora, as EMPRESAS OS quais, devido a comprometimento sempre usar na execução de missão social, bem como a sua perfeita guarda e conservação, uso e funcionamento, de acordo com as orientações e treinamentos recebidos da EMPRESA, assumindo, assim, o compromisso de devolvê-los quando solicitados ou por ocasião da rescisão de meu contrato de Trabalho. Estou ciente e de pleno acordo que o não cumprimento das condições estabelecidas quanto solicitados ou por ocasião da rescisão de meu contrato de Trabalho.

Assinatura do Colaborador: *[Assinatura]*

Nome do Colaborador: **ESF BATES Empenados**

Município e Região do Colaborador: *[Assinatura]*

Data Instrução: *[Assinatura]*

Função: Motorista Recepcionista Enfermeira Médico Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Consultório Odontológico

Data / Entrega	Qt	Un.	Discriminação	CA	Ass. do Empregado	Data Devolução	Ass. do Empregado
29.06.18	01		Camisa M		<i>[Assinatura]</i>		
29.06.18	02		Meias G		<i>[Assinatura]</i>		
29.06.18	02		Calça G		<i>[Assinatura]</i>		
29.06.18	02		Camiseta G		<i>[Assinatura]</i>		
29.06.18	02		Camiseta G		<i>[Assinatura]</i>		
29.06.18	01		Jaleco G		<i>[Assinatura]</i>		
29.06.18	01		Jaleco G		<i>[Assinatura]</i>		
05.07.18	02		Camiseta M		<i>[Assinatura]</i>		

[Assinaturas e rubricas]