



RELATORIO QUALIQUANTITATIVO UPA CENTRAL

PERIODO 01/11/2022 a 30/11/2022



UPA CENTRAL.SP

NOVEMBRO/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

INTRODUÇÃO

A URGÊNCIA/EMERGÊNCIA da Unidade de Pronto Atendimento – UPA CENTRAL 24h abrange os atendimentos aos pacientes de todas as faixas etárias, tendo como objetivo atender as consultas médicas em caráter de urgência/emergência todos os dias da semana, inclusive sábado, domingo e feriado, com a proposição de atendimento em 24 horas ininterrupta, a fim de promover o atendimento do maior fluxo de pacientes. Também, realizar os curativos diários e acompanhamentos dos profissionais de enfermagem, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem aos pacientes que necessitam de cuidados diários, inclusive finais de semana e feriados, ministrando medicações de urgência/emergência conforme prescrição médica e organizando e reabastecendo o dispensário de medicamentos para distribuição.

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS é almejada a adoção de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade dos serviços ofertados.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

ABRANGÊNCIA



Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP
Aberto 24 horas

APRESENTAÇÃO

O presente documento constitui-se num Relatório Quantitativo do período de 01/11 a 30/11/2022, tendo como objeto o apoio ao gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de TAUBATÉ. SP.

O escopo deste está amparado pela celebração do Contrato de Gestão entre o município de TAUBATÉ e o Instituto Esperança – IESP, e para tal, visa demonstrar a organização e gerenciamento das ações de urgência e emergência aos usuários do SUS, que demandam à Unidade espontaneamente, sem exclusões, seno assegurado o acolhimento para todo e qualquer cidadão e promovendo ambiência acolhedora à comunidade externa e interna dos serviços, de forma a atender



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, conforme princípios do Sistema Único de Saúde.

Sobretudo, visando contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes SUS, dentro da lógica de construção da rede de assistência, interagindo e articulando-se através de pactuações e da regulação com a atenção básica, com atenção especializada e com a rede hospitalar.

OBJETO

Têm por objeto a execução de ações e serviços de saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de TAUBATÉ/SP, objetivando a assistência integral aos usuários, nas situações de urgência e emergência em geral (adultos e infantil), envolvendo acolhimento, classificação de risco através do Protocolo de Manchester, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento de maior complexidade ou de acompanhamento nos outros níveis de atenção. A Unidade de Pronto Atendimento de Porte III – UPA CENTRAL realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em todos os ciclos da vida, 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados, por demanda espontânea e referenciada. A UPA deverá manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TERMO DE REFERÊNCIA – CITAÇÃO

O presente Termo de Referência é parte integrante do Edital de Chamamento Público, que visa a seleção de Organização Social de Saúde, para celebração de Contrato de Gestão com a Secretaria de Saúde de TAUBATÉ e tem como objeto o apoio aos serviços que compõem a rede de saúde do município para a execução de suas atividades de cuidado à saúde da população.

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 59.943/21 - Contrato de Gestão para a operacionalização e execução dos serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento -UPA CENTRAL, TAUBATÉ. SP

EXECUÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

O IESP – Instituto Esperança nos termos do compromisso assumido no Contrato de Gestão, tendo como objeto a operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Tipo III UPA CENTRAL do município de TAUBATÉ. SP. manifesta o cumprimento das obrigações contratuais contidas nas “cláusulas do Termo de Referência e destacadas nesta minuta, assim como, cumprimento das Portarias Ministeriais, Resoluções ANVISA, Normas ABNT NBR e Normas Regulamentadoras, e outras legislações aplicáveis no que concerne à operacionalização das ações complementares de saúde, e deverá contemplar os dispositivos da Portaria MS/GM 342 de março de 2013, alterada pela PRT nº 104/GM/MS de 15/01/2014, da Resolução CFM nº 2.079 de 14 de agosto de 2014 e demais normativas vigentes à época da contratação e pertinentes à matéria.



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

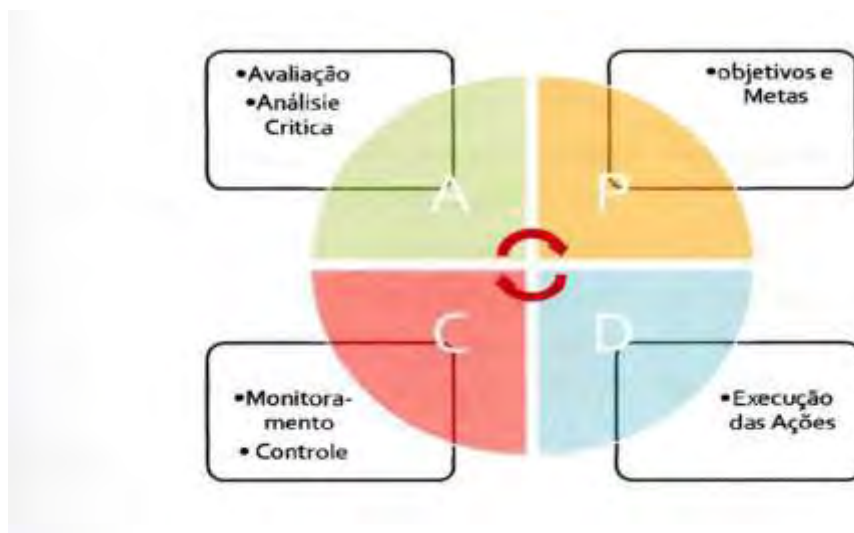
Neste contexto, o IESP se propõe em sua prática cotidiana, buscar assegurar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana aos usuários, promovendo o acolhimento e a humanização do atendimento, bem como, o bem-estar físico, mental e emocional dos seus colaboradores, através da promoção de um meio ambiente laboral saudável e a minimização de acidentes e doenças ocupacionais com a prática preventiva nos espaços de trabalho.

OBJETIVO

O Relatório em pauta, tem por objetivo apresentar os desenvolvimentos das ações e/serviços prestados no período de 01/11/2022 a 30/11/2022.

E tem como metodologia a avaliação dos indicadores de desempenho, através da mensuração das metas e do atingimento pactuado.

A metodologia de avaliação está baseada na lógica do planejamento, execução, verificação e avaliação dos possíveis desvios e ações corretivas para a melhoria continuada dos serviços.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

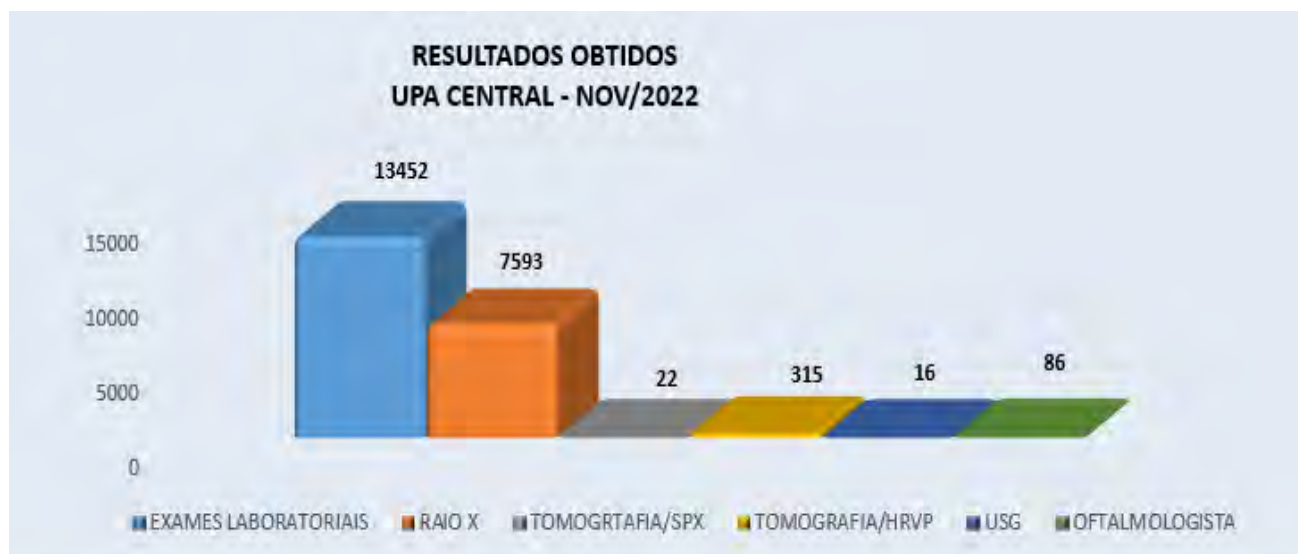
Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

RESULTADOS OBTIDOS

UPA CENTRAL	QUANTITATIVO DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTOS	10005
EXAMES LABORATORIAIS	13452
RAIO X	7593
TOMOGRTAFIA/SPX	22
TOMOGRRAFIA/HRVP	315
USG	16
OFTALMOLOGISTA	86





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TAXA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

UPA CENTRAL- TAUBATÉ-SP				
Quantidade de Pesquisa: 122				
AVALIAÇÃO GERAL DOS USUÁRIOS - 01/11/2022 A 30/11/2022				
	ÓTIMO	BOM	RUIM	EM BRANCO
RECEPÇÃO	76	14	3	29
TRIAGEM	77	11	3	31
MÉDICO	79	9	4	30
ENFERMAGEM	85	5	6	26
LIMPEZA	78	8	1	35
TOTAL	395	47	17	151

ÓTIMO	BOM	RUIM	EM BRANCO
64,75%	7,70%	2,79%	24,75%

AVALIAÇÃO: O SETOR DE ENFERMAGEM, EM MODO GERAL, E DOS MÉDICO, ASSIM COMO O LIMPEZA OBTIVERAM MAIORES INDICES DE SATISFAÇÃO DO USUARIO.

- Taxa de satisfação dos usuários:

Quantitativo de usuários satisfeitos
Total de usuários x 100

$$\frac{101}{122} \times 100 = 83\%$$

- Taxa de demandas respondidas

Número de demandas respondidas
Total de demandas no período x 100

$$\frac{21}{21} \times 100 = 100\%$$





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro),
Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar,
sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TEMPO MEDIO DE ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL(%)
AZUL	3	0,03%
VERDE	8288	82,84%
AMARELO	1621	16,20%
VERMELHO	93	0,93%
TOTAL DE ATENDIMENTOS	10005	100,00%

Obs.1 Os pacientes classificados em vermelho têm como porta entrada a sala de emergência da unidade, sendo assim, esses pacientes não passam pelo processo de classificação de risco convencional, sendo acrescido ao tempo de admissão o tempo de estabilização do quadro clínico.

Obs.2 O tempo medio do atendimento pela classificação de risco, não foi possível mensurar, em virtude de não estar implementado o Sistema de Informação(software).





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TEMPO MEDIO DOS EXAMES LABORATORIAIS

Coleta: aprox. 10 a 30 min.

Resultado: prazo de 1h30min a 2h

TEMPO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS

Paciente aguarda para realização do exame 0 a 5 min

TAXA DE TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS PARA OUTROS SERVIÇOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TAXA DE TRANSFERÊNCIA VIA CROSS ESPECIALIDADES
TOTAL 253
UPA CENTRAL - NOV/2022



ENCAMINHAMENTO SOCIAL



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

RELATÓRIOS, ACOMPANHAMENTOS/ENCAMINHAMENTOS, ATENDIMENTOS DEMANDAS DIVERSAS, CONTATO TELEFÔNICO, RONDA AO LEITO, LEVANTAMENTO DE DADOS, BUSCA ATIVA, ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL, ENTRE OUTROS RELACIONADOS ABAIXO	TOTAL
ATENDIMENTO DE DEMANDA MEDICO/ENF/SUP/COOR	28
ACOMPANHAMENTO EXTERNO	3
ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	34
BUSCA ATIVA	16
CONTATO TELEFONICO	103
CONTROLE ALTAS MÉDICAS	116
CONTROLE OUVIDORIA	122
CONTROLE EVASÕES	15
DEMANDA ESPONTANEA	22
ENTREVISTA SOCIAL	3
EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS	140
RELATORIOS	6
RONDA AO LEITO	15
TABELA CROSS/ACOMPANHAMENTO	27
TOTAL	650

TAXA DE MORTALIDADE



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



TOTAL DE ATENDIMENTO ADULTO	10005
TAXA DE MORTALIDADE ADULTO	0,32%

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TAXA DE RECLAMAÇÕES

SUGESTÕES	2
ELOGIOS	99
CRÍTICAS	21
TOTAL	122



TAXA DE OCUPAÇÃO



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



TAXA DE PERMANÊNCIA E LEITOS

Justificativa:

Buscamos o tempo mínimo de permanência, pois encaminhamos para referência indicada, tratamento terapêutico do paciente, atendendo um prazo de 24 horas para dar resolução da terapêutica do paciente.

MOMENTO DA ENTRADA ATÉ A SAÍDA

Tempo mínimo 30 min / tempo máximo 48h em casos clínicos e urológicos

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR

- SEM INFORMAÇÃO

CNES ATIVO



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. John Fitzgerald Kennedy, 468, Jardim das Nações, CEP: 12030-200 Taubaté - SP | Fone: 12 3673-6800

Responsável Legal: Juliana Maria D. Supriano
 Razão Social: Prefeitura Municipal de Taubaté
 CNPJ/CPF: 45.176.051/0001-09
 Endereço: R. Dr. Benedito Cursino dos Santos, 101
 CEP: 12030-100 Fone do estabelecimento: (12) 3621-1035 Fone para contato (cadastrador): (12) 3621-3880
 E-mail do estabelecimento:
 E-mail para contato (cadastrador):

Observação: o cadastrador poderá ser empresa ou profissional contratado pelo estabelecimento com a finalidade de inscrição, manutenção e/ou atualização do cadastro de estabelecimentos e/ou profissionais.

O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, acima identificado, vem em atenção a Portaria 1.548, de 02 de outubro de 2015, apresentar o conjunto de Fichas Cadastrais de Estabelecimento de Saúde, acompanhada da documentação necessária para inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNEES.

Os Gestores Responsáveis pelo cadastramento ficam, desde já, autorizados a efetuar "in loco" a verificação do estabelecimento/profissional de Saúde, para validar as informações prestadas, assim como confirmar a veracidade e legalidade dos mesmos, inclusive mediante a solicitação de informações a quaisquer atores, entidades mencionadas.

O Estabelecimento acima declara ainda que:

- (1) permanece à disposição dos Gestores Responsáveis para esclarecimentos de quaisquer dúvidas ou contradições nos documentos a caso venha a ser cadastrado no CNEES, se sujeita a confirmação de quaisquer informações prestadas;
- (2) informará a ocorrência ou existência de qualquer fato que possa ou venha a afetar, comprometer ou prejudicar seu respectivo cadastro no CNEES;
- (3) todas as informações, declarações e documentos fornecidos hasta agora, são verdadeiros, precisos, completos e corretos, tendo sido obtidos por meios lícitos e lícitamente para os fins a que se destinam;
- (4) tem pleno conhecimento de que constatada a inconsistência e/ou inconformidade de informações, declarações e documentos fornecidos, os Gestores Responsáveis pelo cadastramento comunicarão o Estabelecimento/profissional para proceder a correção. Decorridos 30 dias da constatação de inconsistência e/ou inconformidade de informações o Ministério da Saúde cancela automaticamente o cadastro do estabelecimento/profissional de Saúde no CNEES tendo que iniciar novo processo de cadastramento.

Assinatura do Responsável Legal do Estabelecimento: Juliana M. D. Supriano
 Recebido em: 27/07/2022 em 157-15-8 - Nerys
 Por: [Assinatura]
 (Assinatura e impressão do servidor público) [Assinatura]
 [Assinatura]





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro),
Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar,
sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

CNES | Cadastro Nacional de
Estabelecimento de Saúde

Listagem de Profissionais

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Data: 04/12/2022

CNES: 4050665 Nome Fantasia: PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE TAUBATE CNPJ Próprio: --
Tipo de Estabelecimento: PRONTO SOCORRO GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CNPJ Mantenedora: 45.176.005/0001-08 Nome da Mantenedora: PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATE
Cadastrado em: 03/01/2004 Data da última atual. base local: 06/10/2022 Data da última atual. base nacional: 08/11/2022

Nome	CNS	CBQ	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Duro	CHS Amo.	CHS Hosp.	CHS Total
ADALIANA HELENA SILVA DE SOLIZA	707505263910100	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ADALTO LUCIANO DE MIRANDA	702400075281000	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
ADRIANA CRISTINA OLIVEIRA DE ALMEIDA	704001386931164	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ADRIANA DA CUNHA ROLA	706507386404481	223208 - CIRURCIAD DENTISTA- CLINICO-GERAL	SIM	INTERMEDIADO	ALTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	24	0	24
ADRIELLY GIOVANNA MARCONDES	705803486830537	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		6	0	0	6
ADRIENE CRISTINE LEITE DE MELLO	702407040269026	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
AGATHA VITORIA BATISTA LIMA	703402291271011	512505 - AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
AGNALDO PAULO DE BRITO JUNIOR	700607028013865	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	ALTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
AIRTON LOPES DOS SANTOS DOURADO	708707109485197	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ALAN FELIPE DOS SANTOS NEVES	700504984432363	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ALESSANDRA APARECIDA BATISTA DE MOURA	703100855512980	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais 11



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CEO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Postos 134	CHS Outros	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALESSANDRA DA SILVA	700000977823219	391115 - CONTROLADOR DE ENTRADA E SAIDA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ALESSANDRA DA SILVA REINO	701400650797035	322005 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ALESSANDRA HELENA DE OLIVEIRA MORAIS	706201954361988	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ALEXANDRE DIAS DE OLIVEIRA	703004876225873	304115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	24	0	24
ALEXANDRE MORENO MADRI	700407941699844	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
ALINE CRISTINA GOULARTE RIBEIRO	706804778527425	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	0	12
ALINE DE OLIVEIRA	706804099811187	422105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ALINE DE SOUZA PINTO FELIX	700406436920243	201105 - BIOLOGO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
ALINE GABRIELE PEREIRA SANTANA	706802706395421	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ALINE MOREIRA DO COUTO	70060667514247	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
AMANDA APARECIDA AMERICO	702602762859447	322005 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
AMANDA ATALIBA BRAZ	702608750550840	322005 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA ANDREA BARROSA DE SOUSA	700303943461130	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA CAROLINA DE ANDRADE SOARES	702502269220440	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA CAROLINA DE SOUZA	709801665544978	322005 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA CLARA LIZ DA SILVA CLINHA	705202402917476	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12

Total de profissionais: 27



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subsídio	Portaria 134	DHS Outra	DHS Auto.	DHS Hosp.	DHS Total
ANA CLAUDIA CONCALVES CONTREIRA	708906707177218	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ANA CRISTINA DE MELLO	709207247043039	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ANA ELIZA DOS SANTOS	702806019158576	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA EMILIA ALVES	710002006082001	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
ANA ISABEL FERREIRA VILARINHO	700800989118800	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ANA LIDIA BUSTAMANTE DE OLIVEIRA	700005537500408	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA LUCIA MOREIRA	704807683268905	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA LUISA DE SOUZA LOPES	708007336613643	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ANA LUISA PACHECO MILLEN DE MATTOS	708207602203540	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
ANA PAULA CARVALHO DOS SANTOS	700100695327812	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	30	0	30
ANA PAULA DE JESUS FELIX MOURA	704507347678210	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA PAULA DE MIRANDA SANTOS	708509308091776	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ANA PAULA JUSTEN	707509258714596	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANA PAULA VIEIRA	700006907600409	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	36	0	36
ANASTACIA APARECIDA MONTEIRO ARALDO	702007883255687	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANDERSON CARLOS DE LIMA	700500358898200	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais 43



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA - CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Fortana 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ANDRE NICOLAS BIANCHIM	702803158280367	225205 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ANDREA BENITES	706506366966890	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
ANDREA CATERINA DA CUNHA	704105453328790	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANDREA FABIANE LOPES	706006881187046	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANDREA VALERIO DOS SANTOS DA CONCEICAO	700003912845483	422105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
ANDRESA EMILIANO NOBREGA	701005873911380	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANGELICA FLOREANO DA CONCEICAO	704200753922083	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANGELITÁ DA SILVA FERREIRA SANTOS	700709014592975	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ANNE KATERYN JUSTEN SILVA	708603012856487	221105 - BIOLOGO	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
ANTERO GARCIA DE SA BARRETO	707103817005820	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
ANTONIO HENRIQUE SANTOS GONCALVES	702308578551220	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ARIADNE MARIA GODOY RODRIGUES DOS SANTOS	707800211109490	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	48	0	48
ARTUR PRADASSI GUERRA	700005290008106	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ARYANE APARECIDA DO PRADO	700003965482104	514205 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
BARBARA DOS SANTOS PIRES	706804785113275	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
BEATRIZ CELESTINO DA SILVA	700102980209515	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais: 22

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ****UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

**INSTITUTO ESPERANÇA**

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CND	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Fontes (34)	CHS Ouro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
BEATRIZ LOBATO DE ANDRADE SILVA	704201701458085	515215 - AUXILIAR DE LABORATORIO DE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
BIANCA DE OLIVEIRA AYMORÉ	702001338696881	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
BIANCA MENDES DE MAGALHÃES	709606825215370	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
BRUNA ANDRADE ALEXO	700802448886186	325270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
BRUNA DE FARIAS DIAS	704008812386765	302205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
BRUNA PIMENTEL FERROTTA	700009851576408	223208 - CIRURGIAD DENTISTA CLINICO-GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	24	0	24
BRUNA ROCHA OLIVEIRA	700404968153847	410105 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
BRUNA VASCONCELOS DA SILVA	70000960150600	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
BRUNO RODRIGUES DIAS	704009864743641	782220 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CAMILA CORREA DE OLIVEIRA	701401625068130	302205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CAMILA FERNANDA RIBEIRO DOS SANTOS	702503755747940	513430 - COPEIRO DE HOSPITAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CAMILA FIQUEIREDO DE MOURA	706503373606295	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
CAMILA GOMES COSTA MENDES	708006312228823	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
CAMILA LEMES DA SILVA	808000715205644	223208 - CIRURGIAD DENTISTA CLINICO-GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	36	0	36
CAMILY CRISTINA MACIEL AMARAL	700409402601547	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		16	0	0	16
CARLOS EDUARDO SOUZA RIBEIRO	701202000370218	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais: 75



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subido	Fortana 134	DHS Outro	DHS Amb.	DHS Hosp.	DHS Total
CARLOS ROBERTO DO CARMO	705003460443753	514226 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CAROLINE KRALLUD GONCALVES	700404062248848	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
CATIA BARROSA DOS REIS	700008120723001	225005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CELIA MARIA MORGADO DE JESUS	708800570149085	513430 - COPEIRO DE HOSPITAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CELSO MORSIRA FILHO	700001426497028	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
CHEYENNE MARCAL DE SOUZA	700009113617006	221105 - BIOLOGO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
CLAUDIA DENIZE DE OLIVEIRA	700401423548743	225005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CLAUDIA VALERIA DOS SANTOS BORGES DA FONSECA	704806085330440	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CLAUDIO LUIS RODRIGUES DA SILVA	706707587974018	782320 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
CLAUDIO RICARDO MANFREDINI	705003661283958	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
CLAUDIO ROBERTO DA CRUZ RODRIGUES JUNIOR	700206228383932	225005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CLEIDIANE APARECIDA DE SOUZA SILVA	700108900021420	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
CRISTIANE BEATRIZ DA SILVA	700502300525300	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
DAMARIS MILENE DE CASTRO COSTA E SILVA	703105317887080	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
DANILDO GOMES CALTARINHO	708407811781188	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	24	0	24
DAVI DE PAULA BRITO	704006880168468	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12

Total de profissionais: 31



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
DAVID ANTONIO DOS SANTOS FILHO	70210475088096	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
DEBORA DE OLIVEIRA SATRO	709600960004071	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
DELMO JOAO CARLOS MONTESI NETO	705403487807008	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
DENIS FRANCISCO DA SILVA CHAVES	705605415810316	782320 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
DENISE MATTIS COMES DA SILVA	704906032042196	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
DIEGO DE ANDRADE RIBEIRO	708102690242240	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	24	0	24
DINESE APARECIDA PEDRO	709002714419811	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
DJALMA HENRIQUE DOS SANTOS	703201352144720	422205 - TELEFONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
DONZETI ALVES	700208960637720	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EDILEIZA CARDOSO DE AQUINO	705004076773158	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EDILSON DA SILVA MACIEL	703002061785607	514310 - AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		40	0	0	40
EDMAR MÁLVAO DE SOUSA	709802022500096	223805 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
EDNA MALVINA DA SILVA	703004817370670	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
EDSON LUIZ SANTOS	705006316530445	514310 - AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
EDUARDO ROSARIO TACLA	706209075983088	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
ELIANE ALVES DOS SANTOS	708401274825582	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais: 137



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNO	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Foransa 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ELIANE MORA RIBEIRO	709002815447478	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
ELIANE TEPEZINHA HEINS	709007820388212	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
ELISANGELA DE ABREU	700009131817909	322005 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
ELISANGELA DE OLIVEIRA SILVA	705007217693759	322005 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
ELISE PITTA TAVARES DA COSTA	700907934581581	205125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	30	0	30
ELKE PATHIK RIBEIRO	7012050998932514	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
ELDA SILVA MOTA	703205650543191	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
ERICA BERTTI ROQUE	702005378655987	223405 - FARMACÊUTICO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
ERICA DOS SANTOS VERGUEIRO	700009165022309	223005 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
ERIDSON RODRIGUES DA SILVA	700482972890444	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
FABIANA ALMEIDA HIGA	706706568029015	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	20	0	20
FABIANA INES DA SILVA	700005325125200	322005 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
FABIANA MARIA MAGALHÃES SOARES	705801483682034	322005 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
FABIANA PINHEIRO DE PAULA	703106674132290	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	30	0	30
FABIO MIRAGLIA SOUZA	702406570150720	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	36	0	36
FABIO RODRIGO DA SILVA	708507321740078	782320 - CONDUTOR DE AMBULÂNCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36

Total de profissionais: 123



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUB	Vinculação	Typo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
FABRICIA DA SILVA VALENTIM	705407809247081	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
FELIPE CALDIURO SALGADO	706908111977536	225225 - MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
FELIPE DEPERI CASTELANI	707002690267636	225270 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
FELIPE FAVALLESA BUENO DA SILVA	700002954860215	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	20	0	20
FERNANDA ALESSANDRA SILVA TORQUATO DO CARMO	702200135863210	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
FERNANDO MOREIRA	700009416496425	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
FELIPE RAHSANI ALBORGHETTI	700302902437538	225225 - MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
FLAVIA HELENA BRITO RIBEIRO	700005350362054	225270 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
FLAVIULA MEDINA POVEDA MAXIME	709607041774293	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	20	0	20
FRANCISCO VICENTE CRUZ	703001611710777	517410 - PORTEIRO DE EDIFÍCIOS	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
GABRIEL AMARAL SOUZA	700904997741460	221105 - BIÓLOGO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	40	0	40
GABRIEL LIMA DE AZEVEDO	700705932940172	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	20	0	20
GABRIEL PRUDENTE DE TOLEDO	888005168540024	391115 - CONTROLADOR DE ENTRADA E SAÍDA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
GABRIELA AMABILÍ OLIVEIRA RAMIRES DE VASCONCELOS	707808617893618	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GABRIELA ANTONIA MOREIRA XAVIER	702500025851870	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GABRIELA DE ARAÚJO FERNANDES	700502443880060	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12

Total de profissionais: 139



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	DEO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
GABRIELA MAGALHÃES RHEMANN DIAS	700607470107362	223405 - FARMACEUTICO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GABRIELA REGINA CORREA PEREIRA	700264937901522	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GASPAR DA SILVA PEREIRA	700703957708279	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GEORGIA CRISTINA DA SILVA	707500268231890	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
GEÍZA MORGANA RODRIGUES DA SILVA	700501748104659	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GIOVANNA HAMZAGI ZARATIN	700501673468557	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
GIOVANNA PELOGGIA	700409443705440	221105 - BIÓLOGO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		6	40	0	46
GIOVANNI SALVATORE NARDONE	705806450389432	325270 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
GISELE SOUZA DO CARMO	704005801712367	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GISELE APARECIDA DA SILVA	704106187612376	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GISELE MARIA DE OLIVEIRA	702105749950486	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GISLENE FATIMA DA SILVA SANTOS	705109375210146	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GILIA RACANELLI DE FERREIRA SANTOS	705003043549058	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
GLAUCIA VIEIRA GRIPP	706909136938233	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
GLEISON GOMES	700700015894678	324115 - TÉCNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	34	0	34
GRAZIELLE RIBEIRO SAMPAIO	70430770102258	422305 - TELEFONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		80	0	0	80

Total de profissionais 155



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Sustipo	Portaria 134	CHS Omb.	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
GUADALUPE ALEXANDRA OLIVEIRA DOS SANTOS	705008829377754	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
GUILHERME GRAIA DORRÊA DE OLIVEIRA	705002497622758	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	10	0	10
GUSTAVO CARDOSO DOS SANTOS	707808211292867	411005 - AUXÍLIAR DE ESCRITÓRIO	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		40	0	0	40
GUSTAVO RAMALHO DE OLIVEIRA	708409824932182	225270 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	10	0	10
HERES REIS TEIXEIRA DE AZEVEDO	704204702268282	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		6	24	0	30
HICOR APARECIDO DE OLIVEIRA MORAIS	704206064034290	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
HOLDEN ROBERT DE OLIVEIRA DOS SANTOS	700006136655000	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
IRIS SILVA OLIVEIRA	701007822236802	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
ISABEL CRISTINA RIBEIRO FREIRE	709000150200605	251805 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		30	0	0	30
ISABELA HELENA MORAES MONTEIRO	707007846888032	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	10	0	10
ISABELA MAYLME (MARISS) TAKAHASHI	709000456925162	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	10	0	10
ISABELLA BIQUEIRA VILELA DE OLIVEIRA	706902104284135	225205 - MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	10	0	10
ISABELLE STEFANE FERNANDES DOS SANTOS	705805483422315	402105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		44	0	0	44
ISADORA SEITHER COLARTE	705003646006655	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		6	20	0	26
ISLAINE BARBOZA MAGALHÃES	703601026221335	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	10	0	10
IVANDERLEI DOS SANTOS	708905704286212	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	DELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais: 171



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria (34)	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
IVANEIDE DA SILVA MORAIS	700208869140329	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
IVONE DE OLIVEIRA SOARES LORO	708800214256625	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
IVONETE APARECIDA DE SIQUEIRA	709005768721217	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
IWGLACER GONCALVES DE JESUS	701005839501595	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JANIMARIA FARIAS FAGUNDES	700503721893158	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JAMINE DE SA CARNEIRO	708601541980381	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
JAQUELINE CRISTINA DA SILVA	708407645490581	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JARLENE CARNEIRO DE LIMA SILVA	702500950339438	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JAUREZ CARLOS DE OLIVEIRA	704804028382942	391115 - CONTROLADOR DE ENTRADA E SAIDA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JEAN PAULO DE SOUZA DAS CHAGAS	704608117098123	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JENNYFER KARINE LEANDRO TEIXEIRA DA SILVA	708405223542967	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JESSICA CRISTINA DIAS DE OLIVEIRA	705401418138594	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JESSICA GALDINO	702007873653781	304205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
JESSICA GONCALVES VIEIRA PINTO	708202694135446	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JOAO CARLOS MOREIRA	700006911047608	782300 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JOAO LUCAS GONCALVES ARRUDA	704508313989119	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12

Total de profissionais 187



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	QBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHD Quilo	CHS Amb.	CHD Hosp.	CHD Total
JOÃO PAULO BARBETTA PIRES	701907212848070	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
JOSE BENEDITO AMERICO	702401513155528	381115 - CONTROLADOR DE ENTRADA E SAIDA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JOSEMARIA APARECIDA BARBOSA	701700238625970	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JOSIANE MARCONDES DA SILVA	706204030437469	422105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
JOSILENE FATIMA DE SOUZA DOS REIS	706205529415360	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
JOSIMARA SALVADOR	701204074014417	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JOSIRENE QUIRINO DE ASSIS LANZILOTTI	703603005383230	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JOSYELI LUIZE SANTOS	703600054456836	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JOYCE CAROLINE SANTOS	706409766220367	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JULIANA DE MOURA PEREIRA SILVA	706706727163720	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JULIANA DOS ANJOS PAIXAO OLIVEIRA	707803617770015	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JULIANA MARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO	7048030508596546	131210 - GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		40	0	0	40
JULIANA NOGUEIRA RAMOS	700108929164718	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
JULIANA SANTOS DE LIMA	704803065334640	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
JULIANA SOARES MOREIRA	704709776241132	513430 - COPEIRO DE HOSPITAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
JULIANE PATRICIO GODOY	705005295264863	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12

Total de profissionais: 203

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ****UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

**INSTITUTO ESPERANÇA**

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CMG	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Forma (134)	CHG Outr	CHG Amb.	CHG Hosp.	CHG Total
KAREN CAROLINA ESCLAPES	706007310885447	142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		40	0	0	40
KAROLINA FERNANDA DA CAMARA SANTOS	700508369110407	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
LAIS FAGUNDES MATOS PEREIRA DE OLIVEIRA	708006890354025	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
LAIS LIMA SA	702003860245083	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
LARA FURTADO LAJÇA	705004695827854	225276 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
LARA LIS BILARD MEIRELES GALVÃO	706500333956239	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
LARISSA AMANDA FONTES MALDONADO	708804756761922	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
LARISSA VARGAS DE LIMA DIAMICO	702003317852284	223208 - CIRURGIÃO DENTISTA CLÍNICO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	24	0	24
LAURA LETICIA GALLEA DE OLIVEIRA	700508770713662	229525 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
LEONARDO FERREIRA DA SILVA	708205188361440	225405 - FARMACÊUTICO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		0	36	0	36
LEONARDO JUNIOR RIMENTEL	705007046210255	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
LEONILDO SOARES DA SILVA	705600478718517	782320 - CONDUTOR DE AMBULÂNCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
LETICIA LEMES BENTO	708806163990590	513525 - AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
LETICIA TOMAZO DA SILVA COSTA	70260216325747	225276 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
LIQIANE DAS CHAGAS CLEMENCIO	702901714434848	422105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		36	0	0	36
LILIAN BORGHETTI ANTUNES	708006369098025	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12

Total de profissionais: 219



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Penhora 134	CHS Outo	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
LIVIA DE MELLO BUENO BASSI CALZADIA	709405834450196	225125 - MEDICO CLINICO	SI-M	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
LORLIAMA DOS SANTOS PRYTO	709209245504332	225125 - MEDICO CLINICO	SI-M	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
LIANA CORREA DA COSTA	703400270865018	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUCAS CORDEIRO RANDEL	700200431947628	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SI-M	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
LUCAS ZAMBELLINI MOREIRA	704604680364620	225125 - MEDICO CLINICO	SI-M	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
LUCIANA DE OLIVEIRA ZIDORO	705401450111151	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUCIANA FERNANDES GUEDES	700007002650909	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
LUCIANA PAULA MENDES PAES	705004280820658	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUCIANE MARIA CAMARGO FERREZ	703406090534400	514205 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
LUCIENE GUERREIRO DA SILVA	702804548359670	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUCIENE RAMOS	700007509567008	225505 - ENFERMEIRO	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUCINEIA SOARES VIEIRA DE SOUZA	706803746341928	225505 - ENFERMEIRO	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUIS FELIPE MOREIRA DA SILVA	700405312980256	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		16	0	0	16
LUIS HENRIQUE MONTEIRO	703407595775200	411005 - APLICADOR DE BSCRITÓRIO	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS	706206505093543	223405 - FARMACEUTICO	SI-M	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
LUIZ EDUARDO ANDRAUS CROZARIOL	705001600782067	225125 - MEDICO CLINICO	SI-M	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20

Total de profissionais 235



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA - CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Posto/134	CHS Ombro	CHS Ambul.	CHS Hosp.	CHS Total
LUIZ FELIPE SANTOS FLORUM	70420087834241	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	30	0	30
LUIZ FERNANDO SANTOS	704201109443348	314310 - AUXILIAR DE MANUTENCAO PREDIAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
LUIZ HENRIQUE DE ABREU BARRIGAS	706807704042323	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
LUIZ PAULO BORGATI CRISOSTOMO	705009870590090	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
LUMA APARECIDA RIBEIRO FERREIRA	704008866531567	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
MABU ALVES PEREIRA LOPES	703301298242710	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MAGALI PERCZIN	704109132314376	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
MALA CRISTINE GOMES OBRON	700205488751524	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MANUELA MIRANDA	700509092983154	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARA CRISTINA MIGUEL LEITE DOS SANTOS	70670255009845	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARCELO RICARDO SILVA	706204895794347	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARCELO TOLEDO MAGALHAES	703704674929416	782320 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARCIA ANTUNES ALVES	704707157868381	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARCIA GRANDCHAMP FARIA	707003853328131	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARCIO ADALBERTO DE SOUZA	706709050254390	514320 - FAXINEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
MARCO AURELIO DOS SANTOS	704804665864720	223405 - FARMACEUTICO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais 251



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	DBD	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	DHG Outro	DHG Amo.	DHG Hosp.	DHG Total
MARCOS MIQUEIAS DE ALMEIDA ALVES	700705006107671	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARGARETE DA SILVA ROCHA	700005355066605	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARIA APARECIDA DOS SANTOS DOSWILDO	709204010060295	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIA AUXILIADORA ALVES	702205130054510	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIA CAROLINE PEREIRA	700003733642609	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIA CLAUDIA BARROSA DE ASSIS	706005896217440	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIA DE FATIMA DA SILVA	700005088150706	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIA DE LOURDES CASTRO DE SOUZA OLIVEIRA	700604412099661	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	12	0	12
MARIA DE LOURDES GUEDES ALVES	708005013234198	514205 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARIA EDUARDA BINOTTO SILVA	706507314429897	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIA FERNANDA SINATURA ARVELOS	702601294145342	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MARIA JULIA TEIXEIRA VAZ	700105940601520	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MARIA NAZARE PEREIRA DOS SANTOS	701402638990131	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIANA MOREIRA LIAO	704700754317636	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
MARIANE BATISTA DA SILVEIRA	702601706436440	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARIANE RONDON COSTA LAURIA	708401830054483	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40

Total de profissionais: 267



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	OBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Postaria 134	CHS Ouro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
MARINA MACHADO MOTERANI	702505260478346	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MARINA FELBORINI FERRARI	709907147741434	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
MARINIDE ALVES DA SILVA	700008002579405	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARIO SERGIO MIRANDA	708500072668890	422205 - TELEFONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
MARISA ALVES DOS SANTOS	705007844541050	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARISA HELENA PAULINO OZORIO	704300665641805	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MARLI MOREIRA	709807046753297	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MARTHELSA GOMES DE ANDRADE MATOS	700802078170886	223305 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
MATHEUS AGUIAR DE ARAUJO	704008355431596	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MATHEUS DA SILVA COSTA	700403527377490	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MATHEUS DE MELO MONMA	700807409554082	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	24	0	24
MATHEUS FRADE DA SILVA	708806680645282	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MATHEUS NEVES CASTANHEIRA	701002891452167	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MAURA DOS SANTOS ALVES	700701939692775	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MAURO VINICIUS DOS REIS	708702166258894	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
MEIRE SAVINO DA COSTA BETTONI MOREIRA	705001299414896	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12

Total de profissionais: 363



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA - CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	SBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
MICHEL NUNES DE OLIVEIRA	709401340466800	422105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
MICHELE CRISTINA FONSECA DA COSTA	709606616546273	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		30	0	0	30
MONICA SANTOS MACHADO	701001813694706	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
MURILO TOMOYI MARTINS MOTSUKI	703001874801178	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
NADYNE RAISSA DE TOLEDO ESCRITORO	700208496270822	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
NAIARA NOGUEIRA BARROS DE OLIVEIRA	704605980527327	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
NATALIA DE PAULA BUZZO	700205447861820	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
NATALIA DOS SANTOS DE ALMEIDA	704607118067029	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
NATHALIA APARECIDA CARVALHO CHAGAS FAGUNDES	709501628764870	519505 - AUXILIAR NOS SERVICOS DE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
NATHALIA APARECIDA CLAUDINO	704203122956746	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
NATHALIA CRISTINA MAMEDE	706803215506026	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
NATHALIA DA GRACA OLIVEIRA PROSPERO	706202060289663	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
NATHALIA LOBO MARQUES	709508961216390	221205 - BIOMEDICO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
NAYARA CAROTE MARTINS DIAS	700007369375501	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
NELISE REGINA DOS SANTOS	709600677507073	229605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	30	0	30
NELISA GONCALVES	709001808844611	519505 - AUXILIAR NOS SERVICOS DE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36

Total de profissionais: 288



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	BUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	DHS Outro	DHS Amb.	DHS Hosp.	DHS Total
NICOLAS DE CAMPOS MELO	702403039368120	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
HILTON CEZAR ALVES DE OLIVEIRA	706406196718181	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
NUBIA PEIXOTO DA SILVA	700901939984692	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
NYLVANA ANA FERREIRA	705002845309160	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
FAMELA FERNANDES ALVES DE CASTRO	702103732448794	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
PAOLA ALVES DE OLIVEIRA	700008386585409	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PATRICIA APARECIDA ALVES	703207889124791	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
PATRICIA APARECIDA CLAUDIO DOS SANTOS	706406196718181	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PATRICIA CRISTINA SIMOES	703004801708170	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PATRICIA DO CARMO SIQUEIRA ROCHA	709609884071075	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PATRICIA DOS SANTOS ROCHA	708202165119047	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PATRICIA EUGENIA DA SILVA LEMES ALCANTARA	700004989900858	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PAULO EZIAS CAVALHEIRO	700703012428571	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
PAULO HENRIQUE DIAS VIANA	702908514142472	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PEDRO LUIZ FERREIRA DA SILVA	703306037264120	225270 - MÉDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	12	0	12
PEDRO MIGUEL VALYANO DA SILVA	701006889354899E	32411E - TÉCNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	34	0	34

Total de profissionais: 315



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Forçaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
PRISCILA ALMAZIA TORRES	703200694543192	225225 - MEDICO CIRURQUIAO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
PRISCILA COUTINHO RODRIGUES CORDEIRO	704106254608050	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
PRISCILA GUEDES	700503771479657	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
RAFAEL DE ASSIS VIEIRA VIVEIROS	706604049396196	225225 - MEDICO CIRURQUIAO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
RAFAEL DE SALLES	704104175192170	420105 - RECEPCIONISTA EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
RAFAEL EDUARDO ROSA	704202057464887	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
RAFAEL GONCALVES NOGUEIRA LOPES	704502963038617	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
RAFAEL MARINHO DA SILVA	704301536054004	514225 - TRABALHADOR DE SERVICIOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
RAFAEL VILELA MATTHE	703405255136110	223208 - CIRURQUIAO DENTISTA CLINICO GERAL	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	24	0	24
RAFAELA DAS DORES DE AZEVEDO	70300041469360	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RAFAELA SOARES DOS SANTOS SILVA	703008849813872	410135 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
RAFAELLA PAGLA DA COSTA	700101998033215	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RAIMUNDA FRANCISCA DE OLIVEIRA PINTO	706305783346975	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RAIMUNDA GERALDA RIBEIRO SALES	706203002540168	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RAFAEL LUCCI ALFREO SIMDES	700003274556607	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
RAFAEL MONTEMOR SILVA	702604786501042	221205 - BIONMEDICO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40

Total de profissionais: 331



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Curo	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
RACHAEL RODRIGO LEITE DE MEDEIROS	705003615820462	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
RAQUEL APARECIDA DA CONCEICAO	708705118403298	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RAQUEL HEIDE DE ALCANTARA PRADO	704603656385525	513430 - COPEIRO DE HOSPITAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
RAYLANE SHELLYCA DE ALMEIDA ANATE	709605998638171	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
REGINALDO APARECIDO CADORINI	704807588539143	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
REGINALDO DANIEL DE OLIVEIRA	709605675800472	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RENAH PHILIP BERRA DE MELLO	704503310030112	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
RENATA FRANKLAINE DE OLIVEIRA MENEZES LIMA	70000884510198	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RENATA PERA VANZELLA	70000507430040E	225505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RENATO FERREIRA DE OLIVEIRA	708485784662062	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
RICARDO ALVES DE OLIVEIRA	707401023151373	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ROBERVAL DA LUIZ	70050555090525E	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
RODRIGO ERMINO HRYNIEWICZ	703000902109573	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
RODRIGO FLAVIANO SIMOES VEIGA	700608921024164	225505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
RODRIGO SIQUEIRA SILVA	703404845940300	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
RONI AZEVEDO CARVALHO	705603463172713	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12

Total de profissionais 347

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ****UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

**INSTITUTO ESPERANÇA**

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Antio.	CHS Hosp.	CHS Total
ROSA APARECIDA BORGES	702407669134022	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ROSANGELA DE FATIMA MATIAS DE OLIVEIRA	704790731936433	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
ROSANGELA FORCHIANI	703006810148178	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ROSEANE DA SILVA LIMA	702003987124984	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
ROSELI DE OLIVEIRA	702002962995884	410040 - SUPERVISOR DE LOGÍSTICA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
RÔZELI APARECIDA MOREIRA DE SOUZA	704203218072686	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
SARA CAMILO PROCOPIO DA SILVA	70840327108765	513505 - AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
SILVANA CORREA	705608428745412	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
SILVIO FERNANDO BIRELLO FERNANDES	704804160365520	225125 - MÉDICO CLÍNICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTÔNOMO	PESSOA JURÍDICA		0	24	0	24
SILVIO GOMES DOS SANTOS NASCIMENTO	709006610908411	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
SIMONE APARECIDA MOREIRA COSTA	702402597495024	514225 - TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
SOLANGE BEATRIZ DE LIMA FERREIRA	704100187887773	223505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
STEPHANIE LEAL DA SILVA	703108686445096	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	30	0	30
SUDÁRIA MARA DE CAMPOS	700501756097057	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
SUELEN APARECIDA GOMES FRANCA	703608066600237	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
SUELEN VICENTE DE TOLEDO FIGUEIREDO	708005357602220	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais 363



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CEO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Fortana 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
SULLIVAN GOMES DE ARAUJO	700003989254206	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
SUZANA BROCHMANN	700002113965896	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
SUZANA CLARO BICUDO APOLIARI	704302531009897	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	15	15	30
SUZIANE GABRIEL CALCHINO	701256952015012	225505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TAINA APARECIDA DE PAULA DE OLIVEIRA	705001468601607	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TAINARA CRISTINA LEITE	70480703830546	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TAMIE NEVES MAGALHAES	704800033706948	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	20	0	20
TAMIREZ ALEXANDRA ALMEIDA PEREIRA	703905002930732	225505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TANIA MARA SANTOS VITOR	708107500115635	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TASSIANY CANDIDO DE CAMARGO	709004962421646	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TATIANE BILARD DA SILVA	706308752210171	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
TATIANE MATEUS DA SILVA	704700748548226	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA/ BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
TAYANE CAROLINE CAMPOS MONTEIRO	707400063588874	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
THAÍLA RIBEIRO	700105980405910	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
THAINA RIBEIRO	700203975656223	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
THAYNA MAYSSA ALVES	708202151168245	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
Total de profissionais											378



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	DBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	DHS Outr	DHS Amb.	DHS Hosp.	DHS Total
THIAGO BOTELHO BORGES	700608032091268	324115 - TÉCNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	24	0	24
TULIO CESAR FLAVIO SIMDES FILHO	700509903209156	325270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
LUISES ANDREI GONCALVES	707702998864310	782320 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
VALDEMIR PROENÇA DE SOUZA	705608464201141	782320 - CONDUTOR DE AMBULANCIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
VALERIA SANTANA ESTEVES RODRIGUES	708406764052769	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
VANESSA CARLA DOS SANTOS	704303536624101	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
VANESSA LUCIANE DE SOUZA	702404003263234	323505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
VANESSA FERREIRA	708008872508438	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36
VERA CRISTINA DA CUNHA	708006366701744	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
VICTOR CANDIOTTO LUDERS	702807679647465	325125 - MEDICO CLINICO	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		0	12	0	12
VICTOR GABRIEL INEIRO SOUZA SANTOS	708700172501860	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
VIRGINIA COSTA TIMOTEO	704206762860880	323505 - ENFERMEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		16	36	0	36
VLADEMIR HENRIQUE DE TOLEDO	708002602580048	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
WESLEY DE OLIVEIRA NESSA	700001141066708	517330 - VIGILANTE	SIM	INTERMEDIADO	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		36	0	0	36
WESLEY DANIEL DE CASTRO SIQUEIRA	704201701533680	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		36	0	0	36
WHELMARALDO DOS SANTOS ROSA	700401964212544	322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	36	0	36

Total de profissionais: 395



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté,
SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala
1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Postaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ZILMA DE JESUS AZEVEDO MARTINS	700909992600702	422205 - TELEFONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NÃO SE APLICA		40	0	0	40

Total de profissionais: 396



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro),
Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar,
sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

NEP (NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE)

Treinamento: Evento 22 novembro de 2022.

Projeto-Pronto Socorro Municipal de Taubaté

Contrato:59943/21

Novembro Azul: mês mundial de combate ao câncer de próstata

O câncer de próstata, tipo mais comum entre os homens, é a causa de morte de 28,6% da população masculina que desenvolve neoplasias malignas. No Brasil, um homem morre a cada 38 minutos devido ao câncer de próstata, segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional do Câncer (Inca). O que é a próstata?

É uma glândula do sistema reprodutor masculino, que pesa cerca de 20 gramas, e se assemelha a uma castanha. Ela localiza-se abaixo da bexiga e sua principal função, juntamente com as vesículas seminais, é produzir o esperma.

Sintomas:

Na fase inicial, o câncer de próstata não apresenta sintomas e quando alguns sinais começam a aparecer, cerca de 95% dos tumores já estão em fase avançada, dificultando a cura. Na fase avançada, os sintomas são:

- dor óssea;
- dores ao urinar;
- vontade de urinar com frequência;
- presença de sangue na urina e/ou no sêmen.

Fatores de risco:

- histórico familiar de câncer de próstata: pai, irmão e tio;
- raça: homens negros sofrem maior incidência deste tipo de câncer;
- obesidade.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Prevenção e tratamento:

A única forma de garantir a cura do câncer de próstata é o diagnóstico precoce. Mesmo na ausência de sintomas, homens a partir dos 45 anos com fatores de risco, ou 50 anos sem estes fatores, devem ir ao urologista para conversar sobre o exame de toque retal, que permite ao médico avaliar alterações da glândula, como endurecimento e presença de nódulos suspeitos, e sobre o exame de sangue PSA (antígeno prostático específico). Cerca de 20% dos pacientes com câncer de próstata são diagnosticados somente pela alteração no toque retal. Outros exames poderão ser solicitados se houver suspeita de câncer de próstata, como as biópsias, que retiram fragmentos da próstata para análise, guiadas pelo ultrassom transretal.

A indicação da melhor forma de tratamento vai depender de vários aspectos, como estado de saúde atual, estadiamento da doença e expectativa de vida. Em casos de tumores de baixa agressividade há a opção da vigilância ativa, na qual periodicamente se faz um monitoramento da evolução da doença intervindo se houver progressão da mesma.

O treinamento foi realizado em esquema de revezamento conforme a disponibilidade dos mesmos dos seus respectivos setores, totalizando carga e atingido um total 65 de colaboradores dos turnos diurno e noturno, contemplando os 4 plantões de atendimento.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



LISTA DE PRESENÇA



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Taubaté, 22 de novembro de 2022.

UPA Central
Tema: Novembro Azul
Palestrante: Dr. Rodrigo Cortez / GARC
Data: 22/11/2022

Nome	Função
Carla da C. Pereira	Téc. Enfermagem
O. Rafaela Rodrigues de Silva	medicam
YVESLE RIBEIRO	11.21.11
MARCIA A DE SOUSA	Misclean
Adriana Aparecida de C. Moraes	Enfermeira
Vanessa Borges dos Santos	Enfermeira
Viviane Oliveira Santos Lima	Téc. radiologia
MARCELA DA SILVA	11.21.11
Andressa Cordova dos Santos	Enfermeira
Adriana Lourenço de Miranda	Enfermeira
Juliana Mendes	Enfermeira
C. LATTIN DE A. E. E. R.	Enfermeira
Ana Paula Cordeiro de Souza	Enfermeira
Luciana S. Celso Pereira	Enfermeira
Mariana Brito Gomes de Fátima	Enfermeira
Isabela Cristina Ribeiro Lima	AUX. TOB
Diana Aparecida Ribeiro Lima	A.S.
Marlene Bonfatti de Moraes	Téc. CCIH
Vanessa de S. F. Toledo	Téc. CCIH
Vanessa O. Cardoso	Enfermeira - SES

INSTITUTO ESPERANÇA
CRPJ: 03.718.746/01-01
AV. ITALIA, 928 15º ANDAR SALA 1.508 JARDIM DAS NAÇÕES - 12030-212 TAUBATÉ/SP
TEL: (12) 3325 3844 / 3325 4172
WWW.INSTITUTOESPERANCA.COM.BR

Nome	Função
Alexandra Rocha	Secretaria da Saúde
Mariana Rodrigues	Téc. de Enfermagem
Milene de Melo Moraes	Téc. Radiologia
Carla Aparecida dos Santos	Téc. de Eq.
Priscilla de S. M. de Oliveira	Téc. BPA
Adriana de S. P. de Souza	Enfermeira
Regina Carolina de F. S.	Téc. de Radiologia
KATIA VIEIRA	DIRETOR TÉCNICO
Ediana Maria de Souza	Enfermeira
Elton Moreira	Secretaria da Saúde
Milton Rodrigues de Fátima	Secretaria da Saúde
ROSA MIREIA VOLIANO DA SILVA	Téc. em radiologia
Paula Claudine	Enfermeira
Luciana Buzinato	Enfermeira UPA Central
Mônica Alcântara	Administrativa
Quarta Carolina de Souza	Téc. BPA
Carla de F. S. de Souza	Enfermeira
Carla de S. L. de Fátima	Téc. BPA

INSTITUTO ESPERANÇA

ATENDIMENTO HUMANITARIO

ATENDIMENTO HUMANITÁRIO AOS COLABORADORES

Evento Pronto Socorro Municipal de Taubate -Evento Novembro Azul



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Agora é a vez dos homens:



Entender que o cuidado não é opção e sim importante para a saúde.

Colocando a ideia em prática





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PARTICIPAÇÃO ESPECIAL



Dr. Rodrigo R. Cortez - Urologista

Presentes no Evento



Agradecimento



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



Sorteio para os homens.

Lanchinho é claro né





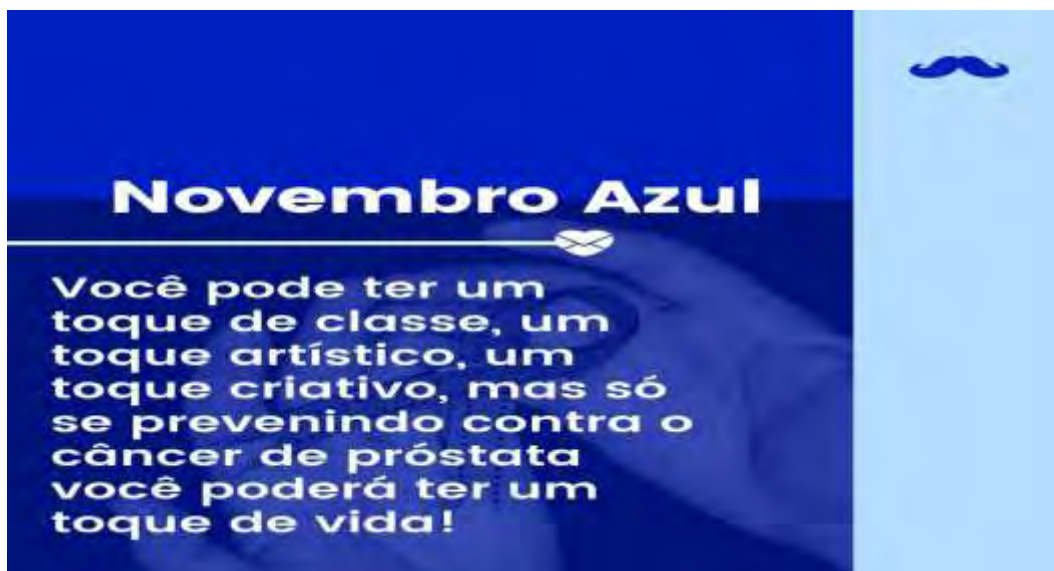
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



Assim como as mulheres:

Você **HOMEM**, declare seu amor por si mesmo, o diagnóstico precoce salva-vidas.

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE TAUBATÉ

IESP 2022



UPA CENTRAL.SP - TIPO III




PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ – ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL

Endereço: Rua Doutor Benedito Cursino dos Santos, nº 101 – CEP: 12030-100
Telefones: (12)3621-9038 / (12)3621-3800

Educação Continuada referente Mês: Novembro / 2022

01/11/2022 Tema: Cuidados- Cateter Venoso Central
Palestrante: Enf. Adalena
Público: Enfermeiros / Duração: 2h

03/11/2022 – Tema: PGRSS
Palestrante: Enf. Andreia
Público: Enfermeiros e Técnicos / Duração: 2h

10/11/2022 - Tema: Utilizando o Sistema FOCUS
Palestrante: TI – Wesley
Público: Todos / Duração: 2h

16/11/2022 – Tema: Controle de Medicamentos Vencidos
Palestrante: Farmacêutico Luiz
Público: Farmácia / Duração: 1 h

21/11/2022 - Tema: DICAS: Evitar Infecções Hospitalares
Palestrante: Físio. Edmar Malvão
Público: Fisioterapeutas / Duração: 1h

22/11/2022 – Tema: Novembro Azul
Palestrante: Dr Rodrigo Cortez
Público: Todos / Duração: 2h





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

03/11/2022 – Tema: PGRSS

FRONTÃO SOCORRO MUNICIPAL DE TAUBATÉ

03/11/2022

PALESTRANTE: ENF ANDRÉIA

NOME	SETOR	ASSINATURA
1 ANA CAROLINA DE ANDRADE SOARES		
2 ALMI APARECIDA DO COSTA		
3 CATIA BARBOSA DOS REIS		
4 CARLOS FERNANDO SILVA RIBEIRO		
5 CLAUDIA DENISE DE LOUVAIN		
6 JASIELINE CRISTINA DA SILVA		
7 LUIZ HENRIQUE DE ARAUJO BARRANDAS		
8 MIRIANE BEATRIZ DE LIMA FERREIRA		
9 TAMIRES ALEXANDRA ALMEIDA PEREIRA		
10 AMANDA ATALIBA DEAS		
11 ANDRISON CARLOS DE LIMA		
12 AURIFER LOPES DOS SANTOS DOURADO		
13 BRUNA DE FARIA LIMA		
14 CASSIA FERREIRA DE OLIVEIRA		
15 FABIANA REIS DA SILVA		
16 GISELE APARECIDA DA SILVA		

NOME	SETOR	ASSINATURA
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

FRONTÃO SOCORRO DE TAUBATÉ

03/11/2022

NOME	SETOR	ASSINATURA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

FRONTÃO SOCORRO DE TAUBATÉ

03/11/2022

NOME	SETOR	ASSINATURA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

FRONTÃO SOCORRO MUNICIPAL DE TAUBATÉ

03/11/2022

NOME	SETOR	ASSINATURA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		





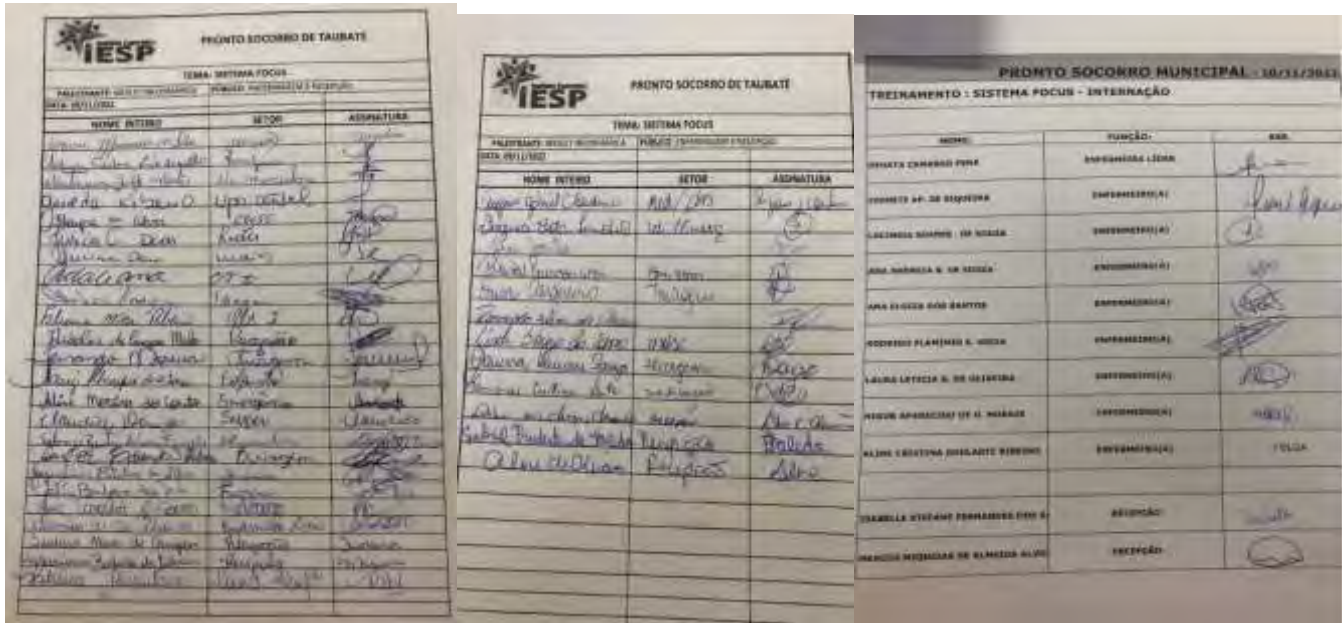
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

10/11/2022 - Tema: Utilizando o Sistema FOCUS



16/11/2022 – Tema: Controle de Medicamentos Vencidos





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS E VIOLÊNCIA

AGRAVOS E VIOLÊNCIA	
VIOLENCIA	48
VIOLENCIA AUTO PROVOCADA	19
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	48





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA - CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS (FÍSICO OU ELETRÔNICO) NOS SEGUINTE ASPECTOS: LEGIBILIDADE, ASSINATURAS, CID E EXAME FÍSICO





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PORTAL CROSS

ENCAMINHAMENTOS POR ESPECIALIDADES
UPA CENTRAL - NOV/2022



CONTROLE DE PREVENÇÃO DE NÃO CONFORMIDADES DE CONTROLE DA
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.

DATA	TOTAL DE ATENDIMENTO	CONFIRMADA
01 A 30	10.005	0





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

SUPORTE NUTRICIONAL

DATA	ATENDIMENTOS	SNE	GERAL	PASTOSA	TOTAL
01 A 30	10.005	2.004	2.566	937	5.507

Justificativa:

Quantidade de cada dieta, elaborada mensalmente e com valor, conforme os tipos de dietas (hipertensa, hipercalórica, hipossódica, de acordo como plano ofertado).

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Justificativa: Hoje já possuímos identificação do leito, pulseira de identificação e aplicação de educação continuada sobre o assunto, para que não tenhamos erros futuros. Início de implantação, período de processo seletivo, período de adequação, realizando implantações de comissões da UNIDADE, CONFORME PRECONIZADO, como núcleo de segurança do paciente, comissão de óbito, comissão de ética, prevenção de acidente, etc.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

OUTROS INDICADORES DE QUALIDADE



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TAXA TURNOVER INSTITUCIONAL

ADMISSÃO MENSAL	DESLIGAMENTO MENSAL
0	0

Turnover - é a rotatividade de pessoal, ou seja, o índice que revela Quantos colaboradores são desligados pela empresa ou pedem demissão.

TAXA DE ABSENTEISMO

COLABORADOR EM ATIVIDADE	TOTAL DE DIAS UTEIS PERDIDOS
231	84

Absenteísmo - período em que os colaboradores se ausentam do trabalho, seja por atrasos, seja por faltas.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TAXA DE ACIDENTE DO TRABALHO

DATA	COLABORADOR EM ATIVIDADE	ACIDENTES
01 A 30	231	2

INCIDENCIA DE QUEDA DO PACIENTE

DATA	TOTAL DE ATENDIMENTO	QUEDA
01 A 30	10.005	0

ATENDIMENTO SINTOMAS GRIPAIS



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

ATENDIMENTO SINTOMAS GRIPAIS - OUTUBRO/2022			
Nº ATENDIMENTOS	CLINICO	POSITIVO	NEGATIVO
TOTAL	2241	416	1825

TOTAL DE ATENDIMENTO	2241
TAXA DE POSITIVIDADE	18,5%





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

ANEXOS

PRODUTIVIDADE MENSAL POR ESPECIALIDADE

PRODUTIVIDADE MENSAL ESPECIALIDADE - NOVEMBRO/2022			
Nº Atendimento	Clínico	Ortopedia	Dentista
Total	9156	783	66





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro),
Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar,
sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ ESTADO DE SÃO PAULO

LISTA DE FUNCIONÁRIOS DA UPA CENTRAL – TAUBATÉ

INSTITUTO ESPERANÇA

RECURSOS HUMANOS



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro),
Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar,
sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Nº IDENTIFICADOR	NOME	FUNÇÃO	ADMISSÃO	HORÁRIO
1624	ADALIANA HELENA SILVA DE SOUZA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2031	ADAUTO LUCIANO DE MIRANDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	08/06/2022	1 - COMERCIAL
1582	ADRIANA CRISTINA OLIVEIRA DE ALMEIDA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1637	ADRIENE CRISTINE LEITE DE MELLO	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1597	AIRTON LOPES DOS SANTOS DOURADO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1549	ALAN FELIPE DOS SANTOS NEVES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1643	ALESSANDRA APARECIDA BATISTA DE MOURA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2426	ALESSANDRA DA SILVA	RECEPCIONISTA	26/09/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1560	ALESSANDRA DA SILVA REINO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2032	ALEXANDRE DIAS DE OLIVEIRA	TÉCNICO (A) DE RADIOLOGIA	08/06/2022	4 - RAIOS X
2416	ALINE CRISTINA GOULARTE RIBEIRO	ENFERMEIRO(A)	21/09/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2056	ALINE DE OLIVEIRA	RECEPCIONISTA	09/06/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1602	ALINE MOREIRA DO COUTO	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1622	AMANDA APARECIDA AMERICO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1589	AMANDA ATALIBA BRAZ	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1546	ANA ANDREA BARBOSA DE SOUSA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1639	ANA CAROLINA DE ANDRADE SOARES	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1551	ANA CAROLINA DE SOUZA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2057	ANA CRISTINA DE MELLO	RECEPCIONISTA	09/06/2022	5 - FLUXO
1545	ANA ELOIZA DOS SANTOS	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2034	ANA EMÍLIA ALVES	RECEPCIONISTA	08/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1514	ANA LIDIA BUSTAMANTE DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1606	ANA LUCIA MOREIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1759	ANA PAULA CARVALHO DOS SANTOS	FISIOTERAPEUTA	21/04/2022	9 - FISIOTERAPIA
1580	ANA PAULA DE JESUS FELIX MOURA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1567	ANA PAULA JUSTEN	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1523	ANASTACIA APARECIDA MONTEIRO ARAUJO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2273	ANDERSON ANTONIETTI MOLLICA	TÉCNICO (A) DE RADIOLOGIA	03/08/2022	4 - RAIOS X
1592	ANDERSON CARLOS DE LIMA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2245	ANDREIA CATARINA DA CUNHA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	29/07/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1806	ANDREIA FABIANE LOPES	ENFERMEIRO(A)	06/05/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2035	ANDREIA VALÉRIO DOS SANTOS DA CONCEIÇÃO	RECEPCIONISTA	08/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1538	ANDRESSA EMILIANO NOBREGA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2468	ANDRESSA LUIZA SUZANO DE AZEREDO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	05/11/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1518	ANGELICA FLOREANO DA CONCEIÇÃO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1633	ANGELITA DA SILVA FERREIRA SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1517	BEATRIZ CELESTINO DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1768	BIANCA MENDES DE MAGALHÃES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

1744	BRUNA DE FARIAS DIAS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1740	BRUNA ROCHA OLIVEIRA	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	19/04/2022	1 - COMERCIAL
1508	BRUNA VASCONCELOS DA SILVA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1591	CAMILA CORREA DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1623	CARLOS EDUARDO SOUZA RIBEIRO	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1628	CATIA BARBOSA DOS REIS	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1642	CLAUDIA DENIZE DE OLIVEIRA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1626	CLAUDIO ROBERTO DA CRUZ RODRIGUES JUNIOR	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2495	CLAYTON MORAES PEREIRA	MAQUEIRO	18/11/2022	15 - MAQUEIRO - DIURNO PAR
1575	CLEIDIANE APARECIDA DE SOUZA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2253	CRISTIANE BEATRIZ SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	29/07/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1595	DAMARIS MILENE DE CASTRO COSTA E SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1819	DANILO GOMES CALTABIANO	Raio x	11/05/2022	4 - RAIOS X
1610	DEBORA DE OLIVEIRA SATIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1822	DIEGO DE ANDRADE RIBEIRO	Raio x	11/05/2022	4 - RAIOS X
1796	DINEISE APARECIDA PEDRO	AUXILIAR DE FARMACIA	02/05/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1828	DJALMA HENRIQUE DOS SANTOS	TELEFONISTA	17/05/2022	7 - TELEFONIA TARDE
1741	EDMAR MALVAO DE SOUSA	FISIOTERAPEUTA	21/04/2022	9 - FISIOTERAPIA
2067	EDNA MALVINA DA SILVA	RECEPCIONISTA	09/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1742	ELIANE ALVES DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2410	ELIANE MORI RIBEIRO	ENFERMEIRO(A)	17/09/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1634	ELISANGELA DE ABREU	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2038	ELISÂNGELA DE OLIVEIRA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2246	ERICA BERTTI FOLGIENE	FARMACÊUTICO(A)	29/07/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1579	ERICA DOS SANTOS VERGUEIRO	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1746	FABIANA INES DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1760	FABIANA PINHEIRO DE PAULA	FISIOTERAPEUTA	21/04/2022	9 - FISIOTERAPIA
1620	FABRICIA DA SILVA VALENTIM	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1581	FERNANDA ALESSANDRA SILVA TORQUATO DO CARMO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2259	FERNANDO MOREIRA	ENFERMEIRO(A)	28/07/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2346	FRANCISCO VICENTE CRUZ	RECEPCIONISTA	02/09/2002	2 - DIURNO - 12X36 I
2294	GABRIEL PRUDENTE DE TOLEDO	RECEPCIONISTA	10/08/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1614	GABRIELA AMABILI O R DE VASCONCELOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1565	GABRIELA ANTONIA MOREIRA XAVIER	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2108	GABRIELA MAGALHAES RHEMANN DIAS	FARMACÊUTICO(A)	28/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1585	GABRIELA REGINA CORREA PEREIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

2250	GASPAR DA SILVA PEREIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	29/07/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1527	GEYSA MORGANA RODRIGUES DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1762	GISELE SOUZA DO CARMO	ENFERMEIRO(A)	21/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1561	GISLENA MARIA DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1600	GISLENE APARECIDA DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1566	GISLEYNE FATIMA S SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2274	GLEBSON GOMES	TÉCNICO (A) DE RADIOLOGIA	03/08/2022	4 - RAIOS X
2145	GUADALUPE ALEXANIA O DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/07/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2403	GUSTAVO CARDOSO DOS SANTOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	16/09/2022	1 - COMERCIAL
1810	HIGOR APARECIDO DE OLIVEIRA MORAIS	ENFERMEIRO(A)	06/05/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1631	HOLDEN ROBERT DE OLIVEIRA DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1638	IRIS SILVA OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1786	ISABEL RIBEIRO FREIRE	ASSISTENTE SOCIAL	27/04/2022	10 - SERVIÇO SOCIAL MANHÃ
2039	ISABELLE STEFANE FERNANDES DOS SANTOS	RECEPCIONISTA	08/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1525	IVANDERLEI DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1615	IVANEIDE DA SILVA MORAIS	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1562	IVONE DE OLIVEIRA SOARES LOBO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1520	IVONETE APARECIDA DE SIQUEIRA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1532	IWGLACER GONÇALVES DE JESUS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1812	JANIMARIA FARIAS FAGUNDES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	06/05/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2249	JAQUELINE CRISTINA DA SILVA	ENFERMEIRO(A)	29/07/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1763	JARLENE CARNEIRO DELIMA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1616	JEAN PAULO DE SOUZA DAS CHAGAS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2463	JEIZA DE JESUS SOUZA NUNES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	31/10/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2470	JENNIFER FERNANDES DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	07/11/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1596	JENNYFER KARINE LEANDRO TEIXEIRA DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1510	JESSICA CRISTINA DIAS DE OLIVEIRA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1524	JESSICA GONÇALVES VIEIRA PINTO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1743	JOSEMARA APARECIDA BARBOSA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2042	JOSIANE MARCONDES DA SILVA	RECEPCIONISTA	08/06/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1522	JOSIELE LIZIE SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1801	JOSILINE FATIMA DE SOUZA DOS REIS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	03/05/2022	1 - COMERCIAL
1529	JOSIMARA SALVADOR	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1533	JOSIRENE QUIRINO DE ASSIS LANZILOTTI	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1515	JOYCE CAROLINE SANTOS	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1765	JULIANA DE MOURA PEREIRA SILVA	AUXILIAR DE FARMACIA	21/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

2417	JULIANA DOS ANJOS PAIXAO OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/09/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1598	JULIANA NOGUEIRA RAMOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1548	KAROLINA FERNANDA DA CAMARA SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1593	LAURA LETICIA G DE OLIVEIRA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2061	LEONARDO FERREIRA DA SILVA	FARMACÊUTICO(A)	09/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2451	LETICIA ARAUJO DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	10/10/2002	12 - NOTURNO - 12X36 P
2062	LIDIANE DAS CHAGAS CLEMENCIO	RECEPCIONISTA	09/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2496	LILIAN BERNADETE FERREIRA DE CASTRO	MAQUEIRO	20/11/2022	15 - MAQUEIRO - DIURNO PAR
2256	LINDOMAR DOS ANJOS FONSECA DE JESUS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	29/07/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2068	LISANDRA CRISTINA DE ANDRADE LACERDA	FARMACÊUTICO(A)	09/06/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1627	LUANA CORREA DA COSTA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2251	LUCIANA DE OLIVEIRA IZIDORO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	28/07/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1754	LUCIANA FERNANDES GUEDES	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	21/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2254	LUCIANA PAULA MENDES PAES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	29/07/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1572	LUCIENE GUERREIRO DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1737	LUCIENE RAMOS	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1574	LUCINEIA SOARES VIEIRA DE SOUZA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2064	LUIS HENRIQUE MONTEIRO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	09/06/2022	1 - COMERCIAL
2063	LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS	FARMACÊUTICO(A)	09/06/2022	1 - COMERCIAL
1755	LUIZ HENRIQUE DE ABREU BARRONCAS	ENFERMEIRO(A)	21/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1803	LUMA APARECIDA RIBEIRO FERREIRA	ENFERMEIRO(A)	04/05/2022	1 - COMERCIAL
2071	MAGALI PEROZIN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	09/06/2022	1 - COMERCIAL
1528	MAILA CRISTINE GOMES GIBBON	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1782	MANUELA MIRANDA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	27/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2147	MARA CRISTINA MIGUEL MIGUEL LEITE DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/07/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1640	MARCELO RICARDO SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1539	MARCIA GRANDCHAMP FARIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1788	MARCO AURÉLIO DOS SANTOS	FARMACÊUTICO(A)	27/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2045	MARCOS MIQUEIAS DE ALMEIDA ALVES	RECEPCIONISTA	08/06/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1767	MARGARETE DA SILVA ROCHA	AUXILIAR DE FARMACIA	21/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2469	MARIA APARECIDA DOS SANTOS ASSIS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	03/11/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1814	MARIA APARECIDA DOS SANTOS DOSWALDO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	09/05/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1543	MARIA AUXILIADORA ALVES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1630	MARIA CAROLINE PEREIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1557	MARIA CLAUDIA B ASSIS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1531	MARIA DE FATIMA DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

1641	MARIA DE LOURDES CASTRO DE SOUZA OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1578	MARIA EDUARDA BINOTTO SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1613	MARIA NAZARÉ DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2137	MARIANA MENDES DA SILVA	RECEPCIONISTA	01/07/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2047	MARIANE BATISTA DA SILVEIRA	RECEPCIONISTA	08/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1747	MARIANE RONDON COSTA LAURIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	1 - COMERCIAL
2464	MARINA MARCELO XAVIER	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	28/10/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1603	MARINEIDE ALVES DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2299	MARIO AUGUSTO DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	12/08/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1821	MARIO SERGIO MIRANDA	TELEFONISTA	11/05/2022	6 - TELEFONIA DIA
1745	MARISA ALVES DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1555	MARISA HELENA PAULINO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2493	MAURILIO AMANTE DOS SANTOS	MAQUEIRO	17/11/2022	12 - NOTURNO - 12X36
1753	MARLI MOREIRA DE PAULA	AUXILIAR DE FARMACIA	21/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1512	MARTINEUSA GOMES DE ANDRADE MATOS	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1824	MATHEUS DE MELO MONMA	Raio x	13/05/2022	4 - RAIOS X
2138	MICHEL NUNES DE OLIVEIRA	RECEPCIONISTA	01/07/2022	5 - FLUXO
1797	MICHELE CRISTINA FONSECA DA COSTA	ASSISTENTE SOCIAL	02/05/2022	11 - SERVIÇO SOCIAL TARDE
2252	NADYNE RAÍSSA DE T ESCRITORO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	29/07/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1604	NAIARA NOGUEIRA BARROS DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2052	NATALIA DOS SANTOS ALMEIDA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1780	NATHALIA APARECIDA CLAUDINO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1590	NATHALIA CRISTINA MAMEDE	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1791	NELISSE REGINA DOS SANTOS	FISIOTERAPEUTA	28/04/2022	9 - FISIOTERAPIA
2066	NICOLAS DE CAMPOS MELO	RECEPCIONISTA	09/06/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1636	NÚBIA PEIXOTO DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1609	NYLVANA ANA FERREIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1550	PAOLA ALVES DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1540	PATRICIA APARECIDA CLAUDIO DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1534	PATRICIA CRISTINA SIMOES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1635	PATRICIA DO CARMO SIQUEIRA ROCHA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2260	PATRICIA DOS SANTOS ROCHA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	03/08/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1629	PATRICIA EUGENIA DA SILVA LEMES ALCANTARA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1586	PAULO HENRIQUE DIAS VIANA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1817	PEDRO MIGUEL VALVANO DA SILVA	Raio x	11/05/2022	4 - RAIOS X
2480	PRISCILA CORDEIRO GONÇALO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	12/11/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

1738	PRISCILA COUTINHO RODRIGUES CORDEIRO	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2053	RAFAEL DE SALLES	RECEPCIONISTA	08/06/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1793	RAFAEL EDUARDO ROSA	AUXILIAR DE FARMACIA	01/05/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1588	RAFAELA DAS DORES DE AZEVEDO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1541	RAFAELA PAOLA DA COSTA XAVIER	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1577	RAIMUNDA FRANCISCA DE OLIVEIRA PINTO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1605	RAIMUNDA GERALDA RIBEIRO SALES	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2494	RAMON DANTAS DOS SANTOS	MAQUEIRO	17/11/2022	16 - MAQUEIRO - DIURNO - IMPAR
2255	RAQUEL APARECIDA DA CONCEIÇÃO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	28/07/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1795	REGINALDO APARECIDO CADORINI	AUXILIAR DE FARMACIA	02/05/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2054	REGINALDO DANIEL DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1544	RENATA CAMARGO PENA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1559	RENATA FRANKSLAINE DE OLIVEIRA MENEZES LIMA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2236	RICARDO ALVES DE OLIVEIRA	ENFERMEIRO(A)	23/07/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1756	RODRIGO FLAMÍNIO SIMÕES VEIGA	ENFERMEIRO(A)	21/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1594	ROSA APARECIDA BORGES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1554	ROSANGELA DE FATIMA MATIAS DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2072	ROSANGELA FOSCHIANI	RECEPCIONISTA	09/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1569	ROZELI APARECIDA MOREIRA DE SOUZA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2055	SILVIO GOMES DOS SANTOS NASCIMENTO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/06/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1644	SOLANGE BEATRIZ DE LIMA FERREIRA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1751	STEFANIE LEAL DA SILVA	FISIOTERAPEUTA	21/04/2022	9 - FISIOTERAPIA
2069	SUDARIA MARA DE CAMPOS	RECEPCIONISTA	09/06/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1749	SUELEN APARECIDA GOMES FRANÇA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	21/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2479	SUELEN CAROLINE DA SILVA CAMARGO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	09/11/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1645	SUELEN VICENTE DE T FIGUEIREDO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1619	SULIVAN GOMES DE ARAUJO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1571	SUZANA CLARO BICUDO APOLINÁRIO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
2257	SUZIANE GABRIEL CLAUDINO	ENFERMEIRO(A)	29/07/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1599	TAINA APARECIDA DE PAULA DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1521	TAINARA CRISTINA LEITE	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1601	TAMIRES ALEXANDRA ALMEIDA PEREIRA	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
2149	TANIA MARA SANTOS VITOR	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/07/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1568	TASSIANY CANDIDO DE CAMARGO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	12 - NOTURNO - 12X36 P
1607	TATIANE BILARD DA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1769	TATIANE MATEUS DA SILVA	AUXILIAR DE FARMACIA	21/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

1608	THAILA RIBEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1625	THAINA RIBEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1621	THAYNA MAYSSA ALVES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
1818	THIAGO BOTELHO BORGES	Raio x	11/05/2022	4 - RAO X
1587	VALERIA SANTANA ESTEVES RODRIGUES	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	3 - NOTURNO - 12X36 I
1542	VANESSA CARLA DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2235	VANESSA LUCIANE DE SOUZA	ENFERMEIRO(A)	23/07/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
1617	VANESSA PEREIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	19/04/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2050	VICTOR GABRIEL RIBEIRO SOUZA SANTOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	08/06/2022	1 - COMERCIAL
1513	VIRGINIA COSTA TIMOTEO	ENFERMEIRO(A)	19/04/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2046	WESLLEI DANIEL DE CASTRO SIQUEIRA	AUXILIAR DE FARMACIA	08/06/2022	13 - DIURNO - 12X36 P
2248	WHILMA ARAUJO DOS SANTOS ROSA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	08/06/2022	2 - DIURNO - 12X36 I
2444	ZILMA DE JESUS AZEVEDO MARTINS	TELEFONISTA	03/10/2022	7 - TELEFONIA TARDE

COMISSÕES OBRIGATORIAS CRONOGRAMA DE REUNIÕES





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ - ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos, nº 101 - CEP: 12030-212
Telefone: (12) 3040-1234 (12) 3040-1000

COMISSÃO DE CONTROLE INFECÇÃO HOSPITALAR
Ass: Memória Consultoria

Estampa encaminhada para ciência e prévio agendamento a Comarca das reuniões da Comissão de CCIH - da Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté - ocorrendo na última sexta-feira de cada mês do ano 2022, com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Junho	10	14:30	Sala de reunião/tratamento
Julho	29	14:30	Sala de reunião/tratamento
Agosto	26	14:30	Sala de reunião/tratamento
Setembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento
Outubro	28	14:30	Sala de reunião/tratamento
Novembro	25	14:30	Sala de reunião/tratamento
Dezembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 10 de junho de 2022.

Lúcia Aparecida Ribeiro Pereira
Vice-Presidente da CCIH-Pronto Socorro Municipal de Taubaté.

IESPE-Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos, nº 101-CEP: 12030-190

IESP INSTITUTO ESPERANÇA

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO - CRO
Ass: Memória Consultoria

Estampa encaminhada para ciência e prévio agendamento a Comarca das reuniões da Comissão de Revisão de Óbitos - CRO da Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté ocorrendo na última sexta-feira de cada mês do ano 2022, com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Junho	10	14:30	Sala de reunião/tratamento
Julho	29	14:30	Sala de reunião/tratamento
Agosto	26	14:30	Sala de reunião/tratamento
Setembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento
Outubro	28	14:30	Sala de reunião/tratamento
Novembro	25	14:30	Sala de reunião/tratamento
Dezembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 10 de junho de 2022.

Lúcia Aparecida Ribeiro Pereira
Secretária da CRO-Pronto Socorro Municipal de Taubaté.

IESPE-Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos, nº 101-CEP: 12030-190





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ - ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos 101 - CEP: 12030-100
Centro, Taubaté, SP

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Ass: Membros Conselheiros,

Estamos encaminhando para ciência e prévio agendamento o Cronograma das reuniões da Comissão de Ética - da Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté - ocorrendo na última semana de cada mês no ano 2022, com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Junho	24	14:30	Sala de reunião/tratamento
Julho	25	14:30	Sala de reunião/tratamento
Agosto	31	14:30	Sala de reunião/tratamento
Setembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento
Outubro	31	14:30	Sala de reunião/tratamento
Novembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento
Dezembro	28	14:30	Sala de reunião/tratamento

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 10 de junho de 2022.

Barbécia Furtim da Silva Leites Alcayaga
Fundadora do IESP - Instituto de Esperança
Secretária de Enfermagem - Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté

Suzana Mara de Oliveira Figueiredo
Chefe de Gabinete Administrativa do Pronto Socorro Municipal

IESP - Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos 101 - CEP: 12030-100

IESP INSTITUTO ESPERANÇA

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO - CRP

Ass: Membros Conselheiros,

Estamos encaminhando para ciência e prévio agendamento o Cronograma das reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário - CRP da Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté-ocorrendo na última sexta-feira de cada mês no ano 2022, com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Junho	10	14:30	Sala de reunião/tratamento
Julho	29	14:30	Sala de reunião/tratamento
Agosto	26	14:30	Sala de reunião/tratamento
Setembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento
Outubro	28	14:30	Sala de reunião/tratamento
Novembro	25	14:30	Sala de reunião/tratamento
Dezembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 10 de junho de 2022.

Suzana Mara de Oliveira Figueiredo
Secretária CRP Pronto Socorro Municipal de Taubaté

IESP - Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP

IESP INSTITUTO ESPERANÇA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Ass: Membros Conselheiros,

Estamos encaminhando para ciência e prévio agendamento o Cronograma das reuniões da Comissão de Ética Médica da Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté-ocorrendo com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Agosto	15	14:30	Sala de reunião/tratamento
Setembro	04	14:30	Sala de reunião/tratamento
Outubro	05	14:30	Sala de reunião/tratamento
Novembro	25	14:30	Sala de reunião/tratamento
Dezembro	30	14:30	Sala de reunião/tratamento

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 15 de agosto 2022.

Suzana Mara de Oliveira Figueiredo
Chefe de Gabinete Administrativa

IESP - Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos 101 - CEP: 12030-100

IESP INSTITUTO ESPERANÇA

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA - CPR

Ass: Membros Conselheiros,

Estamos encaminhando para ciência e prévio agendamento o Cronograma das reuniões da Comissão de Proteção Radiológica - CPR da Unidade de Pronto Socorro Municipal de Taubaté-ocorrendo com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Junho	23	14:30	Sala de reunião/tratamento
Julho	21	14:30	Sala de reunião/tratamento
Agosto	19	14:30	Sala de reunião/tratamento
Setembro	17	14:30	Sala de reunião/tratamento
Outubro	15	14:30	Sala de reunião/tratamento
Novembro	13	14:30	Sala de reunião/tratamento
Dezembro	10	14:30	Sala de reunião/tratamento

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 06 de junho de 2022.

Suzana Mara de Oliveira Figueiredo
Chefe de Gabinete Administrativa

IESP - Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos 101 - CEP: 12030-100





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Aos/ Membros Conselheiros,

Estamos encaminhando para ciência e prévio agendamento o Cronograma das reuniões de Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT da Unidade UPA CENTRAL de Taubaté - última quinta-feira de cada mês no ano 2022, com periodicidade mensal ou conforme a necessidade extraordinária.

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
Junho	01	10:00	Sala de reunião
Julho	28	10:00	Sala de reunião
Agosto	25	10:00	Sala de reunião
setembro	29	10:00	Sala de reunião
Outubro	27	10:00	Sala de reunião
Novembro	24	10:00	Sala de reunião
dezembro	29	10:00	Sala de reunião

Qualquer alteração será previamente informada.

Taubaté, 01 de junho de 2022.

Luiz Claudio dos Santos
Farmacêutico -
CRF 100.421

Luiz Claudio
Farmacêutico RT Upa Central





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ - ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
 Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 - CEP: 12030-100
 Telefones: (12) 3327-4008 / (12) 3327-2822

ATA DE REUNIÃO - Conselho de Saúde Pública

TIPO DE REUNIÃO:	DATA	INÍCIO:	TÉRMINO:	PÁGINAS:
Pleno - Reunião	28/11/2022	10:00	12:00	08

PAUTA
 Reunião - Pleno - Reunião

PENÚLTIMAS DA REUNIÃO ANTERIOR
 Top

Realizado: Reunião na sede da administração onde foi discutido sobre:

- Período de DENGUE e notificação de NEI.
- Aumento do número de atendimentos dos médicos clínicos, visando a 2023 e início de contratação de 06 médicos plantonistas de nível geral para atendimentos na UPA, hoje funcionando com 04 médicos, visando caso não ser discutido com a administração geral.
- Relatório sobre o trabalho assistivo de administração da gestão de farmácia e tomografias.
- Discussão sobre autorizações dos antibióticos amplexorais, onde as autorizações atendem se a mais médicos além do Dr. Agnaldo ser do plantão ou UTT/ emergência/ visita realizadas as autorizações.
- Realização revisão de álbuns
- Discussão sobre escala médica para férias

Diante das informações acima e das sentenças de seguintes participantes:

(Assinaturas e rubricas)

IESPE-Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
 Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos, n° 101-CEP: 12030-100





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Taubaté, 30 de novembro de 2022

Deixo através desta de reunir os membros da Comissão para tratar sobre assuntos pertinentes a unidade com duração de 1 hora, das 10:00h até as 11h, onde se pauta foi o resumo dos pontos para a parte administrativa para serem levantadas devido as reuniões;

Discutir no mês de novembro apurar um acidente biológico de trabalho, em uma colaboradora, onde foi realizado todos os protocolos de anti-aéropoese e abertura de rotas.

Seguimos ainda com as educações pertinentes, atendendo as diretrizes de prevenção contra o Covid-19, orientações rigorosas sobre lavagem das mãos.

Melhorias sobre nível de medicação, não tendo pontuações sobre o assunto.

Orientação os profissionais de enfermagem e sensibilizá-los da importância e importância do comportamento ético e das implicações da atitude antiética.

Fundo assim encerramos a reunião com próximas reuniões em 28/12/22, para mais.

(Stela de Figueiredo)
Stela de Figueiredo
Coordenadora de Administração
Instituto Esperança

(Juliana de Figueiredo)
Juliana de Figueiredo
Gerente Administrativa
Instituto Esperança

(Adriano Helder Silva de Souza)
Adriano Helder Silva de Souza
Biodiversidade
COREN-SP 11020

(Luzia de Fátima)
Luzia de Fátima
Coordenadora de Enfermagem
COREN-SP 11020





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

3

IESP
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 - CEP: 12030-000
Taubaté - SP - Fone: (12) 3821-6096 / 120321-000

ATA DE REUNIÃO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

TIPO DE REUNIÃO: ROTINA MENSAL	REDATOR: LUMA APARECIDA RIBEIRO FERREIRA	DATA: 23/11/2022	INÍCIO: 14:30	TERMINO: 15:30
--	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------

PAUTA

- Estratégias multidisciplinares para aprimorar as aderências aos novos protocolos por parte dos colaboradores (Médicos, Enfermeiros, Farmácia).
- Resistência Antimicrobiana devido ao aumento da liberação de Rodalim ambulatório, discutir os critérios para a diminuição desta demanda.
- Fluxo pactuado sobre a dispensação de Tamiflu para pacientes de outras unidades.
- Fluxo de pacientes com HD de Sífilis em uso de Benzathine e o uso racional e consciente de Benzathine para outros diagnósticos.
- Plano de Contingência sobre a possibilidade do aumento dos pacientes com síndrome grave na Unidade.

PLANOS DE AÇÃO

Elaboração de estratégia multidisciplinar que englobe todos os setores na questão da resistência antimicrobiana.
Definido o fluxo sobre os pacientes respiratórios no gripado.
Repassado sobre os cuidados referente a infecções hospitalares.
Definido fluxo de dispensação de Tamiflu.

PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
RAFAEL DE ASSIS VIEIRA VIVEIROS	PRÉSIDENTE	
LUMA APARECIDA RIBEIRO FERREIRA	VICE-PRESIDENTE	
ANDREIA FABIANE LOPES	SECRETARIA	
LUIS CLAUDIO DOS SANTOS	FARMACÊUTICO	
MARIANE RONDON COSTA LAURIA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	

CONVIDADOS

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Patricia Albantari	COORDENADORA DE ENFERMAGEM	 Patricia E. S. T. Albantari ENFERMEIRA Coordenadora CORER-SP 432518

PRÓXIMA REUNIÃO
Data: 30/12/2022
Horário: 14:30
Local: Sala de Reuniões PSMT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – NR5

CIPA- COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A CIPA, em processo de constituição. Preliminarmente, SESMT - NMC – (Segurança no trabalho), realizou atividades voltadas à prevenção de Acidente, como:

Inspeção de segurança, Sistemática de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT e Treinamento voltado para Gerenciamento de Risco e Acidente de Trabalho.





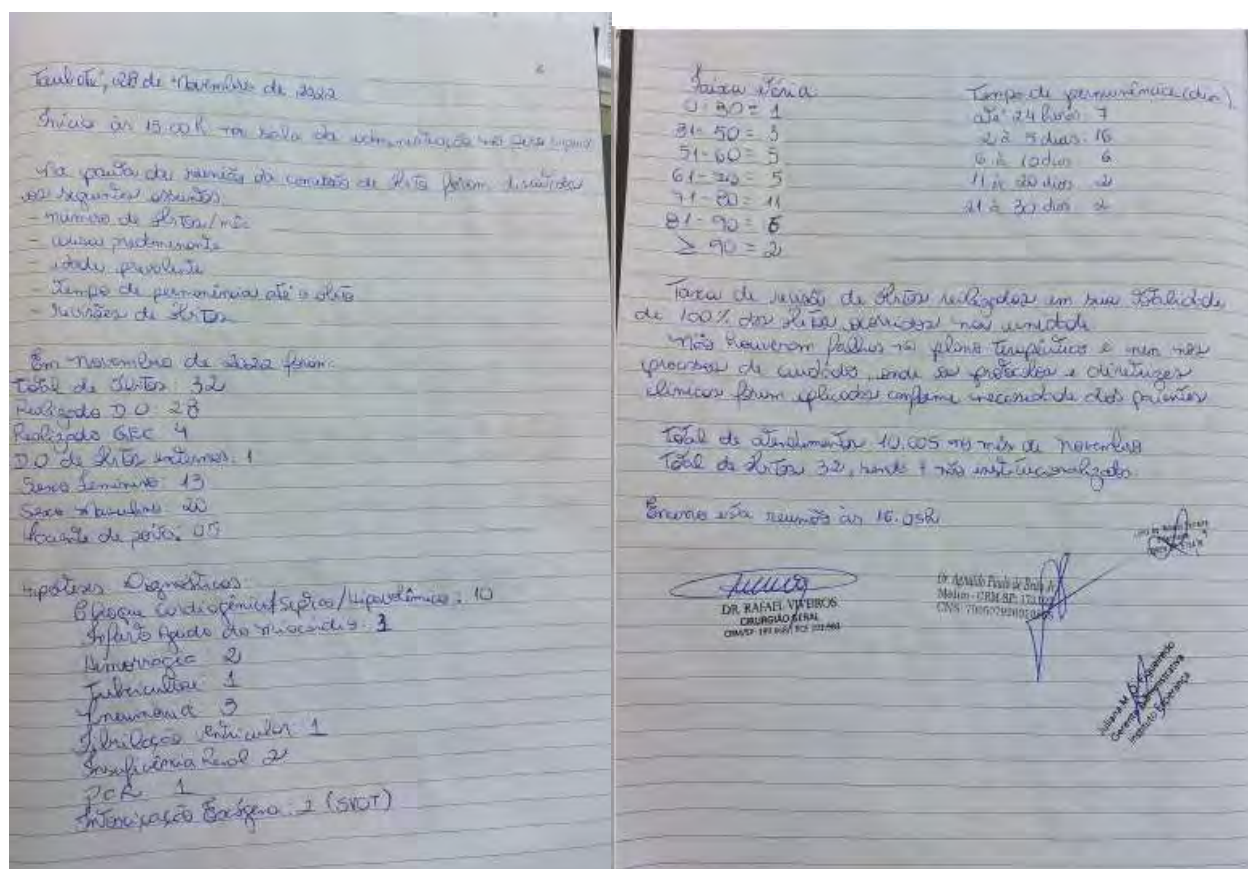
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté,
SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala
1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Taubaté, 30 de Novembro de 2022

Comissão de Revisão de Prontuários

A Unidade Upa Central de Taubaté, realizou no mês de novembro 10.005 atendimentos médicos sendo que 351 pacientes internados nesta unidade dos 351 pacientes, 322 foram a Duto, 253 transferidos para hospitais de referência e 66 tiveram alta médica. Dos pontos internados, todos foram liberados, 351 os não conformidades encontradas foram 3 prontuários regulares e imediatamente, 32 dos pontos, não foram regulares.

Sem mais.

[Handwritten signature]
Carla M. V. de Souza
Coordenadora de Enfermagem
UPA Central

[Handwritten signature]
Dr. Ricardo Rossi de Souza Jr.
C.R.M. SP 113.022
Médico Titular

[Handwritten signature]
Dr. Ricardo Rossi de Souza Jr.
C.R.M. SP 113.022
Médico Titular





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Farmácia

TIPO DE REUNIÃO	REDATOR	DATA	INÍCIO	TÉRMINO	PÁGINA
ORDINÁRIA DE CONSTITUIÇÃO	LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS	29/09/2022	10:00	11:00	02

PAUTA

Emiti parecer técnico das solicitações de inclusão/exclusão de medicamentos da padronização, a ser apreciado em reunião

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO ANTERIOR

N/A

PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS	PRESIDENTE	<i>[Assinatura]</i>
LISANDRA LACERDA	VICE-PRESIDENTE	<i>[Assinatura]</i>
WESLEI SIQUEIRA	SECRETARIO	<i>[Assinatura]</i>
LUMA FERREIRA	ENFERMEIRA	<i>[Assinatura]</i>
RAFAEL VIVEIROS	MÉDICO	<i>[Assinatura]</i>

CONVIDADOS

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
JULIANA FIGUEIREDO	GERENTE GERAL	<i>[Assinatura]</i> Juliana Figueiredo Gerente Administrativa Instituto Esperança

PRÓXIMA REUNIÃO

Data: 29/12/2022
Horário: 10:00
Local: Sala de Reuniões UPA-CENTRAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

INSTITUTO ESPERANÇA IESP
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ - ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
Endereço: Rua Doutor Benedito Cursino dos Santos, 101 - CEP: 12030-100
Telefones: (12) 3623-6036 / (12) 3621-5810

ATA DE REUNIÃO
COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA - CPR

TIPO DE REUNIÃO:	SOLICITANTE:	DATA:	INÍCIO:	TERMINO:	PÁGINA:
EXTRAORDINÁRIA	DIEGO DE ANDRADE RIBEIRO	25/11/2022	15:00	16:00	02

PENDÊNCIAS DA REUNIÃO ANTERIOR:
N/A

PAUTA - ALTERAÇÃO DE REUNIÃO MENSAL

Em dia 25 de novembro de 2022, às quinze horas, tem dependência desta cidade, foi feita início a reunião extraordinária da Comissão de Proteção Radiológica - CPR, UPA-Central - Taubaté. Reunião de caráter extraordinária desta, para tratar de assuntos relativos de interesse desta comissão. A reunião foi aberta e conduzida pelo presidente que confirmou a legitimidade deste edital, estando de acordo com as prerrogativas do regulamento interno aprovada e anexo aos estatutos mínimos. Logo em seguida apresentou a pauta da reunião aos demais membros, em seguida - alteração de reunião mensal. Foi decidido que ao longo do ano de dois mil e vinte e três, as reuniões extraordinárias serão feitas a cada três meses e realizadas de forma mensal, neste caso que o propósito é esta comissão está sendo cumprido de forma satisfatória. Constatando também uma falta de tempo e não tendo mais especialidade médica da imagem dentro do município, estando os aparelhos emissores de radiação ionizante em estado novo, calibrados, e com suas constantes aprovadas por laudos técnicos com - gência válida, estrutura arquitetônica e fuga de radiação nula, conforme laudos apresentados válidos por um ano; o presidente argumenta aos demais membros e suplica a alteração do nome Resolva (com ressalvas). Depois de encerrado todos os argumentos, e entrada em votações sobre os presentes; o presidente propôs deliberar sobre a proposta debatida, sendo aprovada por todos os presentes. Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos levando-se a presente ata, a qual, lida e aprovada por todos, segue assinada pelos seus correligionários e pelo seu presidente que recorre ao a presente reunião.

PARTICIPANTES		
NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Dr. Rafael de Assis Vieira Viveiros	MEMBRO CONSELHEIRO	
Juliana Mara de Oliveira Figueiredo	VICE-PRESIDENTE	
Diego de Andrade Ribeiro	PRESIDENTE	

ASSUNTO	RESPONSÁVEL	PRAZO	ESTATUS
ALTERAÇÃO DE REUNIÃO MENSAL	DIEGO DE ANDRADE RIBEIRO	IMEDIATO	APROVADO

IESPE-Instituto Esperança Pronto Socorro Municipal Taubaté-SP
Endereço: Rua Benedito Cursino dos Santos, 101-CEP: 12030-100





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LICENÇAS E ALVARÁS

ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO PMT

Dispensado da Apresentação - Órgão representante da Prefeitura, dispensado da apresentação.

AVCB - AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS

AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS – No momento não foi evidenciado o AVCB.

O Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho – SESMT-NMC pelo engenheiro de segurança responsável, fez uma análise preliminar dos equipamentos de combate a incêndio, visando subsidiar o Auto de Vistoria, o qual deverá ser feito por uma empresa terceirizada e credenciada.






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LICENÇA VISA UPA

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ**
SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Av. José Roberto Bueno de Mattos, s/nº - Esplanada Independência
fone: 3631-7903 E-mail: pmt.vsa@taubate.sp.gov.br

CONTROLE DE PROCESSO

Protocolo:	Data:
1325/22	17/05/22

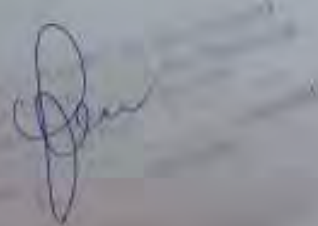
Requerente:
PMT - UPA CENTRAL - IESP

Assunto:
LICENÇA SANITÁRIA INICIAL

Observação:
ATIVIDADE DE ATENDIMENTO PS E UNIDADES HOSPITALARES PATROCINADAS A ORGANIZ. R. DR. BENEDITO CURSINO DOS SANTOS, 101 JD DAS NAÇÕES

Profissional - Administrativo:
JULIANA PINHEIRO

Taubaté, 17 de maio de 2022
Horário: 03:07 PM



UPA CENTRAL.SP - TIPO III




PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LICENÇA VISA RADIOLOGIA

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ**
SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Av. José Roberto Bueno de Mattos, s/n° - Esplanada Independência
fone: 3631-7903 E-mail: pmt.vs@taubate.sp.gov.br

CONTROLE DE PROCESSO

Protocolo	Data
1872/22	22/07/22

Requerente:
PMT - UPA CENTRAL - INSTITUTO ESPERANÇA IESP

Assunto:
LICENÇA SANITÁRIA INICIAL

Observação:
SERV. DIAGNÓSTICO PARA IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE EXCETO TOMOGRAFIA
R DR BENEDITO CURSINO DOS SANTOS, 101 CENTRO
OBS: PROTOCOLAR O QUANTO ANTES O LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO E PGO DOS ESQUIPAMENTOS SOLICITADOS

Profissional - Administrativo:
JULIANA PINHEIRO,

Taubaté, 22 de julho de 2022
Horário:







PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LICENÇA VISA LABORATÓRIO ANÁLISE CLÍNICAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V - PORTARIA CVS 01/2019
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
 PARA ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE NÍVEL MUNICIPAL

1. Nº PROCESSO: _____ 2. DATA PROTOCOLO: _____

3. Nº PROCESSO DE FURTO: _____

II - SOLICITAÇÃO
 PRESENTE EM QUALQUER UM DOS CAMPOS:

4. TIPO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ESTABELECIDO NÃO ESTABELECIDO VIGILÂNCIA DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA: ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE PÚBLICO ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE PÚBLICO - SERVIÇOS DE SAÚDE ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE PÚBLICO - SERVIÇOS DE SAÚDE - LABORATÓRIOS DE ANÁLISE CLÍNICA

6. ATIVIDADE DA ATIVIDADE ECONÔMICA: ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE PÚBLICO ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE PÚBLICO - SERVIÇOS DE SAÚDE ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE PÚBLICO - SERVIÇOS DE SAÚDE - LABORATÓRIOS DE ANÁLISE CLÍNICA

7. Nº CVS: _____

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO: LICENÇA SANITÁRIA ATUALIZAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA REVOGAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA OUTRAS SOLICITAÇÕES (SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA PARA ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA)

9. TIPO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

10. TIPO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
 PRESENTE EM QUALQUER UM DOS CAMPOS:

11. NOME DO ESTABELECIMENTO: ESTABELECIMENTO ESTABELECIMENTO

12. CNPJ: 15.176.005/0001-08

13. ENDEREÇO: Prefeitura Municipal Taubaté

14. NOME DO ESTABELECIMENTO: Pronto Socorro Municipal Taubaté (Iesp)

15. Nº DE IDENTIFICAÇÃO: _____

16. Nº DE IDENTIFICAÇÃO: _____



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PRESENCIAMENTO PELA REDE FILIAL	
17. CEP: 12.030.140	18. TIPO LOGRADOURO: R
19. LOGRADOURO: Rua Benedito Cursino dos Santos	
20. Nº: 101	21. COMPLEMENTO:
22. BAIRRO: Centro	
23. MUNICÍPIO: Taubaté	
24. UF: SP	24. INTERMUNICÍPIO:
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: UTM (Easting): 527000.00; UTM (Latitude): 2310000.00	
26. TELEFONE: (12) 3021-3900	27. TELEFAX: (12) 3021-6035
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO: Instituto.esperanca@uicape.org.br	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB: WWW.IESPE.ORG.BR	

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PRESENCIAMENTO PELA REDE FILIAL	
30. TIPO DE SERVIÇO: <input type="radio"/> ATENDIMENTO BÁSICO <input type="radio"/> ESPECIALIZADO <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (S.A.E.)	
31. TIPO DE ADMINISTRAÇÃO: <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/> PÚBLICA <input type="radio"/> MISTA <input checked="" type="radio"/> MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO: <input type="radio"/> PESSOAL FÍSICA <input checked="" type="radio"/> PESSOAL JURÍDICA <input type="radio"/> EMPRESA DE RESPONSABILIDADE LIMITADA <input type="radio"/> SOCIEDADE EM LIQUIDACÃO <input type="radio"/> SOCIEDADE EM ADMINISTRAÇÃO <input type="radio"/> SOCIEDADE EM LIQUIDACÃO <input type="radio"/> SOCIEDADE EM ADMINISTRAÇÃO <input type="radio"/> SOCIEDADE EM LIQUIDACÃO <input type="radio"/> SOCIEDADE EM ADMINISTRAÇÃO	
33. TIPO DE SERVIÇO: <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO BÁSICO <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (S.A.E.)	
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS: 224 (FUNÇÃO LOGOTIPO: 35)	
35. SERVIÇO DE CADASTRO DE USUÁRIOS: <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	
36. TIPO DE SERVIÇO: <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO BÁSICO <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO <input type="radio"/> SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (S.A.E.)	
37. TRANSPORTADORA: <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PRIVADO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PRIVADO	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS
PRESENCIAIS E/OU POR DELEGATIAÇÃO

38. RESPONSÁVEL LEGAL	RAPHAEL DE PAIVA MOURA BARROS	CPF: 036.790.638-79
CDO – Registro código e descrição	22.49.05	
39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL	GABRIEL AMARAL SOUZA	CPF: 404.834.009-91
CONSELHO PROFISSIONAL	CRO-0 424567-16-SP	
CDO – Registro código e descrição	22.49.05	
40. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO		CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL		REGISTRO
CDO – Registro código e descrição		
41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO		CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL		REGISTRO
CDO – Registro código e descrição		
42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO		CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL		REGISTRO
CDO – Registro código e descrição		

VII – ANEXOS
PRESENCIAIS E/OU POR DELEGATIAÇÃO

43. LOCAL DE PARÓQUIA	44. FUNÇÕES DE RADIACÃO	45. ATIVIDADES
RELACIONADAS À PREVENÇÃO DE DOENÇAS DE SAÚDE	INSPEÇÃO E EQUIPAMENTOS DE INTERFERÊNCIA SAÚDE	RELACIONADAS À PRÁTICA DE INTERFERÊNCIA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PRESENCIAIS E/OU POR DELEGATIAÇÃO

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIR, CIVIL E CRIMINALMENTE, TODAS AS RESPONSABILIDADES PELA VERDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

LOCAL: _____ DATA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ – ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

Endereço: Rua Doutor Benedito Cursino dos Santos, nº 101 – CEP: 12030-190
Telefones: (12)3621-6036 / (12)3621-3800

Enviado os arquivos se solicitação para licença do Laboratório Einstein via protocolo on line : Protocolo 1715/2022



UPA CENTRAL.SP - TIPO III




PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LICENÇA VISA FARMÁCIA

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ**
SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Av. José Roberto Bueno de Mattos, s/nº - Esplanada Independência
fone: 3631-7903 E-mail: pmlvs@taubate.sp.gov.br

CONTROLE DE PROCESSO

Protocolo	Data
1846/22	21/07/22


Requerente
PMT UPA CENTRAL - INSTITUTO ESPERANÇA

Assunto
ALTERAÇÃO DADOS CADASTRAIS

Observação
R BENEDITO CURSINO DOS SANTOS, 101 *Respostaria Médica*

Profissional - Administrativo
JULIANA PINHEIRO,

Taubaté, 21 de julho de 2022
Horário:








PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LICENÇA VISA ODONTOLOGIA

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ**
SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Av. José Roberto Bueno de Mattos, s/nº - Esplanada Independência
fone: 3631-7903 E-mail: pmt.vs@taubate.sp.gov.br

CONTROLE DE PROCESSO

Protocolo	Data
2283/2022	23/08/2022


Requerente
PMT - UPA CENTRAL - IESP

Assunto
ALTERAÇÃO DADOS CADASTRAIS

Observação
ATIVIDADE ODONTOLÓGICA
ALTERAÇÃO RESPONSÁVEL LEGAL RAFAEL DE ASSIS VIEIRA VIVEIROS

Profissional - Administrativo
JULIANA PINHEIRO

Taubaté, 23 de Agosto de 2022
Horário: 15:46 HS







PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

CERTIDÕES DE RESPONSABILIDADE TÉCNICAS

CRM

CFM-CRM
Conselho Federal e Regional de Medicina

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**CERTIFICADO DE REGULARIDADE
DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**

Inscrito sob CRM nº	CNPJ nº	Inscrição	Validade
923446	45.175.005/0001-08	08/07/1998	31/07/2023

Razão Social
PREF MUN DE TAUBATE

Nome Fantasia
PR SOCR MUNICIPAL DE TAUBATE

Endereço
R BENEDITO CURSINO DOS SANTOS 101

Município/UF
TAUBATÉ/SP

CEP
12030-190

Responsável Técnico
RAFAEL DE ASSIS VIEIRA VIVEIROS - CRM/SP nº199688

Classificação
SERVICOS HOSPITALARES DE URGENCIA E EMERGENCIA

Este certificado atesta a **REGULARIDADE** da Inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina em cumprimento à Lei nº 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.880 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até **31/07/2023**. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

São Paulo, 09 de Setembro de 2022.


DR. ANGELO VATTIMO
DIRETOR / SECRETÁRIO



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

COREN

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT

(Resolução COFEN nº 509 de 15 de março de 2016)

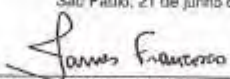
Validade: De 21/06/2022 à 21/06/2023

O COREN-SP expediu o presente documento, designando como Responsável Técnico pela Gestão Assistencial na área de Enfermagem:

Nome da Enfermeira: DRª JULIANA MARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO COREN-SP nº: 361233
Horário: 2ª a 6ª - 08h00 às 17h00 Carga Horária: 40h00min/Sem
Instituição Contratante: INSTITUTO ESPERANÇA
Endereço: AVENIDA ITALIA 928 SALA 1508 Bairro: JD NACOES
CEP: 12030212 Cidade: TAUBATE Estado: SP
Local de Atuação: UPA CENTRAL DE TAUBATE
Endereço: RUA DR BENEDITO CURSINO DOS SANTOS 101 Bairro: CENTRO
CEP: 12030190 Cidade: TAUBATE Estado: SP
Anotação: 115327 Data: 21/06/2022 Livro: 285 Folha: 18E

Identificação Nº: 37367/2017/118484

São Paulo, 21 de junho de 2022


JAMES FRANCISCO PEDRO DOS SANTOS
COREN-SP 63.543
Presidente

Para sua segurança, este documento possui mecanismo para validação de autenticidade. Para confirmar a veracidade dessas informações, acesse: <http://autenticidade-do-corem-sp.mta.corem-sp.gov.br> e utilize o código de acesso: 116E10F72CF e a data do documento: 21/06/2022
Código de segurança: 6132625931335381625327633286303234322388230337646465638536366531



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

LABORATÓRIO



CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA DA
1ª REGIÃO (SP, MT, MS)



REQUERIMENTO

At (a)
Presidente do CRBio-01

Razão Social Laboratório Especial Instituto Degradado (LTA)		CNPJ 41.792.340/0001-09	
Endereço Rua Benedito Cursino dos Santos		M/101	
Componente Prato Sistema Municipal	Cidade Taubaté	UF SP	CEP 12030-190
Telefone () 12 3321.8001	Telefone ()	Site (http)	E-mail
Responsável legal GABRIEL APARÍCIO SILVA		CPF 486.837.688-41	RG 31.984.619-1
Endereço R Dr Paulo de Moura Andrade		M/ 301	
Componente Casa	Cidade Taubaté	UF SP	CEP 12030-190
Telefone ()	Cidade	() 981510090	E-Mail GAB.SILVA@fotmail.com
*Vale ressaltar que este requerimento requer:			
SERVICO REQUERIDO - PESSOA JURÍDICA			
<input type="checkbox"/> Inscricao de Empresa no Município	<input type="checkbox"/> Registro Ata de Constituinte	<input type="checkbox"/> Matr. Ambiental e Biodiversidade	<input type="checkbox"/> Cadastro Socio
	<input type="checkbox"/> Estratologia e Produção	Nome do(a) Profissional	
<input checked="" type="checkbox"/> Indicação de Responsável Técnico	Telefone ()	Cidade () 12 3961510096	E-mail GAB.SILVA@fotmail.com
<input type="checkbox"/> Renovação de Termo de Responsabilidade Técnica	<input type="checkbox"/> Alteração Contratual	<input type="checkbox"/> Anulação de Atestado de Capacitação Técnica	
<input type="checkbox"/> Emissão de Termo de Responsabilidade Técnica	<input type="checkbox"/> Correção de Registro para Cadastro	<input type="checkbox"/> Outros (especificar)	
<input type="checkbox"/> Cancelamento de Registro/Cadastro	<input type="checkbox"/> Correção de Cadastro para Registro	Outros (especificar)	
Lugar:			
Responsabilizo-me por exatidão e veracidade das informações acima, ciente que, se feita declaração, serei sujeito às penas de Lei.			
Nestas condições peço deferimento:			
Lugar e data	Assinatura do Responsável Legal	Assinatura do Responsável Técnico (Biólogo)	
PARA USO EXCLUSIVO DO CRBio-01			
Recebido em: / /	Observação:	Nº do Processo	
Assinatura do funcionário			





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

RADIOLOGIA

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 5ª REGIÃO
SÃO PAULO
Serviço Público Federal

INDICAÇÃO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

EMPRESA OU ENTIDADE INDICADORA DO SUPERVISOR

Razão Social _____ INSTITUTO ESPERANÇA-IESP
 CNPJ _____ 10.779.749/0001-32 Setor de _____ RADIOLOGIA
 Endereço _____ AV. ITALIA nº _____ 928
 Complemento _____ SALA 1508-ED THE ONE OFF TOWER Bairro _____ JARDIM DAS NAÇÕES
 CEP _____ 12030-212 Cidade _____ TAUBATÉ UF _____ SP
 Tel. fixo (12) _____ 3621-3844 Tel. celular (_____) _____ e-mail _____ institutoesperanca@iesp.org.br

Requer o credenciamento de Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, de:

Profissional indicado(a) _____ DIEGO DE ANDRADE RIBEIRO
 CRTR nº _____ 351767 CPF nº _____ 213.987.804-02
 Tel. fixo (_____) _____ Tel. celular (12) _____ 98189-5491 e-mail _____ andrade.d.ribeiro@gmail.com

Relação empregatícia ou contratual:
 Funcionário CLT Funcionário Público Prestador de Serviços

EMPRESA OU ENTIDADE ONDE SERÁ PRESTADO SERVIÇO

Razão Social _____ INSTITUTO ESPERANÇA-IESP
 CNPJ _____ 10.779.749/0001-32 Setor de _____ RADIOLOGIA
 Endereço _____ R. DR. BENEDITO CURSINO DOS SANTOS nº _____ 101
 Complemento _____ UPA-CENTRAL Bairro _____ CENTRO
 CEP _____ 12030190 Cidade _____ TAUBATÉ UF _____ SP
 Tel. fixo (12) _____ 3621-6036 Tel. celular (_____) _____ e-mail _____ institutoesperanca@iesp.org.br

Nestes termos, pede Deferimento,
 _____, Taubaté, _____ de _____ de 2022.

1507 Avenida Dr. S. Tadeu
 Centro - Taubaté - SP
 CEP - 12030-212

Carimbo e assinatura do(a) Responsável legal da Empresa Indicadora _____

Diego de Andrade Ribeiro
 Diretor de Assistência Radiológica
 Carimbo e assinatura do(a) Profissional indicado(a) _____

CRTR 5ª Região/SP
 Rua Iluminária, nº 189 - Santana - CEP 01257-020 - São Paulo - SP - Tel. (0XX11) 2189-5490 - 2189-8602 - 2189-5411
 Fax (0XX11) 2189-5499 e-mail: crtrsp@iesp.org.br - site: www.iesp.org.br





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

EMPRESA OU ENTIDADE INDICADORA DO SUPERVISOR

Razão Social: INSTITUTO ESPERANÇA-IESP
 CNPJ: 10.779.749/0001-32 Setor de: RADIOLOGIA
 Endereço: AV ITALIA nº 928
 Complemento: SALA 1508-ED.THE ONE OFF TOWER Bairro: JARDIM DAS NAÇÕES
 CEP: 12030-212 Cidade: TAUBATÉ UF: SP
 Tel. fixo (12): 3621-3844 Tel. celular () e-mail: instituoesperanca@iespe.org.br

Requer o credenciamento de Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, de:

Profissional indicado(a): DIEGO DE ANDRADE RIBEIRO
 CRTR nº: 351767 CPF nº: 213.987.898-02
 Tel. fixo () Tel. celular (12): 98199-5481 e-mail: andrade.d.ribeiro@gmail.com

Relação empregatícia ou contratual:
 Funcionário CLT Funcionário Público Prestador de Serviços

EMPRESA OU ENTIDADE ONDE SERÁ PRESTADO SERVIÇO

Razão Social: INSTITUTO ESPERANÇA-IESP
 CNPJ: 10.779.749/0001-32 Setor de: RADIOLOGIA
 Endereço: R. DR.BENEDITO CURSINO DOS SANTOS nº 101
 Complemento: UPA-CENTRAL Bairro: CENTRO
 CEP: 12030190 Cidade: TAUBATÉ UF: SP
 Tel. fixo (12): 3621-6036 Tel. celular () e-mail: instituoesperanca@iespe.org.br

Nestes termos, pede Deferimento.

TAUBATÉ, 04 de JULHO de 2022

Lucio Roberto da S. Toledo
 Gerente Administrativo
 CPF: 41079184-4

Carimbo e assinatura do(a) Responsável legal da Empresa indicadora

Carimbo e assinatura do(a) Profissional indicado(a)

CRTR 5ª Região-SP
 Rua Herculano, nº 169 - Sumaré - CEP 01257-010 - São Paulo - SP - Tel.: (0XX11) 2189-5409 | 2189-3402 | 2189-3411
 Fax: (0XX11) 2189-5409 - e-mail: contat@conter.org.br





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FARMÁCIA


Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

Rua Antonio Manoel Bando, 95 - Centro
Bairro José dos Campos - SP - CEP: 12045-002
Tel.: (12) 3921-4044

NÃO É VÁLIDO COMO PROTOCOLO, NÃO CONFERE REGULARIDADE AO ESTABELECIMENTO PERANTE AO CRF-SP.

Atendimento At: 3.876 020
Atividade: 375 - Atividade (prestado individual) - Atividade
Estrutura: 5302426 - MUN TAUBATÉ
Farmacêutico: 11084216 - LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS
Exigências: PARA DAR PROSSEGUIMENTO AO TRAMITE APRESENTAR:
- CARTÃO CNPJ
- CONTRATO DE GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL COM A PREFEITURA (COPIA SIMPLÉS)
- FARMÁCIA PRIVATIVA DE UBSPSIVAMA APRESENTAR DECLARAÇÃO ASSINADA PELO FARMACÊUTICO QUE ESTÁ ASSUMINDO RESPONSABILIDADE TÉCNICA, DISPONDO SOBRE SUAS ATIVIDADES E SE HÁ DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA SVS/MS Nº 344/99 E/OU DE MEDICAMENTOS REFERENTES A PROGRAMAS DISTAIDS, TUBERCULOSE Hanseníase E/OU MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO
- VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS FARMACÊUTICOS

- BARRA ET ANTIBIÓTIC 2207 7022 A HORA

Atendente: 
Data: 26/10/2023

Observação:

Apresentar documentos exigidos, juntamente com os documentos anexados a esta exigência.

O CUMPRIMENTO DESTAS EXIGÊNCIAS, NÃO IMPEDE OUTRAS EXIGÊNCIAS APÓS A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

REVISÃO DE PRONTUÁRIO DE ÓBITOS

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SIM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/tema, cidade, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUTAS:		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, itens checados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e checadas, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhado, Tipo de ambulância)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ALTA (Data médica e evolução da enfermagem da Alta)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (Número do B.O. e anexado)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 30/11/2023				
REVISOR: ELIZABETH NEBDO				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SIM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da rua pública, n.º, complemento, bairro/bairro, telefone, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES:		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, itens checados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, diárias e checados, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da alta)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVASÃO (número do B.O. e anexos)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 30/11/2016				
REVISOR:				
		<p>Ana Paula de J. P. Barros COREN 1201576 TE</p>		






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		R. 2575		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		Out 2013		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública nº, complemento, Bairro/distrito, telefone municipal, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUITAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Responsabilidade, etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diários e checadas - Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhado, Tipo de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem de Alta)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (Número do B.D. e anexado)		<input checked="" type="checkbox"/>		
			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 30/11/2013				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		Nº CONT. 09124		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento	X			
Sexo	X			
Nome da mãe	X			
Número do CNS	X			
Endereço completo (nome da via pública, nº complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)	X			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO N/A		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	X			
CONDUZAS	X			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	X			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Campos: Itens checados, etc.)	X			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM NÃO N/A		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE listras e checadas, Admissão)			X	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X			
CROSS	X			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhado, Tipo de ambulância)			X	
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem do Alta)			X	
ÓBITO			X	
EVASÃO (número do B.O. e anexado)	X			
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/2024				
REVISOR:  COREN 02167474				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SIM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e legível				
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, itens checkados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e específicas, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de Alta)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (número do B.O. e anexado)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/22				
REVISOR: <i>Ass. (Rubrica) P. Maria LOREN JUVINHO YR.</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo e legível			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome da mãe			
Número do CNS			
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/distrito, telefone, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (FA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDUTAS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, itens checados, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e chegadas, Admissão)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CROSS			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhado, Tipo de ambulância)			
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da Alta)			
ÓBITO			
EVASÃO (número do B.O. e anexado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: <i>02/04/2015</i> REVISOR: <i>Ass. Tereza de J. P. Moraes</i> <i>CORREÇÃO</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/distrito, telefone, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (FA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUTAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, itens checados, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e checadas, Admissão)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhado, Tipo de ambulância)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da Alta)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (Número do B.O. e anexo)	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/23 REVISOR: <i>[Assinatura]</i> CREN: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		Nº		
		V = 29/12		
		PA = 29/12		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível				
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/bairro, telefone, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		X		
CONDUZAS		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Contém assinatura, Exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Contém itens checados, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			X	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e checadas, Admissão)			X	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			X	
CROSS			X	
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhado, Tipo de ambulância)			X	
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da Alta)			X	
ORITO		X		
EVASÃO (número do B.O. e anexada)			X	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 29/12/12				
REVISOR: Ass. Paula M. J. P. Alves CORREN 1291574 TR				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	RA. 23575
	REVISÃO DE ÓRITOS	Rev. 5018

Nome do paciente:	Paciente Apoiada dos Santos Gabriel	
Data de nascimento:	24/12/1998	
Nome da mãe:	Márcia de Lima dos Santos	
Atendimento:		
Sector:	Emergência	Leito

DADOS DO ÓRITO		
Data do Órto:	11/11/2022	Número do Órto:
Ass do Órto:		000191
Diagnósticos:	Intoxicação exógena, desidratação, HIV (+) (SIC) Super Cate), demagão de desidratação, SPOC	
Causa Mortal (Transferência A.O):	intoxicação exógena	

Nº	PERGUNTA	SI	NAO
1	Paciente possui comorbidades?		✓
2	O paciente possui condições para internar?	✓	
3	Se sim, qual o motivo, detalhar?		✓
4	Paciente em contato próximo?		✓
5	Com antecedente e presença de causa e não resposta no orientador?	✓	
6	A morte foi devida a uma doença ou complicação esperada?	✓	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento oportuno?	✓	
8	Foram realizadas ações educativas e orientações com evidência de desacomodamento da morte?	✓	
9	Plano Terapias e Apoiar?	✓	
10	Houve falha no planejamento/procedimento de trabalho? Qual?		✓
11	Protocolos e diretrizes (revisão aplicável)? Caso sim Qual?	✓	

PARECER DO REVISOR	
Informações das perguntas são suficientes para revisão:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se Não Justificar:	
Exemplificar: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Faltante	
Classificação com antecedente de Órto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se Não Justificar:	
CLARIFICAÇÃO DO ÓRITO	
<input checked="" type="checkbox"/> Órto a ser revisado <input type="checkbox"/> Órto a ser arquivado <input type="checkbox"/> reanalisado	
Considerações:	
Assinatura e Carimbo médico Revisor:	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	K 13315
	REVISÃO DE ÓBITOS	F 133215

Nome do paciente:	Rosa Aparecida Ruffino	
Data de nascimento:	05/04/1951	
Nome da mãe:	Yvnia Fátima Ruffino	
Atendimento:		
Sétor:	Emergência	Leito:

DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	19/11/2022	Número do DO:
Ano do Óbito:		3530 64441
Diagnóstico:	IC descompensada / DRC	
Causa Mortal (Transcrição de OI):	depois de cardiogênica hipertensão arterial	

Nº	PERGUNTA	SIM	NAO
1	Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	O diagnóstico ou condições era instável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Cia um caso terminal, irreversível?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Paciente em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Foi reportada a presença de dor e está regular/irregularmente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi devida a uma causa de expectativa esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As medidas para evitar o óbito foram tomadas, no momento oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ficam manifestações reconhecidas / comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Plano Terapêutico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Houve falha no plano terapêutico/prevenção do óbito? Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Procedido a medidas técnicas apropriadas? Caso sim Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROCEDO DO REVISOR

Informações para procedimentos subsequentes para revisão: Sim Não

Se Não Justificar:

Encaminhamento: SVD ML Fisiologia

Conspicuidade com o estabelecimento de Obitos: Sim Não

Se Não Justificar:

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO

Óbito a esperar Óbito inesperado indeterminado

Considerações:

Assinatura e Carimbo médico Revisor:

DR. RAFAEL VIVEIROS
CIRURGIÃO GERAL
CRM: 12143 / RQE 12290





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	RA - 02593	
	REVISÃO DE ÓBITOS	Reviz. 07/24	
Nome do paciente: <i>Paulo Roberto dos Santos</i>			
Data de nascimento: <i>11/03/1961</i>			
Nome da mãe: <i>Regina de S. Santos</i>			
Atendimento: <i>-</i>			
Sexo: <i>-</i> Lado: <i>-</i>			
DADOS DO ÓBITO			
Data do Óbito: <i>25/11/2022</i>		Número do CO: <i>35306529-8</i>	
Ano do Óbito: <i>-</i>			
Diagnósticos: <i>Infecção sistêmica, Infecção localizada</i>			
Causa Morte (Término A.O.): <i>Hipertensão arterial, Aterosclerose</i>			
M7 - PERGUNTA			
1	Existe alguma comorbidade?	SI	NÃO
2	O diagnóstico / condição era previsto?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Existem casos prévios semelhantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Existem antecêdentes patológicos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Em decorrência da presença de causa e sua evolução no prébito?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento prébito?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Foram realizadas intervenções / condutas como suporte de manutenção da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Plano Terapêutico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Foram feitas no plano terapêutico prescrições no último? Quais:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Intervenções e medidas técnicas aplicadas? Caso sim, quais:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICADOR DO REVISOR			
Informações dos prontuários são suficientes para revisão: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
Localizamento: <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> IMC <input checked="" type="checkbox"/> Externa			
Circunstância com envolvimento do Óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
<input type="checkbox"/> Óbito a esclarecer <input checked="" type="checkbox"/> Óbito esclarecido <input type="checkbox"/> Interbitos			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			

Dr. Paulo Roberto dos Santos
Cirurgião Geralista
CRM - SP 12030-212

ERROR JORN:54712

NPS.FILBLO.ERROR (COD: 11-013)





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		EP - 21380
REVISÃO DE ÓBITOS		Nat 3625
Nome do paciente:	Leticia Vilela de Amorim	
Data de nascimento:	07/10/1985	
Nome da mãe:	Leticia Vilela de Souza	
Atendimento:	+	
Sexo:	Feminino	Leto
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	19/11/2022	Número do Obit: 160358
Via de Óbito:		
Diagnóstico:	PCR	
Causa Mortal (Transição A-C):	PCR	
PERGUNTAS		
1) Paciente possui comorbidades?	SI	NAO
2) O diagnóstico é compatível com o falecimento?	<input checked="" type="checkbox"/>	
3) Há um histórico recente de doenças?	<input checked="" type="checkbox"/>	
4) Paciente em uso de medicamentos?	<input checked="" type="checkbox"/>	
5) Há recorrência e presença de sinais e sintomas registrados no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	
6) A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	
7) Há medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/>	
8) Há manifestações epuoréticas / contusões ou evidência de desmoldagem/úlceras?	<input checked="" type="checkbox"/>	
9) Fato: Toxicológico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	
10) Houve dano no plano físico/psíquico/emocional do corpo? Qual?	<input checked="" type="checkbox"/>	
11) Previsões e orientações específicas? Caso sim, qual?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DO REVISOR		
1) Alterações nos procedimentos de confirmação para óbito: (X) Sim () Não		
2) Se Não Justificar:		
3) Suplementar: () SVD () IML () Forense		
4) Concordância com encaminhamento do Óbito: (X) Sim () Não		
5) Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
(X) Óbito real () Óbito escusado () Inicial		
Constatações:		
Assinatura e Carimbo Médico Revisor:	 DR. KARLA VIVIANA Médica Revisor	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	01-20013
	REVISÃO DE ÓBITOS	Rev. 2009
Nome do paciente: <i>Benedito Veloso de Andrade</i>		
Data de nascimento: <i>11/08/1991</i>		
Nome da mãe: <i>Elizete dos Santos</i>		
Alfabetamento: <input type="checkbox"/>		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Fêmea		
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito: <i>11/11/2022</i>		Número do CID: <i>35322491.2</i>
Município do Óbito: <input type="checkbox"/> Taubaté <input type="checkbox"/> São João do Rio Preto		
Diagnóstico: <i>AVC M</i>		
Causa Mortal (ICD-10): <i>Hemorragia subaracnóide</i>		
PERGUNTAS		
1	Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2	Atendimentos (curativos) em domicílio?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3	Em um caso especial, transição?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	Paciente em cuidados paliativos?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	For reconhecido a presença de sinais e está registrado no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6	For feita divisão a uma causa de Certificação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas (tratamento paliativo)?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	Foram mantidas (ou reconhecidas) e comunicadas como as causas de estabelecimento de morte?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	Foram Verificada Aplicadas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10	Foram feitas (ou) para transferência/comunicação de vitalidade? Quais?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	Procedimentos e técnicas especiais aplicadas? Caso sim, quais?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PROCEDER DA REVISÃO		
Objetivos da Revisão são suficientes para revisão: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
Se Não Justificar:		
Fundamentação: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
Comentários (com encaminhamento do CID): <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
<input type="checkbox"/> Óbito a reanalisar <input checked="" type="checkbox"/> Óbito estabelecido <input type="checkbox"/> Óbito não estabelecido		
Considerações:		
Assinatura e Carimbo Médico Revisor:		

DR. RAFAEL VYRIBIOS
Osteoecônomo
Médico Revisor





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	1001 18553
	REVISÃO DE ÓBITOS	18 - 22198

Nome do paciente:	<i>Luciano da Silva</i>
Data de nascimento:	<i>20/06/1945</i>
Nome da mãe:	<i>Apuleia da Silva</i>
Alcance:	
Sexo:	Leto

DADOS DO ÓBITO	
Data Óbito:	<i>20/11/2023</i> (Número de DO: <i>35308996-8</i>)
Ido do Óbito:	
Diagnósticos:	<i>Septo de feto uterino - Hipocalcemia 100% de morte - AC</i>
Causa Mortal (Transição A-C):	<i>Morte feto - Hipofosfatemia Septo pré-mortal - AC de 20 Anos - insuficiência hepática</i>

Nº	PERGUNTA	SIM	NÃO
1	Presença de sinais corroborados?		
2	Diagnóstico e conduta em dúvida?	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Se um caso terminal, inevitável?	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Padrão em doenças prévias?		<input checked="" type="checkbox"/>
5	For recorrente a presença de sinais e está registrada no prontuário?		<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	As medidas para evitar a morte foram tomadas, no momento oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Existem informações relevantes e corroboradas para evidência do estabelecimento da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Foi o Terapeuta Aplicado?		
10	Foram feitos os planos terapêuticos/óbitos de cuidado? Quais:	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Foram e/ou foram óbitos aprovados? Caso SIM Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

PARCELA DO REVISOR	
Informações que possam ser relevantes para revisão: (S) SIM (N) NÃO	
Se Não Justificou:	
Exatidão da informação: () SIM () NÃO () Faltante	
Utilização da OCA em cumprimento do Óbito: (S) Sim () Não	
Se Não Justificou:	

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO	
<input type="checkbox"/> Óbito a esclarecer	<input checked="" type="checkbox"/> Óbito esclarecido
<input type="checkbox"/> Incompleto	

Considerações:	
Assinatura e Controle médico Revisor:	<i>DR. RAFAEL VIVIANOS</i> <i>20/11/2023</i> <i>18:22</i>





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	FA-35453
	REVISÃO DE ÓBITOS	16/07/2022

Nome do paciente	APRIL ANTONIO DE FARIAS
Data de nascimento	21/08/1967
Nome da mãe	APRIL ROSE DE FARIAS
Alcance	
Sexo	
Laudo	

CADASTRO DO ÓBITO	
Data Óbito	17/11/2022
Idade do Óbito	55 30:53:24 - 4
Diagnóstico	
Causa Mortal (Transição A-C)	Hemorragia subaracnóide traumática devido a obstrução

PERGUNTA	Sim	Não
1. Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Sanguíneo / <input type="checkbox"/> convulsão em intervalos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cita em todo momento, intervalos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Paciente em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Foi realizada a presença da causa e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Há medidas para evitar a causa futura tomadas no momento proposto?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Outras manifestações reconhecidas / comunicadas para avaliação do estabelecimento de saúde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Plano Terapêutico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Houve falta no planejamento/acompanhamento do cuidado? Caso sim:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prevenção e controle óbito aplicado? Caso sim:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DO REVISOR	
Informações dos prontuários são suficientes para avaliar:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se Não Justificar:	
Identificação: () SVO () RAL () FARMACIA	
Concordância com o estabelecimento de Óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se Não Justificar:	

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO	
<input type="checkbox"/> Óbito associado	<input checked="" type="checkbox"/> Óbito voluntário
<input type="checkbox"/> Intencional	
Considerações:	
Assinatura e Carimbo médico Revisor:	

DR. RAPHAEL VITÓRICO
Médico Revisor
CRM: 108287/SP

ERROR: (RND:5377)
XPS.FILE:O.ERROR(ERROR CODE: 11-1018)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Cláudio

	FORMULÁRIO	52-25750
	REVISÃO DE ÓBITOS	hist 29115

Nome do paciente:	<i>Blairi Lactes de Oliveira</i>
Data de nascimento:	<i>16/05/1993</i>
Nome da mãe:	<i>Regina de Oliveira da Silva</i>
Atendimento:	
Setor:	
Leito:	

DADOS DO ÓBITO	
Data Óbito:	<i>26/11/2022</i>
Local do Óbito:	
Diagnóstico:	<i>UVA / Septicemia</i>
Causa Mortal (Descrição A.O.):	<i>Embolização séptica da aorta, sepse de foco urinário complicada com insuficiência renal aguda, hipertensão arterial sistólica</i>

PERGUNTA	SIM	NÃO
1. Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. U. Hospitalar / condição pré-existente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Era em casa em casa (residência)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Paciente em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Foi identificada a presença de lesão e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A morte foi devida a uma causa ou complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento apropriado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Foram realizadas intervenções / conduta com evidência de desfecho favorável de morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Foram Testes/Apliques:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Foram feitas as plenas interações/procedimentos de cuidado? Quais:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Votou-se a respeito de FICAs aplicadas? Caso em UVA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRESENCIA DO REVISOR

Informações nos prontuários são suficientes para revisar: Sim Não

Se Não Justificar:

Prontuários: Sim Não Faltante

Integração com prontuários de Óbito: Sim Não

Se Não Justificar:

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO

Óbito a esclarecer Óbito esclarecido Inclassificável

Considerações:

Assinatura e Contribuição Médico Revisor:

DR. RAFAEL APARECIDO
ASSISTENTE SOCIAL
REVISOR DE ÓBITOS





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Clife de assistência

		FORMULÁRIO	
		REVISÃO DE ÓBITOS	
Nome do paciente: <i>Diego de Jesus Silva</i>			
Data de nascimento: <i>26/03/1954</i>			
Nome da mãe: <i>Paula Evangelina de Jesus</i>			
Abandono: <input type="checkbox"/>			
Setor:		Leito:	
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito: <i>26/11/2020</i>		Número do Obit: <i>35368530 - B</i>	
Local do Óbito: <i>inferno de saúde de Taubaté</i>			
Diagnóstico: <i>Infecção aguda de intestino delgado</i>			
Causa Mortal (Transcrição A.G.): <i>Infecção Aguda de Intestino</i>			
PERGUNTAS			
		SIM	NÃO
1	Paciente preso / contido?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Diagnóstico / condição anormais?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Se um caso terminal / imortal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Prontidão em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Se identificada a presença de câncer e está registrada no prontuário?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi devido a uma causa ou complicação óbvia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	As medidas para evitar a disseminação, sangue, no momento prático?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Existem manifestações incomuns / condições com evidência de disseminação de morte?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Plano Terapêutico Aplicado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Morte aguda no prazo regulamentar/obscuro de causas? Grave?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Procedura e direções a serem aplicadas? Caso em Questão	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PROCEDER DO REVISOR			
Informação dos prontuários são suficientes para revisão: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
Causa Mortal: <input type="checkbox"/> GIC <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/> Pulmão			
Categorização com encaminhamento do Obit: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO (M)ÓBITO			
<input type="checkbox"/> Óbito a esperar <input checked="" type="checkbox"/> Óbito oculto <input type="checkbox"/> Inevitável			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo Médico Revisor:			

DR. RAFAEL ANTONIO
Medicina Geralista





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	FA-29082
	REVISÃO DE ÓBITOS	Rev. 29938
Nome do paciente:	CABANE SILVIA DE LINDO DA SILVA	
Data de nascimento:	27/11/1963	
Nome da mãe:	Marta Antunes da Silva	
Atenimento:		
Sexo:		Leto:
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	27/11/2022	Número do OOB: 000018
Diagnósticos:	R.R. agravado infecção bacteriana por bacil	
Causa Morta (I90/I95/A.C.):	Infecção bacteriana por bacil	
PERGUNTA		
	SIM	NÃO
1. Paciente passou por cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O diagnóstico condiz com o caso?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Há um caso derivado, repetido?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Paciente em contato prévio?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi realizada a procura de causa e esta registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A morte foi devida a uma causa ou complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento apropriado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Foram manifestações não esperadas / complicadas como evidência de desmatamento de risco?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Plano Terapêutico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Houve falta no plano terapêutico/procedimento de cuidado? Causa:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prontuário e exames clínicos anexados? Caso sim, Causa:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRECEDER DO REVISOR		
Informações dos prontuários são suficientes para avaliar: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar:		
Insuficiência: <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> T.R.L. <input type="checkbox"/> Faltante		
Dados clínicos não justificam o óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
<input checked="" type="checkbox"/> Óbito natural <input type="checkbox"/> Obvencimento <input type="checkbox"/> Inconhecido		
Considerações:		
Assinatura e Carimbo médico Revisor:		

Dr. Ricardo Mendes
Carimbo circular com nome e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	Nº: 29192	
	REVISÃO DE ÓBITOS	000207 Fa: 25912	
Nome do paciente: <i>Adriana de Jesus Pereira</i>			
Data de nascimento: <i>05/03/1958</i>			
Nome da mãe: <i>Yvaira dos Santos de Jesus</i>			
Atendimento:			
Setor: _____ Lato: _____			
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito: <i>05/11/2022</i> Número de DO: <i>00207</i>			
Ano do Óbito: _____			
Diagnóstico: <i>PCR por causa pulmonar, etiológica</i>			
Causa Mortal (Transcrição A-1): <i>PCR em etiológica</i>			
PERGUNTAS			
1	Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
2	Diagnóstico / condição pré-existente?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
3	Está sob algum tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
4	Passou por outros países?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
5	Por necessidade e presença de causa a não registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
6	A morte foi devido a uma causa ou circunstância esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas no momento preciso?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
8	Existem manifestações irreversíveis / concluídas com a ocorrência do desfecho/ocorrência da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
9	Terapia terapêutica aplicada?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
10	Houve falha no plano terapêutico/procedimento de cuidado? Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
11	Intoxicação e outras causas especiais? Causa em Obito	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
OPINIÃO DO REVISOR			
Informações das práticas são suficientes para emitir: (S) Sim (N) Não			
De Não Justificar:			
Envolvimento de: (S) SVD (N) Não (F) Fumante			
Compatibilidade com o preenchimento do Óbito: (S) Sim (N) Não			
De Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
<input checked="" type="checkbox"/> Óbito natural <input type="checkbox"/> Óbito escusado <input type="checkbox"/> Não classificado			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			

DR. MARCELO VIEIRA DOS SANTOS
Médico Revisor





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE ÓBITOS			
Nome do paciente:	ROBERTO DE SOUZA PEDRO		
Data de nascimento:	28/12/1948		
Nome da mãe:	SEBASTIANA DE SOUZA		
Assimilado:	18993		
Sector:	EMERGÊNCIA		
Leito:			
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito:	02/11/2022		
Número de DO:	35308326-7		
Aus do Óbito:	EMERGÊNCIA		
Diagnóstico:	ICM		
Causa Mortal (Classificação A-C):	CHOCQUE CARDIOGÊNICO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO HIPERTENSÃO ARTERIAL		
PREGUNTA			
Nº	PERGUNTA	SIM	NAO
1	Paciente possui comorbidades?	X	
2	O diagnóstico / condição era tratável?	X	
3	Éto em risco vital? (obscuro)?		X
4	Procedido em cuidados paliativos?		X
5	Foi reconhecida a presença da doença e está registrada no prontuário?	X	
6	A morte foi devido a uma causa de complicação esperada?	X	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, se houverem alguma?	X	
8	Fiver manifestações reconhecidas / comunicadas (como ausência de desenvolvimento da morte)?	X	
9	Plano Terapêutico Aplicado?	X	
10	Havia lista no plano terapêutico/comunicação do cuidado? (Qual):		X
11	Protocolos e diretrizes clínicas aplicadas? (Caso sim Causa: DIRETRIZES DE RCP)	X	
PARECER DO REVISOR			
Informações das prontuárias são suficientes para avaliar: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
Encaixamento: () SVD () MA () Fisiológica			
Concordância com o estabelecimento de Óbito: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
() Óbito a esconder (X) Óbito esclarecido () Inconclusivo			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			

DR. MAGALDI OLIVEIRA
Cirurgião Geral
RUBENS MAGALDI OLIVEIRA






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISÃO DE ÓBITOS	
Nome do paciente:	JOSE MENINO DOS SANTOS		
Data de nascimento:	02/02/1962		
Nome da mãe:	MARIA JUSTINA ALVES SANTOS		
Atendimento:	18768		
Setor:	EMERGÊNCIA	Leito:	03
GRUPO DO ÓBITO			
Data Óbito:	02/11/2022		
Número do DIC:	35308393-3		
Via do Óbito: EMERGÊNCIA			
Diagnósticos	SERPE DE FOCO URINÁRIO ARRITMIA CARDÍACA HPE - HIPERPLASIA PROSTÁTICA BÉNIGNA DM HAS		
Causa Morta (Título da A.O.)	CHOCUE SÉPTICO SERPE GRAVE INFECÇÃO URINÁRIA DIABETES MELITUS HIPERTENSÃO ARTERIAL		
Nº PERGUNTA			
1	Placenta possui corpodísticas?	SIM	NÃO
2	O diagnóstico (condição era latente)?	X	
3	Ela ocorreu dentro (latente)?	X	
4	Paciente em cuidados paliativos?		X
5	Foi orientado a presença de causa e está registrado no prontuário?		X
6	A morte foi óbvia e uma causa ou complicação esperada?	X	
7	As medidas para evitar a falha foram tomadas, realizadas (práticas)?	X	
8	Foram manifestações reconhecidas / consideradas como evidência do desenvolvimento da morte?	X	
9	Plano Terapêutico Aplicado?	X	
10	Houve falha no plano terapêutico/procedimento do cuidado? Qual:	X	
11	Protocolos e diretrizes oficiais aplicadas? Caso sim Qual:	X	X
PERCEÇÃO DO REVISOR			
Informações dos prontuários são suficientes para revisão: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
Encaminhamento: () SVD () IM: (X) Funerária			
Concordância com encaminhamento do Óbito: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
() Óbito a investigar (X) Óbito esclarecido () Óbito incompleto			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo Médico Revisor:			
 DR. MARCELO AUGUSTO DE ALMEIDA CRM - SP 114117			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE ÓBITOS			
Nome do paciente:	WALTERIO BITTENCOURT DIAS FILHO		
Data de nascimento:	04/04/1950		
Nome da mãe:	ANA GABRIELA JUNQUEIRA DIAS		
Atendimento:	17504		
Sala:	SEMI-INTENSIVA Leito: 07		
DADOS DO CASO			
Data Óbito:	02/11/2022		
Nº de Óbito:	SEMI-INTENSIVA		
Número da DO:	35308325-9		
Diagnóstico:	NEOPLASIA DE VESÍCULA BILIAR ISA RAG CHOCQUE SÉPTICO		
Causa Mortal (Transcrição I.C.O.):	CHOCQUE SÉPTICO DE FÓCOS MULTIFOCAL NEOPLASIA MALIGNA DE VESÍCULA NEOPLASIA MALIGNA DE ESTÔMAGO CAQUEXIA		
PREGUNTA			
Nº	PERGUNTA	SIM	NÃO
1	Paciente possui comorbidades?	X	
2	O diagnóstico / condição era instável?		X
3	Era um caso terminal, irreversível?	X	
4	Paciente em cuidados paliativos?	X	
5	Foi reconhecida a presença da causa e esta relatada no prontuário?	X	
6	A morte foi devida a uma causa de ocorrência esperada?	X	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento apropriado?	X	
8	Foram realizadas intervenções / intervenções como evidência de distanciamento da morte?	X	
9	Plano Terapêutico Aplicado?	X	
10	Houve falta no plano terapêutico/procedimento de cuidado? Qual:		X
11	Protocolos e diretrizes clínicas aplicadas? Caso em Questão	X	
PARECER DO REVISOR:			
Informações dos questionários são suficientes para revisão: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
Encaminhamento: () SVD () IML (X) Funeral			
Concordância com encaminhamento de Óbito: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO:			
() Óbito a aguardar (X) Óbito esperado () Intercessão			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			

DR. RAFAEL VIVEIROS
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM 104.270-0/SP





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	
REVISÃO DE ÓBITOS	
Nome do paciente:	BENEDITA GRILLO AFONSO
Data de nascimento:	21/04/1946
Nome da mãe:	SEBASTIANA MENDES
Abandono:	18590
Setor:	EMERGÊNCIA Leto: DE
DADOS DO ÓBITO	
Data Óbito:	05/11/2022
Área do Óbito:	EMERGÊNCIA Número da DO: 35308388-7
Diagnósticos:	1 RNC 2 IJU 3 TU CEREBRAL METÁSTICO 4 ANEURISMA AÓRTICA
Causa Mortal (Transmissão do):	CHOC SEPTICO SÉPSIS FOCO URINÁRIO INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO TUMOR CEREBRAL ANEURISMA AÓRTICO
II - PERGUNTA	
1 Paciente possui comorbidades?	Sim Não
2 O diagnóstico / condição era tratável?	X S
3 Era em caso terminal / irreversível?	X S
4 Paciente em estado paliativo?	X S
5 Foi reconhecida a presença de sinais e está registrada no prontuário?	X S
6 A morte foi prevista e uma classe ou condição esperada?	X S
7 As medidas para evitar a morte foram tomadas, no momento apropriado?	X S
8 Foram manifestações reconhecidas / comunicadas como sintomas de desencadeamento da morte?	X S
9 Plano Terapiático Aplicado?	X S
10 Houve falta no plano terapêutico/proceder do cuidado? DIAGN	X S
11 Protocolos e diretrizes foram aplicadas? Causa em causa PALIATIVA	X S
PRECEB DO REVISOR	
Informações dos óbitos são suficientes para revisão: () Sim () Não	
Se Não Justificar:	
Encerramento: () SVD () IM (X) Faltante	
Classificação com encerramento do Óbito: (X) Sim () Não	
Se Não Justificar:	
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO	
É Dado a assistência: (X) Óbito Isolado () Interrelativo	
Observações:	
Assinatura e Carimbo médico Revisor:	






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULARIO			
REVISÃO DE ÓBITOS			
Nome do paciente:	CELIA DE MORAIS DOS SANTOS		
Data de nascimento:	08/02/1983		
Nome da mãe:	ANA RIBEIRO DE MORAIS		
Atendimento:	19475		
Setor:	EMERGENCIA		
Leito:			
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito:	07/11/2022		
Número da Obit:	3038826-7		
Atividade Óbito:	OBITUÁRIA		
Diagnóstico:	ÓBITO		
Causa Mortis (Transcrição A-G):	INFARTO AGUDO MIOCARDIO ARRITMIA CARDIACA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL		
Nº - PERGUNTA		SIM	NÃO
1	Paciente possui comorbidades?	X	
2	O diagnóstico e condição era clara?	X	
3	Está em caso terminal / irreversível?		X
4	Paciente em cuidados paliativos?		X
5	Foi identificada a presença de causa e está registrada no prontuário?	X	
6	A morte foi devida a uma causa (o diagnóstico) esperada?	X	
7	As medidas para evitar a morte foram tomadas no momento apropriado?		X
8	Foram realizadas intervenções / observadas sinais evidentes do desenvolvimento da morte?	X	
9	Plano Terapias Apoiadas?		X
10	Atualizado sobre o plano terapêutico/cuidados do óbito? Qualis:		X
11	Previdido a diretores, clínicos aplicadas? Caso sim Qualis:		X
PAROCELO DO REVISOR			
Informações dos prontuários são suficientes para revisão: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
Equipamento: () SVO () IMI () X / Placenta			
Condições de encaminhamento do Óbito: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
() Óbito a esperar (X) Óbito violento () Óbito suspeito			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			


DR. RAFAEL VIVEROS
 CRP 100000-0
 R. J. VIVEROS





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	P. 203 60
	REVISÃO DE ÓBITOS	61-20393

Nome do paciente:	Miguel Ferreira Brasil	
Data de nascimento:	24/06/1978	
Nome da mãe:	Milda Ferreira Brasil	
Atendimento:		
Setor:	emergência	Leito:

DADOS DO ÓBITO	
Data Óbito:	14/11/2022
Número do DO:	35308443-3
Idioma:	Português
Causa Morte (Transição A-C):	Insuficiência cardíaca aguda decorrente de infarto

N.º	PERGUNTA	SIM	NÃO
1	Paciente possui antecedentes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	O diagnóstico / condição era fatal?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Está em caso de suicídio, eivrosuicídio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Paciente em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	For reconhecida a presença da causa e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	A morte foi devido a uma causa ou contaminação externa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas no momento apropriado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Foram manifestações reconhecidas / comprovadas como existência de deterioração antes da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Plano Terapêutico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Foram feitas as ações necessárias/procedimentos de cuidado? Quais:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Procedimentos de avaliação clínica aplicados? Quais são Quais:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE DO REVISOR

Informações dos prontuários são suficientes para revisão: Sim Não

Se Não Justificar:

Presente em: SVD RM Federal

Classificação (com encaminhamento do Óbito): Sim Não

Se Não Justificar:

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO

Óbito a evidência Óbito evidência Óbito inconclusivo

Considerações:

Assinatura e Carimbo Médico Revisor:

DR. RAFAEL NAVEIROS
CRÉDITO GERAL
CRMV-121548 / 15/02/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	64 - 23500
	REVISÃO DE ÓBITOS	Rua 26188

Nome do paciente	LUCAS DOS SANTOS	
Data de nascimento	24/11/2022	
Nome da mãe	LUCINE GONZAGA DOS SANTOS DA SILVA	
Apartamento		
Setor		Leito

DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito	24/11/2022	Número do DO: 35.3.8498-0
Ade do Códex		
Diagnóstico	Pneumonia, Síndrome do pulmão, do tipo viral	
Causa Mortal (Transição A-D)	Síndrome do pulmão, do tipo viral	

PERGUNTA	Sim	Não
1. Paciente possui comorbidades?		
2. O diagnóstico / condição era notável?	✓	
3. Era um caso terminal / irreversível?	✓	
4. Paciente em quarentena prévia?		
5. Foi monitorado a presença de sinais e está registrado no prontuário?		✓
6. A morte foi decorrente de uma doença ou condição aguda?	✓	
7. As medidas para evitar o óbito foram tomadas no momento apropriado?	✓	
8. Foram manifestações reconhecidas / comunicadas como evidência de deterioração antes da morte?	✓	
9. Plano Terapêutico Aplicado?	✓	
10. Houve falha no plano terapêutico/procedimento de cuidado? Qualis:	✓	
11. Proceções e diretrizes clínicas aplicadas? Caso sem Class.	✓	

PARER DO REVISOR	
Informações dos prontuários são suficientes para revisão:	Sim / Não
Se Não Justificar:	
Envolvimento:	() SIM (X) NÃO
Compartilhado com encaminhamento de Óbito:	Sim / Não
Se Não Justificar:	

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO	
() Óbito a ser reavaliado	(X) Óbito estabelecido
() reavaliado	
Considerações:	
Assinatura e Carimbo médico Revisor:	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		159 - 21609
REVISÃO DE ÓBITOS		Reviz 29/123
Nome do paciente:	Ana Carolina de Souza	
Data de nascimento:	21/06/1944	
Nome da mãe:	Nádia Benedita de Jesus	
Atendimento:		
Sexo:		Idade:
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	19/11/2022	Número do Obit: 353063984
Local do Óbito:		
Diagnóstico:	Infecção por coronavírus	
Causa Mortal (Transmissão & C):	Clique aqui para mais informações	
PERGUNTA		
Nº	PERGUNTA	SIM NÃO
1	Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/>
2	O diagnóstico / condição era tratado?	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Em um caso terminal, irreversível?	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Paciente em cuidados paliativos?	<input checked="" type="checkbox"/>
5	For reconhecida a presença da causa e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi emitida a uma taxa de complacência esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>
7	As razões para emitir a causa foram listadas no formulário padrão?	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Foram manifestadas recusações / contestações como evidência de desconhecimento da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Plano Terapêutico foi atualizado?	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Houve falta no plano terapêutico/prevenção do contato? Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Procedimentos e situações críticas específicas? Caso em Questão:	<input checked="" type="checkbox"/>
IMPEDIR DO REVISOR		
Informações dos prontuários são suficientes para revisão: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar:		
Empreendimento: <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> LAR <input checked="" type="checkbox"/> Funcional		
Compatibilidade com encaminhamento do Obit: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
<input checked="" type="checkbox"/> Óbito a registrar <input type="checkbox"/> Óbito não registrar <input type="checkbox"/> Incompleto		
Considerações:		
Assinatura e Carimbo médico Revisor:		

[Assinatura]
DR. KENNEDY VIVIANOS
DIREÇÃO GERAL
AVENIDA ITALIA, 928 - 15º ANDAR - JARDIM DAS NAÇÕES





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	FR-13471	
	REVISÃO DE ÓBITOS	Revisão Grau 390	
Nome do paciente:	Mônica Aparecida Papa Maccari		
Data de nascimento:	12/05/1950		
Nome da mãe:	Dileza Papa Maccari		
Atendimento:			
Sexo:	Letra		
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito:	10/11/2023	Número do DO: 35308495-0	
Age em Óbito:			
Diagnóstico:	Leucemia		
Causa Mortal (Transmissão A.J):	Leucemia, insuficiência renal, Hipertensão		
PERGUNTA			
Nº	PERGUNTA	SI	NAO
1	Paciente possui comorbidades?		
2	Integridade funcional era adequada?	X	
3	De um lado lateral, incontinência?	X	
4	Paciente em cuidados paliativos?		X
5	Foi reconhecida a presença de ruído e está registrada no prontuário?		X
6	A morte foi devido a uma causa de complicação esperada?	X	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento apropriado?	X	
8	Quais manifestações foram codadas / classificadas como evidência de desmorbamento de morte?	X	
9	Plano Terapêutico Aplicado?	X	
10	Houve falta no plano terapêutico/prestado durante? Onde:	X	
11	Processos e práticas culturais aplicadas? Onde em Onde:	X	X
INFORMAÇÕES DO REVISOR			
Informações dos prontuários são suficientes para revisão: (SI) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
Circunstâncias (SI) Sim () Não () Forçada			
Circunstância não justificou o Óbito (SI) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
() Óbito a pedido (X) Óbito inesperado () Interdição			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor			

DR. RAFAEL VIVEIROS
CRUZAMENTO GERAL
CRM/SP - 158.888 / R13.123.888





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		RA - 2025-26	
REVISÃO DE ÓBITOS		Resumo 29934	
Nome do paciente:	João Patrício de Araújo		
Data de nascimento:	28/06/1934		
Nome da mãe:	Anjuma Joazeira Pinho		
Atendimento:			
Sexo:	LARI		
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito:	25/11/2022	Número do CID: 2320.8536-0	
Ata de Óbito:			
Diagnóstico:	NEM, Hipertensão, anemia, apendicite		
Causa básica (transmissão A-D):	Respiratória, tuberculose, diabetes, apendicite		
PERGUNTA			
Nº	PERGUNTA	SIM	NAO
1	Apresenta alguma comorbidade?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	É idoso(a) / com alguma deficiência?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Está em uso regular de medicamentos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Procedente em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Foram realizadas a prescrição de laque e sua regularidade no processo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	A morte foi prevista e um plano de cuidados esperados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As medidas para evitar a transmissão foram tomadas, no momento do óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Foram realizadas as notificações (comarcenses) como avaliação de desfecho do óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Plano Terapêutico aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Houve falta no plano terapêutico/prevenção do óbito? Qual?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Procedimentos e cuidados especiais aplicados? Caso sim, qual?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INÍCIOS DO REVISOR			
Indicações de procedimentos adicionais possíveis: 00 Dias			
De Não Justificar:			
Empreendimento: () RVD () RDI () Fome dia			
Categorização com respeito à Lei nº 10.741/03: () Sim () Não			
De Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
() Óbito inesperado () Óbito evitável () Óbito prevenível			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo Médico Revisor:			


DR. KARIM HATTAB
 CLÍNICA GERAL
 CRMSP 199.868 / RCP 122.963





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		
REVISÃO DE ÓBITOS		
Nome do paciente:	<i>Ana Luiza dos Santos</i>	
Data de nascimento:	<i>25/11/1920</i>	
Nome da mãe:	<i>Isabela S. C. dos Santos</i>	
Atendimento:		
Sector:	<i>Letal</i>	
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	<i>29/11/22</i>	
Idade do Óbito:		
Duodenário:	<i>DM, desidrata, melrose, sin fúnebre latec, stoma febra, TDV persistente, sin fúnebre fúnebre</i>	
Causa Mortal (Transcrição A. U):	<i>Letal</i>	
PERGUNTA		
1. Acidente ocorreu como esperada?	Sim	Não
2. O diagnóstico coincide com o real?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Há um relato tempestivo, memorável?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Ocorreu em situação adequada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O diagnóstico é preciso e a causa é bem definida no prontuário?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. A morte foi prevista e (em caso de complicação) esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Há medidas para evitar a causa foram tomadas no momento oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Foram realizadas intervenções / condutas (com auxílio de documentação e/ou de mãe)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Plano Terapêutico Aplicado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ocorrência de óbito inesperada ou inesperada? Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Histórico e evolução de relato adequado? Caso em Questão:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PARTE DO REVISOR		
Identificação dos profissionais do sistema de saúde: () Sim () Não		
Se Não Justificar:		
Classificação do óbito: () SVD () JVL () Fúnebre		
Concordância com o diagnóstico de Óbito: () Sim () Não		
Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
(X) Óbito a ventilar () Óbito não a ventilar () Intermediário		
Considerações:		
Assinatura e Carimbo Médico Revisor:	<i>DR. RAFAEL VIEIRA</i> C.R.C. 105.148 / 11/11/2022	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	FA- 26419	
	REVISÃO DE ÓBITOS	R.1622	
Nome do paciente:	Marta de Fátima de Jesus 20/08		
Data de nascimento:	12/01/1956		
Nome da mãe:	Janaína de Jesus		
Atendimento:	Leito		
Sócio:			
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito:	07/11/2022	Número do DO: 319308287-3	
Ass do Óbito:			
Dignidade:	BPM ICD		
Causa Mortal: (Transcrição à II)	respiratório crônico, insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes mellitus		
Nº	PERGUNTA	SIM	NÃO
1	Paciente possui comorbidades?	✓	
2	O diagnóstico é específico para morte?	✓	
3	É um caso terminal, irreversível?	✓	
4	Paciente em estado paliativo?	✓	
5	Foi reconhecida a presença de óbito e está registrada no prontuário?	✓	
6	A morte foi devida a uma causa ou complicação esperada?	✓	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas no momento apropriado?	✓	
8	Foram realizadas reconstruções / procedimentos com evidência de desconforto da morte?	✓	
9	Plano terapêutico adequado?	✓	
10	Houve falta no plano terapêutico/protocolo do óbito? Questão:	✓	
11	Protocolo e critérios clínicos aplicáveis? Causa do Óbito:	✓	
INFORMER DO REVISOR			
Informações dos prontuários são suficientes para revisão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
Engenharia: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Concordância com encaminhamento ao Óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
<input type="checkbox"/> Óbito e eutanásia <input checked="" type="checkbox"/> Obstrucionista <input type="checkbox"/> Inconsciente			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo do médico Revisor:			

DR. RAFAEL VIVIEROS
CRÉDITO Nº 121.049 / 101.001.988





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	FR - 14623	
	REVISÃO DE ÓBITOS	10/07/2023	
Nome do paciente: Henrique do Silva Afreijón			
Data de nascimento: 01/02/1979			
Nome da mãe: Maria Benedita do Silva Afreijón			
Atendimento: +			
Setor:		Leito:	
USUÁRIO DO CARTÃO			
Data Cad.: 11/11/2022		Numero de ID: 3520 8334 - J	
Dia do Cad.: _____			
Diagnóstico: _____			
Causa Mortal (Transmissão A.O.): Choque Séptico / Síndrome de Descompensação Respiratória			
PERGUNTA			
1	Paciente possui comorbidades?	SI	NAO
2	O diagnóstico é compatível com a história?	SI	NAO
3	Se sim em qual(s) doença(s) especificar?	SI	NAO
4	Paciente em uso de medicamentos?	SI	NAO
5	Na reconstrução e cronologia da causa e está registrada no prontuário?	SI	NAO
6	A morte foi direta e única causa de interrupção esperada?	SI	NAO
7	As condições para enter e causa foram tomadas de acordo com o protocolo?	SI	NAO
8	Foram realizadas informações / atualizações sobre existência do documento de óbito?	SI	NAO
9	Foram realizadas informações / atualizações sobre existência do documento de óbito?	SI	NAO
10	Foram feitas as devidas atualizações de dados? Quais?	SI	NAO
11	Proceder e destino a serem adotados? Caso em Questão.	SI	NAO
PROCEDER DO REVISAR			
Informações dos profissionais são suficientes para o caso? (Sim) (Não)			
Se Não Justificar: _____			
Concordância com o prontuário do Óbito (Sim) (Não)			
Se Não Justificar: _____			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
<input type="radio"/> Óbito esclarecido <input checked="" type="radio"/> Óbito esclarecido <input type="radio"/> Óbito não esclarecido			
Considerações: _____			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	154.18442	
	REVISÃO DE ÓBITOS	Out. 6745	
Nome do paciente: <i>João Batista dos Santos</i>			
Data de nascimento: <i>15/03/1935</i>			
Nome da mãe: <i>Felicidade Maria dos Santos</i>			
Abandono:			
Gênero:			
Lado:			
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito: <i>16/11/2022</i>		Número do Obit: <i>3520 B992-5</i>	
Ade do Óbito:			
Diagnóstico: <i>Insuficiência cardíaca em ATB VO</i>			
Causa Mortal (Transição A-C): <i>Síndrome Apagada, após de fase aguda, após tratamento</i>			
PERGUNTA			
Nº	PERGUNTA	SI	NAO
1	Exatidão post-mortem constatada?		
2	Condição de conservação e acondicionamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Exatidão de causa terminal, transmissão?	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Exatidão em condições ambientais?		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Exatidão reconhecida e preservada a causa e não represente no post-mortem?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi devido a uma causa de contaminação aguda?	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento próprio?	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Exatidão manifestações, reconhecidas, comunicadas sobre existência de desenvolvimento de morte?	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Exatidão Terapêutica aplicada?	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Exatidão sobre no caso terapêutica (casos de morte)? Qual:	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Exatidão e (exatidão) causas aplicadas? Caso em Obit:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
IMPEDIR DO REVISOR			
Informações das perguntas são suficientes para revisão: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
Causa Mortal: <input type="checkbox"/> Obit <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Faltando			
Comunicação com o estabelecimento do Obit: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO			
<input type="checkbox"/> Óbito a esclarecer <input checked="" type="checkbox"/> Óbito esclarecido <input type="checkbox"/> Inconclusivo			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			
 DR. FLÁVIO VIVÊNCIO CIRURGIÃO GERAL CRMSP: 109.488 104.102.984			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	BA-18025
	REVISÃO DE ÓBITOS	Reviz 200/15
Nome do pagante:	Fátima de Souza	
Data de nascimento:	25/11/1945	
Nome da mãe:	Luciana de Souza de Oliveira	
Atendimento:		
Sector:	Linha	
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	08/11/2022	Número do Óbito: 353083295
Nome do Óbito:		
Depressão:	Ansiedade	
Causa Mortal (Inscrição A, B, C):	Hemorragia digestiva alta, insuficiência hepática, insuficiência renal	
PERGUNTAS		
	Sim	Não
1. O falecido possuía condições?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O falecimento ocorreu em trabalho?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Era um caso de suicídio, intencional?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faleceu em ambiente público?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Há suspeita de presença de toxas e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A morte foi devido a uma doença ou contaminação específica?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As condições de trabalho e/ou de casa foram, de modo algum, prejudiciais?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Foram realizadas necropsias / comunicações com o médico do estabelecimento de saúde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Há Teste de Toxinas Agudas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Houve contato com o agente biológico (se houver) - Causa:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Houve contato com o agente químico? - Causa: (se houver)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARCELOS DO REVISOR		
Identificação dos profissionais não suficientes para revisão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar:		
Enquadramento: <input type="checkbox"/> RVD <input type="checkbox"/> IWA <input type="checkbox"/> Família		
Compatibilidade com o Cadastro de Óbitos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
<input type="checkbox"/> Óbito não natural <input checked="" type="checkbox"/> Óbito natural <input type="checkbox"/> Incerto		
Considerações:		
Assinatura e Carimbo do Médico Revisor:		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	15A-02300																																																
	REVISÃO DE ÓBITOS	Reviz. 5/11/2024																																																
Nome do paciente: João Luiz de Moraes Data de nascimento: 21/04/1963 Nome da mãe: Maria de Souza Moraes Atendimento: Setor: Letor:																																																		
DADOS DO ÓBITO																																																		
Data Óbito: 16/11/2022		Numero da DO: 05308379-0																																																
Via do Óbito: Diagnóstico: HDA, IAM, HAS Causa Mortal (Término A.C): Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença hipotensionada, insuficiência cardíaca congestiva																																																		
PERGUNTA																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>PERGUNTA</th> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Paciente possui comorbidades?</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>O diagnóstico / evolução era típico?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Está um caso terminal / inevitável?</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Paciente em cuidados paliativos?</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>O atendimento e o diagnóstico de causa e está registrado no prontuário?</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>As medidas para evitar a causa foram tomadas, ou tomadas próprias?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Foram manifestadas reações e/ou complicações com evidência de desenvolvimento da morte?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Plano Terapêutico Aplicado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Foram feitas as ações de prevenção/controle de causas? Outras:</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Procedimentos e testes em caso suspeitos? Caso em Caso:</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>			Nº	PERGUNTA	Sim	Não	1	Paciente possui comorbidades?		X	2	O diagnóstico / evolução era típico?	X		3	Está um caso terminal / inevitável?		X	4	Paciente em cuidados paliativos?		X	5	O atendimento e o diagnóstico de causa e está registrado no prontuário?	X	X	6	A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	X		7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, ou tomadas próprias?	X		8	Foram manifestadas reações e/ou complicações com evidência de desenvolvimento da morte?	X		9	Plano Terapêutico Aplicado?	X		10	Foram feitas as ações de prevenção/controle de causas? Outras:	X		11	Procedimentos e testes em caso suspeitos? Caso em Caso:	X	X
Nº	PERGUNTA	Sim	Não																																															
1	Paciente possui comorbidades?		X																																															
2	O diagnóstico / evolução era típico?	X																																																
3	Está um caso terminal / inevitável?		X																																															
4	Paciente em cuidados paliativos?		X																																															
5	O atendimento e o diagnóstico de causa e está registrado no prontuário?	X	X																																															
6	A morte foi devido a uma causa ou complicação esperada?	X																																																
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, ou tomadas próprias?	X																																																
8	Foram manifestadas reações e/ou complicações com evidência de desenvolvimento da morte?	X																																																
9	Plano Terapêutico Aplicado?	X																																																
10	Foram feitas as ações de prevenção/controle de causas? Outras:	X																																																
11	Procedimentos e testes em caso suspeitos? Caso em Caso:	X	X																																															
INDICAR DO REVISOR																																																		
Informações das pranchas são suficientes para revisão: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Não Justificar: Atendimento em UPA <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> UME <input type="checkbox"/> SO Hospitalar Circunstância do óbito (atendimento em UPA) <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Não Justificar:																																																		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO																																																		
<input type="checkbox"/> Óbito a esclarecer <input checked="" type="checkbox"/> Óbito esclarecido <input type="checkbox"/> Óbito não esclarecido																																																		
Considerações: Assinatura e Carimbo médico Revisor: DR. RAFAEL VIVEIROS CONDIÇÃO GERAL 09/11/2024 14:18:59																																																		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	FA- 1702B
	REVISÃO DE ÓBITOS	Rev. 2501
Nome do paciente: <i>Julio Martins de Souza</i>		
Data de nascimento: <i>14/01/1952</i>		
Nome da mãe: <i>Shirley Regina de Souza</i>		
Atendimento: _____		
Setor: _____		
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito: <i>02/11/2022</i>		Número do OX: <i>35 3063 91-9</i>
Razão do Óbito: _____		
Diagnósticos: <i>AVC, AVC agudo isquêmico, hipertensão sistólica, síndrome coronariana aguda, infarto</i>		
Causa Mortal (Transição A-II): <i>AVC isquêmico, insuficiência renal aguda, infecção de trato urinário</i>		
Nº	PERGUNTA	SIM NÃO
1	Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/>
2	O diagnóstico é condizente com a história?	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Está em caso terminal, irreversível?	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Presença em ambiente paliativo?	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Foi reconhecida a presença de causa e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A morte foi devida a uma causa de complicação esperada?	<input checked="" type="checkbox"/>
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Fuam realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Foram realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Foram realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Foram realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Foram realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Foram realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Foram realizadas intervenções / condutas como resultado do reassessment da morte?	<input checked="" type="checkbox"/>
TÍTULOS DO REVISOR		
Informação de continuidade são suficientes para revisão: (S) Sim () Não		
Se Não Justificar: _____		
Incompleto(s): () SIM () NÃO () Faltam		
Concordância com o encaminhamento do Óbito: (S) Sim () Não		
Se Não Justificar: _____		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
() Óbito a solicitar (S) Óbito a solicitar () Interrogatório		
Considerações: _____		
Assinatura e Carimbo médico Revisor: _____		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO	54. 19.557
	REVISÃO DE ÓBITOS	Event 02150
Nome do paciente	FRANCISCA DE ALMEIDA DE SOUZA	
Data de nascimento	02/03/1924	
Nome da mãe	ANGELINA DE JESUS DE ALMEIDA	
Atendimento	→	
Sexo	FEM	
JURISDIÇÃO DO ÓBITO		
Data Óbito	07/11/2022	Número do DO 35308392-5
Abstrato Óbito		
Diagnóstico	Sintomas insidioso, progressão rápida	
Causa Mortal (Transição A 12)	Insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda	
PERGUNTA		
1	Paciente possui comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2	O diagnóstico / etiologia está tratado?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3	Em um caso terminal, houve morte?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	Paciente em cuidados paliativos?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	O reconhecimento e prescrição de causas e está registrado no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6	A morte foi decorrente de uma causa ou complicação inesperada?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7	As medidas para evitar a queda foram tomadas, no momento apropriado?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	Fuam tomadas medidas preventivas / corretivas com evidências de desfecho satisfatório de morte?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	Plano Terapêutico Atualizado?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10	Houve falha no plano terapêutico / processo de cuidado? Qual?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	Procedimentos e tratamentos cirúrgicos aplicados? Qual seu qual?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
INFORMAÇÕES DO REVISOR		
Instituições que providenciam os serviços para revisão: () SIM () NÃO		
Se Não Justificar:		
Especialidade(s): () SVO () GME () Fisiologia		
Concordância (SIM) ou discordância (NÃO) do Óbito: () SIM () NÃO		
Se Não Justificar:		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
() Óbito e Isolado () Óbito Isolado () Heterocauso		
Considerações:		
Assinatura e Carimbo médico Revisor		
 DR. ROGÉRIO VIVEIROS CRONOLOGO GERAL CRMSP: 159.869 RPP: 021.543		






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		
REVISÃO DE ÓBITOS		
Nome do paciente:	JOAO FERNANDES DA SILVA	
Data de nascimento:	19071930	
Nome da mãe:	OLIVIA PEREIRA MARIA DE JESUS	
Alergias:	244677 PROCVT 21870	
Setor:	SEM-INTENSIVA Leito: 05	
DADOS DO ÓBITO		
Data Óbito:	24/11/2022	
Núm. do Óbito:	SEMI	
Número do OIC:	35308497-2	
Diagnóstico:	IAM SEM SUPURAÇÃO	
Causa Mortal (Transição A-C):	CRUQUE CARDIOGENICO INFARTO AGUDO MIOCARDIO	
PREGUNTA		
1	Paciente (físico) conhecido?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2	O diagnóstico / condição era tratável?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3	Exia um caso terminal / inevitável?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	Paciente em cuidados paliativos?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	Foi reconhecida a presença de doença e está registrada no prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6	A morte foi prevista a uma data ou com probabilidade esperada?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento possível?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	Fizeram manobras resuscitatórias / cardiocirculatórias com evidência de desentupimento da artéria?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	Ficou Talapê (E.O. Aplicado)?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10	Houve falha no plano terapêutico/prestado do cuidado? Sim/Não	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	Protocolos e diretrizes clínicas aplicados? Citar em qual: _____	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
PARECER DO REVISOR		
Informações dos prontuários são suficientes para análise: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar: _____		
Encaminhamento: <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> IML <input checked="" type="checkbox"/> X Funerária		
Compatibilidade com encaminhamento do Óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se Não Justificar: _____		
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO		
<input type="checkbox"/> Óbito e acidente <input checked="" type="checkbox"/> Óbito espontâneo <input type="checkbox"/> Injustificado		
Considerações:	_____	
Assinatura e Contribuição do Revisor:	 DR. RAFAEL VIVEIROS REVISOR DE ÓBITOS	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE ÓBITOS			
Nome do paciente:	JOSE VIEIRA DOS SANTOS		
Data de nascimento:	01/12/1942		
Nome da mãe:	AMELIA ROSA SARMENTO		
Atendimento:	22132		
Setor:	EMERGÊNCIA		
DADOS DO ÓBITO			
Data Óbito:	19/11/2022		
Ala do Óbito:	EMERGÊNCIA		
Diagnóstico:	DCR DIALÍTICA PNEUMONIA GASTROENTERITE		
Causa Mortal (Transição A.C):	INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA EDSWA ACUDO DE PULMÃO INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA		
Nº PERGUNTA			
1	Paciente possui comorbidades?	SI	NAO
2	É hipertensão / condição em tratamento?	X	
3	É um caso terminal / irreversível?	X	
4	Paciente em cuidados paliativos?		
5	Foi reconhecida a presença da causa e está registrada no prontuário?		X
6	A morte foi óbvia e uma causa ou complicação esperada?	X	
7	As medidas para evitar a causa foram tomadas, no momento apropriado?	X	
8	Foram realizadas intervenções / comunicadas sobre o sintoma do desacomodamento da morte?	X	
9	Plano Terapiático Aplicado?	X	
10	Houve falha no plano terapêutico/prestado de cuidados? Quais:	X	
11	Protocolos e diretrizes clínicas aplicadas? Caso em Curso:	X	X
PARECER DO REVISOR			
Informações de prontuário são suficientes para revisão: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
Encomendamentos: () SVD () ML (X) Paliativo			
Concordância com encaminhamento de Óbito: (X) Sim () Não			
Se Não Justificar:			
CLASSIFICAÇÃO DO CASO			
() Óbito a ser contestado (X) Óbito aceitável () Indeterminado			
Considerações:			
Assinatura e Carimbo médico Revisor:			

JOSE VIEIRA DOS SANTOS
Médico Revisor





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

TAXA DE PRONTUÁRIO MÉDICO FINALIZADO E REVISADO

ARQUIVO ANEXO



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		23794		
	REVISÃO DE INDICADORES				
ÁREA DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS			Nº ATENDIMENTO		
Mãe completo a seguir	SI	NÃO	NA		
Cabe de resumo	<input checked="" type="checkbox"/>				
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>				
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>				
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>				
Endereço completo (nome da via pública nº, complemento, complemento telefônico, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>				
ÁREA DE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (A)			SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (934P)	<input checked="" type="checkbox"/>				
CONDUTA:	<input checked="" type="checkbox"/>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, assinatura, Data Hora, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
AVOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão, Assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>				
ÁREA DE PROFISSIONAL DE OBTENÇÃO DE SERVIÇOS (A)			SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SR, Anotações e Anotações)	<input checked="" type="checkbox"/>				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>				
CYCLOS	<input checked="" type="checkbox"/>				
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)	<input checked="" type="checkbox"/>				
ACTA (De alta, morte e evolução da enfermagem de alta)	<input checked="" type="checkbox"/>				
OBITO	<input checked="" type="checkbox"/>				
EMERGÊNCIA (Número do S.O. e Anotação)	<input checked="" type="checkbox"/>				
OBSERVAÇÕES:					
DATA:					
REVISOR:					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

RECEIÇÃO DE PRONTUÁRIO

2/2015

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo (apenas)			
Data de nascimento			
Sexo			
Residência			
Número do CNP			
Cidade (se diferente de Taubaté) (se não houver, não preencher) (completo), Estado (UF) e CEP			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (BOA)			
CONDIÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinado e Exame físico, etc.)			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, plano de cuidados, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAZ, diário e cheques, etc.)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
PROG.			
TRANSPARENCIA (Linha, Haver, Assessoria) (com o paciente)			
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)			
ÓBITO			
ENCAM. (número de E.D. e serviços)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 10/11/2015			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e legível	SI	NÃO	NA
Data de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome da mãe	SI		
Nome do CNE	SI		
Endereço completo (rua - nº - apt - cidade - UF) - complemento: complemento telefônico, número estado e CEP	SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	SI		
CONDIÇÃO	SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura e número total de...)	SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data, assinatura, etc.)	SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (840 horas e processos Admissional)	SI		
EDIÇÃO DE CONTROLE DE UNAS (UTM)	SI		
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Local, forma, atendimento, tipo de assistência)			
ALTA (Data mínima e evolução da enfermagem de ASA)			
OBITO			
ENCERRAMENTO DO B.O. e anexos	SI		
OBSERVAÇÕES			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
IESP		REVISÃO DE PROFUNDIDADE	
		30/08/19	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo do paciente		SI	NÃO
Data de nascimento			
Sexo			
Nome do mãe			
Nome do DR			
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, CEP) (Obrigatório: endereço, telefone, fax, e-mail e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDUZIR			
INDICAÇÃO MÉDICA (Código, diagnóstico, exame físico, etc.)			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Diagnóstico, Sinais e sintomas, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais e sintomas, adm. med.)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Justa, Injusta, Acidentalidade, Tipo de transferência)			
ALTA (De alta médica, evolução da enfermagem, etc.)			
OBJETIVO			
EVASÃO (resumo de E.O. e justificativa)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 30/08/19			
REVISOR: [Assinatura]			




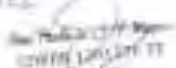


PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
		1234		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e idade				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua, número, complemento, cep, cidade, estado, país e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (diagnóstico, assistência, exames, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (cuidados, intervenções, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados e cuidados - Atividade)				
FOLHA DE CONTROLE DE SIGNAIS VITAIS				
PROCS				
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, acompanhante, tipo de ambulância)				
ACTA (Cl. da doença e evolução da enfermagem da UPA)				
OBITO				
EXAMENS (nome do B.O. e resultado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/07/2022				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do DNS				
Endereço completo (rua de 40 dígitos, nº complemento, complemento, número, complemento, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (diagnóstico, medicação, exames labora. etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, SNOs, cuidados, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SNE, SNEs e Cuidados Adm.)				
EVOLUÇÃO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRISIS				
TRANSPERÊNCIA (Linha, Plano, Acordos, Teste de Intubação)				
ALTA (De alta médica? De evolução de enfermagem ou SNE)				
CÓDIGO				
ENFERMAGEM (Número do SNE e SNEs)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/20				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		19485
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
			SI NÃO NA
Nome completo e legível			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome da mãe			
Número do CNP			
Endereço completo (rua ou av pública / C complemento: bairro/cidade/estado/município) (rua, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRÓXIMO ATENDIMENTO (PA)			SI NÃO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / ECG			
CONDIÇÃO			
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, antibioticoterapia, Exame físico, etc.)			
NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgia, Exame físico, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			SI NÃO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e cuidados de enfermagem)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
ORDEM			
TRANSFERÊNCIA (local, motivo, Assessoria) / Transferência			
ALTA (DI alta médica e evolução da internação de alta)			
OBTI			
EVACUAÇÃO (Número de evacuações e descrição)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 10/11/2017			
REVISOR: 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		10/11/2016		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SÍ ATENDIMENTO		
NOME COMPLETO E SOBRENOME		SI	NÃO	NA
DATA DE NASCIMENTO				
SEXO				
NOME DA MÃE				
NÚMERO DO CNH				
ENDEREÇO COMPLETO (nome da via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONÓSCIA (ATENDIMENTO) (CA)		SI		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SDAE / CONDUTA		SI	NÃO	NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data, Hora, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Data, Hora, etc.)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (RESERVA 24 HORAS)		SI		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAEs e técnicas - intervenções)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRSSE				
TRANSFERÊNCIA (local, horário, acompanhante, Tipo de ambulância)				
ALTA (de alta médica e avaliação de enfermagem) (causa)				
DIETA				
EVASÃO (número de E.O. e datas)				
OBSERVAÇÕES				
				
DATA: 10/11/2016				
REVISOR:				





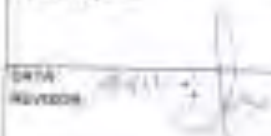
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

REVISÃO DE PRONTUÁRIO
ARQUIVO ANEXO

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		17239		
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo do paciente		SR	MUL	OUT
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Tempo de residência		X		
Número do USU		X		
Endereço completo, incluindo número postal, no momento da admissão (Rua, Número, Bairro e CEP)		X		
UNIDADE - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO ANTERIORES		Nº ATENDIMENTO		
Relatório de atendimento (USU)		SR	MUL	OUT
CONDUZIR		X		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (Carimbo, assinatura, número de registro)		X		
ASSOCIAÇÃO DE SERVIÇOS (Carimbo, assinatura, número de registro)		X		
UNIDADE - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO ANTERIORES (24 HORAS)		Nº ATENDIMENTO		
EXAMENOS MÉDICOS		SR	MUL	OUT
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (AC, SINAIS E SINTOMAS, AVALIAÇÃO)		X		
EXAMES DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
CRIOSE		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de atendimento)		X		
ALTA (do bloco de cuidados e monitoramento de enfermagem ou USU)		X		
ÓBITO				
EXAMENS (Carimbo do S.D. e assinatura)				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	PERÍODO	N.º ATENDIMENTO		
		EM	SÃO	MAI
TIPO III - INSTITUIÇÃO ACREDITADA				
Atendimento em ambulância		X		
Atendimento em casa		X		
Outros		X		
Atendimento em UPA		X		
Atendimento em ambulância		X		
Atendimento em ambulância (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
TIPO II - INSTITUIÇÃO DE PRESTADOR ACREDITADA				
Atendimento em estabelecimento de saúde		X		
Outros		X		
Atendimento em estabelecimento de saúde (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
TIPO I - INSTITUIÇÃO DE PRESTADOR ACREDITADA (EXERCÍCIO EM DOMICÍLIO)				
Atendimento em domicílio		X		
Atendimento em estabelecimento de saúde (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
Atendimento em estabelecimento de saúde (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
Atendimento em estabelecimento de saúde (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
Atendimento em estabelecimento de saúde (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
Atendimento em estabelecimento de saúde (com ou sem atendimento de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e outros)		X		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/2019				
ASSINATURA:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	TOMADA DE		24/10/19
	RECEBIMENTO DE		
UNIDADE DE ATENDIMENTO (UAE)			ATENDIMENTO
Atividade principal (CBO)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
COD (do município)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Distrito			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Nome da UAE			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Nome do UAB			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
UNIDADE DE ATENDIMENTO (UAE) - ATENDIMENTO			ATENDIMENTO
Distrito do atendimento (UAE)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Coordenador			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Profissão Médica (Centro, Atenção, Emergência, etc.)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Associação de Enfermeiros (Cidade, Nome da Associação, etc.)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
UNIDADE DE ATENDIMENTO (UAE) - ATENDIMENTO			ATENDIMENTO
Enfermeiro(a)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Enfermeiro(a) de Referência (UAE) ou de Referência (município)			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Turma de Controle de Qualidade			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
UNICEF			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Transmissão (UAE, Hospital, Associação, etc.) de atendimento			<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Atividade de referência (UAE) ou de referência (município)			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
EMBO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Qualificação (UAE, Hospital, Associação, etc.) de atendimento			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
INSTITUIÇÃO			INSTITUIÇÃO
Nome			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Endereço			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
CEP			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Telefone			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Site			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Outros dados			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Observações			
DATA:			
RENDA:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		22629		
ABRIL DE FORTALEÇEDOS				
ITEM I - (EXISTÊNCIA DE) FACILIDADES		SE ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Horário de atendimento		X		
Local de atendimento		X		
Nome		X		
Nome do UPA		X		
Atende 24h		X		
Atende 2-24h		X		
Oferece atendimento fora do horário de atendimento (atendimento noturno, noturno, sábado e domingo)		X		
ITEM II - EXISTÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS		SI	NAO	NA
PRESTIJO DE ATENDIMENTO 24h		X		
ODONTOLOGIA		X		
PROFISICIONAL MÉDICO (Ginecologia, pediatria, clínica geral, etc.)		X		
ANÁLISE DE URINA (Médico, enfermeiro, técnico, etc.)		X		
ITEM III - EXISTÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (com e sem o enfermeiro)		X		
FICHA DE CONTROLE DE SAÚDE VITAL		X		
CRONO		X		
TRANSCRIÇÃO (com Fichas, exames, etc. de evolução)		X		
SE TIVER ALGUM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO				
OUTRO				
Outros serviços de UPA e serviços				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
RELAÇÃO DE FREQUÊNCIA 21844

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	SI	NO	NA
Nome completo e sobrenome	X		
Nome fantasia	X		
Sexo	X		
Idade	X		
Nome do CID	X		
Forma de contato (nome de um parente ou responsável, endereço e telefone, endereço eletrônico)	X		

TIPO DE CONSULTA (marcar com X)

	SI	NO	NA
INDICADA DE ATENDIMENTO COM	X		
ESPECIALIZADO	X		
ESPECIALIZADO (com ou sem acesso a Exame Laboral)	X		
PARTECIPAÇÃO DE EMPREGADOS (Carimbo, Assinatura, etc.)	X		

TIPO DE CONSULTA DE INTERNAÇÃO (marcar com X)

	SI	NO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	X		
EVOLUÇÃO DE ESPERANÇAS (com ou sem acesso a Exames)	X		
RELATÓRIO DE CONTROLE DE SAÚDE (com ou sem acesso)	X		
CRISIS	X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Atendimento, etc.)	X		
ALTA (com ou sem acesso a Exames)	X		
TIPO			
EXAME (com ou sem acesso)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: / /

REVISOR:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO		REGISTRO	
- RENDIMENTO DE PRODUÇÕES					
ÁREA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			MÉDICOS RESPONSÁVEIS		
NOME COMPLETO E SOBRENOME		CRM		CRM	
DATA DE NASCIMENTO			X		
SEXO			X		
TIPO DE UNIDADE			X		
TIPO DE CADASTRO			X		
PRESENÇA DE PATOLOGIA CRÔNICA OU AGUDA DE INTERESSE DO CONSULTÓRIO (DIABETES, HIPERTENSÃO, ASMA, DOENÇA RENAL CRÔNICA, etc.)		X			
ÁREA DE IDENTIFICAÇÃO DA PRODUÇÃO (LABORATÓRIO)			MÉDICOS RESPONSÁVEIS		
LABORATÓRIO DE ATEROSCLEROSE (LIPÍDIOS)		CRM		CRM	
COLESTEROL			X		
ANÁLISE DE APTIDÃO (Colesterol, Ácido Úrico, Espectroscopia, etc.)			X		
ANÁLISE DE CONFORMAÇÃO (Colesterol, Ácido Úrico, etc.)			X		
ÁREA DE IDENTIFICAÇÃO DE PRODUÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS			MÉDICOS RESPONSÁVEIS		
EXATOS MÉDICOS		CRM		CRM	
EXATOS DE DIAGNÓSTICO DE F. SANG. E TISSUELS (HEMATÓCITO)			X		
EXATOS DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			X		
EXAMES			X		
TRANSFUSIONAIS (SANGUE, PLASMA, DERIVADOS) - TODOS OS GRUPOS			X		
ALTA DE UNIDADE (INCLUSO DE ATRIBUIÇÃO DE ALTA)					
OBITUÁRIO					
EXAMES (SANGUE DE SÍTIO A DISTÂNCIA)					
OBSERVAÇÕES					
DATA: _____					
RENDEDO: _____					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		24051
	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO		
TIPO DE IDENTIFICAÇÃO DESEJADA			IT ATENDIMENTO
<input type="checkbox"/> Não possui a seguinte:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Clínica especializada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sinais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atendimento 24h	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atendimento completo (com ou sem exames de diagnóstico) (laboratório, radiologia, fisioterapia, terapia e CRM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIPO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO (PA)			SI NÃO SIM
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CONSULTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PREVENÇÃO BÁSICA (cariologia, higiene bucal, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PREVENÇÃO DE INFECÇÕES (vacinas, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO E ATENDIMENTO			SI NÃO SIM
<input type="checkbox"/> PATOLOGIA MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO (com exames e consultas - Atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FÓRUM DE CONTROLE DE INFECÇÃO (CCI)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CCI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RELATÓRIO DE ATENDIMENTO (com ou sem Atendimento) (com ou sem Atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO MÉDICO E ENFERMAGEM (com ou sem Atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CRM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CRIANÇA (com ou sem Atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: _____ ASSINATURA: _____			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23628		
MUNICÍPIO DE TAUBATÉ				
INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo do paciente		SE	NÃO	NR
Nome do responsável		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Nome do CDE		X		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP) (se não houver endereço, informar endereço do CDE)		X		
INFORMAÇÕES DE CONTATO E CONTATO (A)		SE NÃO NR		
REGISTRO DE ATENDIMENTO IESP		X		
CONDIÇÃO		X		
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, sintomas, exames, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE EXAMINAÇÃO (diagnóstico, exames, etc.)		X		
INFORMAÇÕES DE HISTÓRICO E AVALIAÇÃO		SE NÃO NR		
INDICAÇÃO MÉDICA		X		
INDICAÇÃO DE EXAMINAÇÃO (diagnóstico, sintomas, exames, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE CONTATO (SE, NÃO, NR)		X		
INDICAÇÃO		X		
TRANSFERÊNCIA (diagnóstico, sintomas, exames, etc.)		X		
ALTA (diagnóstico, sintomas, exames, etc.)		X		
OUTRO				
DIAGNÓSTICO (diagnóstico, sintomas, exames, etc.)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
NOME: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	HISTÓRICO		ICORUP
	SERVIÇOS PRESTADOS		
ÁREA 1 - SERVIÇOS BÁSICOS (Núcleo)			Nº ATENDIMENTO
			Sim
Atendimento de emergência			X
Atendimento de rotina			X
Atendimento de urgência			X
Atendimento de emergência noturna			X
Atendimento de emergência em feriados e dias de descanso			X
Atendimento de emergência em eventos			X
ÁREA 2 - SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO			Sim
Atendimento de emergência especializado			X
Consultas			X
Produção de medicamentos (comprimento, embalagem, prazo de validade)			X
Instalação de infraestrutura elétrica, gás, saneamento etc.			X
ÁREA 3 - SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SOMENTE 2ª CATEGORIA)			Sim
Atendimento médico			X
Atendimento de enfermagem (até 24 horas contínuo)			X
Plano de controle de qualidade			X
Cirurgias			X
Farmácia (com, sem, automedicar e de emergência)			X
ALTA (De alta médica e transferência de emergência de AMU)			
OBJETOS			
OBSERVAÇÕES			
DATA			
REVISOR			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

		FORMULÁRIO		
SISTEMA DE PROMISSÃO		25595		
MÓDULO 1 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE		SE ATENDIDO(S)		
		SIM	NÃO	N/A
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento adequado	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento rápido	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento eficaz	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento educacional	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento com segurança	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento com respeito	X		
MÓDULO 2 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATENDIMENTO		SIM	NÃO	N/A
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento dentro do prazo	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento adequado	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento eficaz	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento educacional	X		
MÓDULO 3 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE		SIM	NÃO	N/A
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento adequado	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento eficaz	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento educacional	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento com respeito	X		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento com segurança	X		
<input type="checkbox"/>	Atendimento dentro do prazo			
<input type="checkbox"/>	Atendimento adequado			
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
ASSINATURA: _____				



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
RECURSOS PRIORITÁRIOS 29871

ÁREA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº DE OCORRÊNCIAS		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do pai	<input checked="" type="checkbox"/>		
Completar campos: nome do pai/mãe, nº de dependentes, endereço completo, endereço, estado e CEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
ÁREA DE PRIORITARIOS DE PRONTA ATENDIMENTO (PA)			
RECURSOS DE ATENDIMENTO IESPA			
CONEXÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
AVULSÃO MÉDICA (Contar apenas 2ª via final, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
REALIZAÇÃO DE EXAMES (Contar com exames, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ÁREA DE REALIZAÇÃO DE DETERMINAÇÃO DE EXAMES A 24 HORAS			
REALIZAÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
REALIZAÇÃO DE EXAMES (Contar com exames, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
REALIZAÇÃO (CONTROLE DE EXAMES) (Contar com exames, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
COBRE	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRABALHADOR (Contar com exames, etc.) (Contar com exames, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA DE 24 HORAS (Contar com exames, etc.) (Contar com exames, etc.)			
CEP			
CEP (Contar com exames, etc.) (Contar com exames, etc.)			
OBSERVAÇÃO:			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 27-295		
MUNICÍPIO DE TAUBATÉ				
GRUPO I - INFRAESTRUTURA BÁSICA		Nº 27-295		
		SM	NÃO	N/A
Nome completo e atual?		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (Rua, nº, cidade, estado, CEP)		X		
GRUPO II - INFRAESTRUTURA DE SERVIÇOS (SERVIÇOS DE SAÚDE)		SM	NÃO	N/A
PRESENCIA DE ATENDIMENTO (SOMENTE)		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESENCIA DE SERVIÇOS (SOMENTE)		X		
PRESENCIA DE SERVIÇOS (SOMENTE)		X		
GRUPO III - REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES (SERVIÇOS DE SAÚDE)		SM	NÃO	N/A
EXERCÍCIO		X		
EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM (SOMENTE)		X		
EXERCÍCIO DE ODONTOLOGIA (SOMENTE)		X		
EXERCÍCIO		X		
EXERCÍCIO DE OUTROS SERVIÇOS (SOMENTE)		X		
ACTA (De 01 a 05 de 05)				
ACTA (De 06 a 08 de 05)				
ACTA (De 09 a 10 de 05)				
ACTA (De 11 a 12 de 05)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
ASSINATURA: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRESTADORES		203574		
ÁREA 1 - INFORMAÇÕES GERAIS DO PRESTADOR		SI	NAI	SI
Nome completo e sobrenome		X		
Tipo de estabelecimento		X		
Razão		X		
Nome do CNPJ		X		
Número do CNPJ		X		
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		X		
ÁREA 2 - ATENDIMENTO E LAÇOS DE COOPERAÇÃO		SI	NAI	SI
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAT)		X		
CREDENCIAMENTO		X		
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE (Código de Atividade - CNIS)		X		
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE (Código de Atividade - CNIS)		X		
ÁREA 3 - INDICADORES DE QUALIDADE DE SERVIÇO E SÍMBOLOS		SI	NAI	SI
INDICADOR DE QUALIDADE		X		
INDICADOR DE PRESTADOR (Sua empresa e suas filiais)		X		
PLANO DE CONTROLE DE QUALIDADE		X		
CREDENCIAMENTO		X		
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE (Código de Atividade - CNIS)		X		
RAT (Ratificação de Atividade - CNIS)		X		
CNPJ				
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE (Código de Atividade - CNIS)				
OBSERVAÇÕES				
DATA DE EMISSÃO				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRECATORIOS		32003		
ÁREA 1 - ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE				
		SIM	NÃO	N/A
Atendimento a legal		X		
Outros procedimentos		X		
Atas		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
ÁREA 2 - PRONTUÁRIOS DE SAÚDE (ESTABELECIMENTO)				
		SIM	NÃO	N/A
Relatório de atendimento		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
ÁREA 3 - PROCEDIMENTOS INTERNOS (ESTABELECIMENTO)				
		SIM	NÃO	N/A
Carta médica		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
Relatório de		X		
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
ASSINATURA:				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

INSTITUTO ESPERANÇA		SECRETARIA DE SAÚDE	
REVISTA DE PROCTURADO		DATA: 20/06/2016	
GRUPO 1 - ATENDIMENTO DE PROCTURADO		ATENDIMENTO	
		SI	NAO
Nome completo e RG			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Número de CPF			
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)			
GRUPO 2 - TRATAMENTO DE PROCTURADO (SINTOMAS)		SI	NAO
PROCTURADO DE ATENDIMENTO EM UPA			
PROCTURADO DE ATENDIMENTO EM UPA			
PROCTURADO DE ATENDIMENTO EM UPA			
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS (Associação de Enfermeiros, etc.)			
GRUPO 3 - INDICADORES DE INTERNAÇÃO (SINTOMAS)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIROS (Sintomas e Sinais - Sinais)			
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMEIROS			
PREVISO			
PREVISO DE ENFERMEIROS (Sintomas e Sinais - Sinais)			
ALTA (Data de alta e evolução de sintomas e sinais)			
ORFIO			
EVASÃO (Número de dias de ausência)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/06/2016			
ASSINATURA			
 _____ RESPONSÁVEL			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRESTADORES

IESP

CASO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	008	009	010
Nome completo e legível			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Nome do pai			
Endereço completo (rua - nº da casa - nº complementar - complemento - cidade - estado - cep)			
CASO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (H.A)	008	009	010
PERÍODO DE ATENDIMENTO (DATA)			
COMPLA			
INDICAÇÃO MÉDICA (exemplo: dor abdominal, febre, etc.)			
INDICAÇÃO DE EXAMES (exemplo: hemograma, etc.)			
CASO 3 - PRESTADOR DE SERVIÇOS (QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO)	008	009	010
AVALIAÇÃO MÉDICA			
AVALIAÇÃO DE SUPLENTE (se houver) e Motivos Anexados			
PLANO DE CONTROLE DE SERVIÇOS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (se houver) Complementar: Função Anexada			
FATO EM que ocorreu a exclusão do atendimento (se houver)			
EXCETO			
EXCETO (complementar: R.O. Anexado)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: _____			
REVISOR: _____			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO		REVISÃO DE INSTALAÇÃO		26/01	
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO INSTANTÂNEO				Nº ATENDIMENTO			
				SM	UAC	MIA	
Qualificação e cargo							
Tipo de recibo				X			
Sexo				X			
Nome do idoso				X			
Identificação				X			
Endereço completo (rua, nº da casa, nº do apartamento, apartamento, número do bloco, cidade/UF)				X			
				X			
UNIDADE - INSTANTÂNEO DE TRATAMENTO A CURA (MIA)				SM	UAC	MIA	
Módulo de atendimento (UAC)							
CONDIÇÃO				X			
PREVENÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura, Nome, Data de...)				X			
INSTALAÇÃO DE SISTEMAS DE CARIÓTIPO (Carimbo, Assinatura, Data de...)				X			
UNIDADE - INSTANTÂNEO DE MONITORAMENTO E INTERVENÇÃO A CURA (MIA)				SM	UAC	MIA	
EVALUAÇÃO MÉDICA							
PREVENÇÃO DE VIT E RMAGEM (MIA) (Carimbo e Assinatura - Intermediário)				X			
PLANO DE CONTROLE DE Níveis UTAS				X			
CPOM				X			
TRANSMISSÃO DE DADOS (Carimbo, Assinatura, Nome, Data de...)				X			
MIA (Carimbo e Assinatura - Intermediário)				X			
OBSERVAÇÕES:							
DATA							
REVISOR							





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		Formulário		2024	
		REGIÃO DE PROFUNDIDADE			
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO		
NOME COMPLETO DO UNIDADE			X		
CNPJ DO UNIDADE			X		
Cidade			X		
Nome do país			X		
Número do CEP			X		
Endereço completo (rua, av, av. paulista, av. coronel, etc.)			X		
Bairro (se houver) e cidade			X		
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO (PA)			SIM		
		SIM	NÃO		
NOME DO ATENDIMENTO (PA)			X		
CORRETO			X		
PRÉSTIO DO SERVIÇO - Centro, ambulatório, posto, etc.			X		
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS (Centro, ambulatório, etc.)			X		
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO (PA) - ESPECIALIZADO			SIM		
		SIM	NÃO		
ESPECIALIZAÇÃO			X		
NOME DO ATENDIMENTO (PA) especializado (ex: cardiologia)			X		
NOME DO CONSULTOR DE SAÚDE ESPECIALIZADO			X		
Cidade			X		
TRANSFÊRENCIA (se houver) de atendimento - Tipo de atendimento			X		
Nº de atendimento (se houver) de referência (ex: 123456)			X		
NOME					
ENDEREÇO (rua, av, av. paulista, etc.)					
OBSERVAÇÕES:					
DATA: 10/12/2024					
ASSINATURA: [assinatura]					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	MUNICÍPIO		
	MUNICÍPIO DE TAUBATÉ		
GRUPO I - ORIENTAÇÃO DO PACIENTE:			
Atendimento a urgência			
Atendimento de emergência			
Atendimento de rotina			
Atendimento de urgência			
Atendimento de urgência de alta complexidade (ex: emergência, trauma, emergência de UTI)			
GRUPO II - PRESTADOR DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS:			
REGISTRO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA			
REGISTRO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA			
PRESTADOR MÉDICO COMUM (atendimento de urgência de alta complexidade)			
PRESTADOR DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (atendimento de urgência de alta complexidade)			
GRUPO III - INDICADORES DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E DE URGÊNCIA:			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ESTABILIZAÇÃO (até 24 horas de observação imediata)			
PLANO DE CONTROLE DE QUALIDADE			
PLANO DE CONTROLE DE QUALIDADE			
TRANSFERÊNCIA (para outros municípios, hospitais, etc.)			
ALTA (de emergência e urgência de alta complexidade)			
ALTA			
EXATIDÃO MÉDICA (até 24 horas)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 11/03/2011</p> <p>SIGNATURA: </p>			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
PRÉVIO DO PRECATÓRIO		DI	MAI	JA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e apelido				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNH				
Endereço completo (rua, número da rua, número do apartamento, bairro, cidade, estado, CEP)				
IDENTIFICAÇÃO DO PRECATÓRIO E DO PRECATORISTA		DI	MAI	JA
NÚMERO DE ATENDIMENTO - SCAF				
NOME DO PRECATORISTA				
PROFISSÃO DO PRECATORISTA (se não houver, preencher com "outros")				
MOTIVO DE EMPREENHABILIDADE (se não houver, preencher com "outros")				
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRESTADO		DI	MAI	JA
EXAMINAR MÉDICO				
EXAMINAR ENFERMEIRO (SE ATENDIDO EM CONSULTA) (se não for, preencher com "outros")				
FOLHA DE CONTROLE DE SAÚDE (se não for, preencher com "outros")				
EXAME				
MATERIAL BIÓPSIA (se não for, preencher com "outros")				
OUTROS (se não for, preencher com "outros")				
DATA				
ASSINATURA				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO		
	SERVIÇO DE PREVENÇÃO		
SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA		DIAGNÓSTICO	
Qual o motivo da visita?		SIM	NÃO
Foi em atendimento?			
Nome			
Idade em anos			
Número do USV			
Estimado tempo (entre 15 e 45 minutos): (1) Atendimento; (2) Exames; (3) Medicamentos; (4) Outros			
SERVIÇO DE PREVENÇÃO (PREVENÇÃO E MONITORAMENTO)		SIM	NÃO
Realizou atendimento de emergência?			
Realizou atendimento de urgência (entre 15 e 45 minutos)?			
Realizou atendimento de prevenção (entre 45 e 90 minutos)?			
SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA (SUSC - URGÊNCIA)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRAGEM (até 24 horas e intervalo indicado)			
PLANO DE CUIDADO DE SAÚDE (PDS)			
REABERTURA (em) horas, minutos; Tipo de urgência			
ALTO (até 24 horas) (intervalo indicado e intervalo indicado)			
OUTRO			
EXAME: (preenchido a Q. 8 Anexo)			
ASSINATURA			
DATA: _____			
PROFISSIONAL: _____			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRIORIDADES

10/2019

GRUPO / DENDENCIAS/PAZ PRECISE	OPÇÕES/RESPOSTA		
	SIM	NÃO	N/A
1. Data emissão de legendas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Data de publicação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Descrição de itens	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Manutenção LRF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Outros itens que não são itens de manutenção, porém são itens de manutenção (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRIORIDADES DE PROJETOS E CONTRATAÇÃO			
7. PROBLEMA DE MANUTENÇÃO (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. PROBLEMA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. MANUTENÇÃO MÉDICA (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)			
11. MANUTENÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. MANUTENÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. MANUTENÇÃO (LRF) (LRF) (LRF) (LRF) (LRF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEPA

REVISOR

21/10/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
PENSÃO DO PRONTUÁRIO

10/05/2014

GRUPO I - CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTOS		
	EM	NÃO	SEM
Nome completo e idade			
RG (ou documento)	X		
Sexo	X		
Estado civil	X		
Profissão (ou cargo)	X		
Atividade profissional (nome da via) (Código C. - 01 - 02 - 03 - 04 - 05 - 06 - 07 - 08 - 09 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100)	X		
	X		

GRUPO II - EXISTÊNCIA DE PRÉVIA SINTOMATOLOGIA	EM	NÃO	SEM
PREVIA DE ATENDIMENTO (SOP)	X		
COLÉSTEROL	X		
PROTEÍNAS URINÁRIAS (teste de urina) (Adaptado de)	X		
BACTÉRIAS DE URINÁRIAS (Exame de urina) (Adaptado de)	X		

GRUPO III - EXISTÊNCIA DE SINTOMAS (Sintomas e sinais)	EM	NÃO	SEM
PROLIFERAÇÃO VESICULAR	X		
PULSO DE DEBILIDADE (ou teste de esforço) (Adaptado de)	X		
NOTAS DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
CRÔNICAS	X		
TRANSFUSÃO (ou teste de compatibilidade) (Adaptado de)	X		
ALTA DE SINTOMAS e SINAIS de atendimento de rotina	X		
OUTROS			
EXAMES COMPLEMENTARES (Exames de rotina)			

Observações:

DATA: 10/05/2014

ASSINATURA: *[Assinatura]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA - CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ESTABECIMENTO		
REVISÃO DE PRESTIÇOS		SM	PLS	SA
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR				
Nome Completo e Assinatura				
CNPJ do Estabelecimento				
País				
Município				
Número do CEP				
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)				
GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR ATUANTE (CNPJ)				
REGISTRO DE HABILITAÇÃO (RH) - IESP		SM	PLS	SA
REGISTRO DE HABILITAÇÃO (RH) - ANVISA				
REGISTRO NACIONAL DE ESTABECIMENTOS (RNE) - ANVISA				
ASSOCIAÇÃO DE ESTABECIMENTOS (ANVISA) - RNE (CNPJ) - ANVISA				
GRUPO 3 - PRESTADOR DE SERVIÇOS - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABECIMENTO				
REGISTRO DE HABILITAÇÃO (RH) - IESP		SM	PLS	SA
REGISTRO NACIONAL DE ESTABECIMENTOS (RNE) - ANVISA				
REGISTRO DE HABILITAÇÃO (RH) - ANVISA				
REGISTRO NACIONAL DE ESTABECIMENTOS (RNE) - ANVISA				
ASSOCIAÇÃO DE ESTABECIMENTOS (ANVISA) - RNE (CNPJ) - ANVISA				
COMENTÁRIOS				
DATA				
ASSINATURAS				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		16/04/2017		
REVISÃO DE INDICADORES				
ÁREA: ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES		ATENDIMENTO		
		SI	NO	NA
Nome completo do paciente				
Data de nascimento				
Sexo				
Data de entrada				
Indicador de CME				
Endereço completo (Rua, nº da casa, nº complemento, bairro, cidade, estado, CEP)				
ÁREA: PREVENÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE		SI NO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SI/NO)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)				
RASTREIO DE EXERCÍCIO FÍSICO (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)				
ÁREA: AVALIAÇÃO DE INTERNAÇÃO (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)		SI NO NA		
EXCLUSÃO MÉDICA				
EXCLUSÃO DE IMPERMEABILIDADE (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)				
EXCLUSÃO DE INTERNAÇÃO (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)				
CONDIÇÃO				
TRANSFERÊNCIA para outro hospital (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)				
ALTA (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO) (SI/NO)				
DATA				
REVISOR				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		N.º 11501
	REGISTRO DE ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (Atendimento)			N.º ATENDIMENTO
Nome completo do paciente			Sexo
Data de nascimento			Idade
Sexo			Outro
Nome do filho			
Número do CNP			
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (Atendimento)			Sexo
REGISTRO DE ATENDIMENTO (Atendimento)			Idade
CONDIÇÃO			Outro
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico - Empresa Brasileira)			
AMPLIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA (Carimbo: Empresa Brasileira em...)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (Atendimento)			Sexo
INDICAÇÃO MÉDICA			Idade
INDICAÇÃO DE ORIENTADOR (ME) (dentista, nutricionista, fisioterapeuta)			Outro
HISTÓRIA DE CONTATO COM BARRIGAS			
CRIME			
TRANSMISSIBILIDADE (Linha, telefone, computador, tipo de conexão)			
ALTA (de alta médica e avaliação de enfermagem de alta)			
OBSERVAÇÃO			
OBSERVAÇÃO			
DATA: 11/05/2011			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	TERMO DE		18/04/2019
	REVISÃO DE PRODUÇÃO		
ÁREA DE ATENDIMENTO			Nº ATENDIMENTO
Atendimento à Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
Atendimento de Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
Atendimento de Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
ÁREA DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO			Nº
Atendimento de Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
Atendimento de Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
ÁREA DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO			Nº
Atendimento de Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
Atendimento de Urgência	SI	SI	SI
Atendimento de Emergência	SI	SI	SI
OPERAÇÕES			
DATA: 18/04/2019			
PÁGINA: 01/01			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		01 JUN 2014		
MUNICÍPIO DE TAUBATÉ				
SEÇÃO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		IM	ADM	ISA
Nome do responsável				
Sexo				
Idade em anos				
Idade em dias				
Colégio Estadual - nome de 1ª a 4ª séries - 1º atendimento - semestral, mensal e diário				
SEÇÃO 2 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (OPCIONAL)		IM ADM ISA		
REVISÃO DE INTERNAÇÃO (SIM/NÃO)				
CONSULTAS				
PRESENCIA MÉDICA (Carimbo médico, Banco de dados, etc.)				
RESTRICÇÃO DE INTERNAÇÃO (Carimbo, Banco de dados, etc.)				
SEÇÃO 3 - EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO (OPCIONAL A SEÇÃO 2)		IM ADM ISA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (SE admitido e motivo - SIM/NÃO)				
FILIAÇÃO CONDICIONADA (SIM/NÃO)				
ORDEM				
TRANSFERÊNCIA LOCAL (Mover internados, Transferências)				
ALTA (De alta médica e motivo de internação de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Carimbo de alta irregular)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 01/06/14</p> <p>ASSINATURA: </p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

INSTITUTO ESPERANÇA		Nº ATENDIMENTO		
CENTRO DE ATENDIMENTO		1000		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SEXO	RACIA	ETNIA
Nome completo e sobrenome		F	BRANCO	
Data de nascimento				
Sexo				
Número do CNH				
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP) ou endereço alternativo (rua, nº, cidade, estado, CEP)				
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA (RUBRICAS DE ATENDIMENTO) - NUP		SEXO	RACIA	ETNIA
CONDIÇÃO		F	BRANCO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (completa, resumida, exames, etc.)				
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (completa, resumida, etc.)				
ANAMNESE (anamnese, história de doença atual, história de vida)		SEXO	RACIA	ETNIA
EVOLUÇÃO MÉDICA		F	BRANCO	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (NAC, sinais e sintomas, exames)				
FORMA DE CONTROLE (DIETAS, VITAS)				
LÍQUIDS				
TRANSFERÊNCIA (para outros locais, procedimentos, tipos de atendimento)				
NOTA (do uso rotineiro e avaliação de atendimento de urgência)				
LÍQUIDS				
OBSERVAÇÃO (relatório do S.M. e outros)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA: 07/11/2024				
SERVIDOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

NOME / IDENTIFICAÇÃO (Nº / ENDEREÇO)	Nº ATENDIMENTO		
	SEM	MED	SEM
Nome completo e idade			
Endereço completo			
Sexo			
Nome do filho			
Nome do pai			
Endereço completo: nome da via, número, complemento (bairro, cidade, estado, país) e CEP			
LAZER / INTERESSES / HABILIDADES / FORMAÇÃO			
PRÁTICA DE ESPORTE(S) / Lazer			
EDUCACIONAL			
PROFESSÃO MÉDICA / Curso: graduação, Especialização, Pós-graduação			
INSTITUIÇÃO DE ENSINO / Graduação: curso, instituição, ano			
TIPO DE PROBLEMA / SINTOMAS / HISTÓRICO DE DOENÇAS			
EVOLUÇÃO SINTOMAS			
EVOLUÇÃO DE INTERFERÊNCIAS DE OUTROS MÉDICOS / Tratamento			
POSSÍVEL CAUSAS DE DOENÇA / Causa			
DIAGNÓSTICO			
EXPERIÊNCIA COM OUTROS MÉDICOS / Tipo de atendimento			
ALTA EM ALGUM MOMENTO ANTERIOR DE ATENDIMENTO EM UPA			
COMO?			
EVASÃO (casos de não comparecimento)			
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 10/12/2024</p> <p>REVISOR: [Assinatura]</p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		Nº ESTABELECIMENTO		
MUNICÍPIO DE TAUBATÉ		111 42114		
REVISOE DE REGISTRAÇÃO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO		SI	SA	SE
Nome completo e sigla				
CNPJ do estabelecimento				
Endereço				
Número do CEP				
Endereço completo, número do lote, número do complemento, complemento, bairro, município, estado e CEP				
GRUPO 2 - PRESTADOR DE SERVIÇO E ESTABELECIMENTO		SI	SA	SE
Razão social do estabelecimento (CNPJ)				
CNPJ do estabelecimento				
Razão social do estabelecimento (CNPJ)				
Razão social do estabelecimento (CNPJ)				
GRUPO 3 - PRESTADOR DE SERVIÇO (CÓDIGO DE ATIVIDADE)		SI	SA	SE
Atividade econômica				
Descrição de atividade econômica de acordo com o Manual de Atividades Econômicas				
Forma de exercício da atividade econômica				
Código				
Experiência com o tipo de atividade econômica (Código de Atividade)				
Nota de abertura e avaliação de desempenho do estabelecimento				
Data				
Assinatura				
Observações				
Data				
Assinatura				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 20170		
REVISÃO DE PROCEDIMENTOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº 20170		
Nome completo e apelido	<input checked="" type="checkbox"/>			
Sexo do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>			
Idade	<input checked="" type="checkbox"/>			
Estado civil	<input checked="" type="checkbox"/>			
Tipo de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>			
Endereço completo (rua, nº, complemento, cidade, estado, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PROCEDIMENTOS E/OU		SEM	PARC	COM
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO)	<input checked="" type="checkbox"/>			
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>			
PRESENÇA DE MEDICAMENTOS, ALERGIAS, DIETA, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>			
ANCIENÇA DE EXAMES/TESTES (com data, se aplicável)	<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO 3 - ORIENTAÇÃO DE ATENDIMENTO (COMPLEXO E SIMPLIFICADO)		SEM	PARC	COM
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO (SEM APLICAÇÃO DE CURSOS, TÉCNICAS)	<input checked="" type="checkbox"/>			
VALORES CRÍTICOS (DE BAIXO E/OU ALTO)	<input checked="" type="checkbox"/>			
LABOR	<input checked="" type="checkbox"/>			
TRANSFERÊNCIA (para outros serviços) (se aplicável)	<input checked="" type="checkbox"/>			
SE FÓRUM PARA AVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS (se aplicável)	<input checked="" type="checkbox"/>			
OUTRO	<input checked="" type="checkbox"/>			
COMPARAÇÃO COM O S.E. e/ou outros	<input checked="" type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÕES				
DATA: 01/11/2017				
ASSINATURA				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FIBRILÁRIO		
REVISTA DE PRESTIMANÇO		2023		
LEGENDA - LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE		Nº ATENDIMENTOS		
		SIM	NÃO	N/A
	Atende crianças e adultos	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Terço de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Residência	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Número de vagas	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Atende idosos (idade mínima de 60 anos) / Atendimento domiciliar (serviço municipal, atenção e C.P.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>		
LEGENDA - PRESTIMANÇO DE SERVIÇOS ATENDIMENTOS		SIM NÃO N/A		
	REGISTRO DE ATENDIMENTO - UPA	<input checked="" type="checkbox"/>		
	CRANULIAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
	INDICAÇÃO MÉDICA (cartão, atestado e termo) para	<input checked="" type="checkbox"/>		
	RECEITA DE FARMACOS (compr. por paciente ou)	<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>		
LEGENDA - ATENDIMENTOS DE INTERMEDIARIAÇÃO A 24 HORAS		SIM NÃO N/A		
	SUÍTI UPA MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
	SUÍTI UPA DE ENFERMAGEM (com enfermeiro, JAT e JAT)	<input checked="" type="checkbox"/>		
	FOUN (DE CURTIÇÃO) EM BOMAS VITAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
	SECOU	<input checked="" type="checkbox"/>		
	TRANSPORTE UPA (com médico acompanhante) / Transferências	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Suíte de emergência e assistência no atendimento de urgência	<input checked="" type="checkbox"/>		
	DETO			
	CURTIÇÃO (internos, B.O. e urgência)			
COMENTÁRIOS				
<p>SINA</p> <p>ASSINATURA</p> 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Formulário		Nº		
REVISÃO DE FREQUÊNCIAS		2020		
GRUPO 1 - ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO		Nº ATENDIMENTO		
		EM	NÃO	NA
	Horário adequado e regular	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Plano de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Local	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Comunicação	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Atendimento adequado quanto ao tipo de atendimento, atendimento individualizado, acolhimento, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FREQUÊNCIAS DE FREQUENTADORES E DE		EM	NÃO	NA
	FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO - EMERGENCIAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
	URGÊNCIAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
	FREQUÊNCIA MÉDICA (Farmac, atendimento, exames, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
	INSTAÇÃO DE FREQUENTES (Control, atendimento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FREQUÊNCIAS DE ATENDIMENTO E DE FREQUENTES		EM	NÃO	NA
	EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
	EVOLUÇÃO DE DIFERENÇAS (para controle de qualidade - atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
	POLÍTICA DE CONTROLE E DE QUALIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>		
	ORÇAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
	TRANSFERÊNCIA (para controle de qualidade - atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
	ACTA (para controle de qualidade - atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
	CONTROLE			
	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE QUALIDADE			
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/20				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2024		
ANEXO DE PROCTUROS				
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO		SI	NÃO	NA
Nome completo e cargo		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número de CPF		X		
Endereço completo (rua, nº, complemento, cidade, estado, CEP)		X		
UNIDADE HOSPITALAR (Hospital, Ambulatório, etc.)		SI	NÃO	NA
HOSPITALAR (ATENÇÃO) - UPA		X		
AMBULATÓRIO		X		
PRESTADOR DE SERVIÇOS (Centro, Hospital, Clínica, etc.)		X		
ACTIVIDADE DE EMERGÊNCIA (Carro, Serviço, etc.)		X		
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO (HOSPITALAR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
ENFERMAGEM		X		
ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA (24h de dia e noite, emergência)		X		
TIPO DE CONTROLE DE MANO DE OBRA		X		
TIPO		X		
PRESTADOR DE SERVIÇOS (Hospital, Ambulatório, etc.)		X		
ALTO (24h de dia e noite e emergência de emergência de 24h)				
BAIXO				
INDICAÇÕES DE RISCO (se houver)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 12/03/2024				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		DATA
	FORMULÁRIO DE INCENTIVADOS		
ÁREA DE ATENDIMENTO (NOME)			TIPO DE ATENDIMENTO
			AMBULATÓRIO SAÚDE OUTRO
Atividade desenvolvida e justificativa:			
Data de realização:			
Local:			
Município (UF):			
Atividade de 2018:			
Outros dados relevantes (como: nº de pessoas, nº de atendimentos, laboratório, exames, materiais, medicamentos, etc.):			
ÁREA DE ATENDIMENTO (NOME) (ESPECIFICAR)			TIPO DE ATENDIMENTO
			AMB SAÚDE OUTRO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (CADASTRO):			
CONSULTAS:			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (comprimento, quantidade, prazo de validade, etc.):			
RECEITAS DE PREPARAÇÃO CASEIRA (se houver, etc.):			
ÁREA DE ATENDIMENTO (NOME) (ESPECIFICAR) (CONTINUAÇÃO)			TIPO DE ATENDIMENTO
			AMB SAÚDE OUTRO
EXERCÍCIO:			
EXERCÍCIO DE TEMPERATURA (SAE) diária e eventual notificação:			
NOTA DE COMPROMISSO DE SAÚDE (CDS):			
EXERCÍCIO:			
FUNDAMENTAÇÃO (caso houver, fundamentar tipo de atendimento):			
RELA (de estruturação e avaliação de atendimento) (SAE):			
OBS:			
OBSERVACIONES:			
ASSINATURA:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
SERVIÇOS PRESTADOS		19754		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		EM	NÃO	N/A
Qual o nome do paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
Qual o nome do responsável?	<input checked="" type="checkbox"/>			
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/>			
Idade do paciente:	<input checked="" type="checkbox"/>			
Qualidade do atendimento:	<input checked="" type="checkbox"/>			
<small>(Preencher somente itens de 03 a 05 caso o atendimento tenha sido realizado dentro do prazo de 24h)</small>				
GRUPO 2 - PRESTADORES DE SERVIÇOS ATENDIMENTO (PA)		EM	NÃO	N/A
Realização de atendimento (PA) - SAMP	<input checked="" type="checkbox"/>			
CONDUÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>			
PREVENÇÃO/REDECA/CURTIÇÃO/ASSISTÊNCIA/EXAME/TESTE/OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/>			
INSTAÇÃO DE DOR/PRONÓSTICO/CAUSAS/TESTES/OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO 3 - PRESTADOR DE INTERNAÇÃO (SERVIDOR A 24 HORAS)		EM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRAGEM (CUIDADOS/ENFERMAGEM)	<input checked="" type="checkbox"/>			
EXATIDÃO DE CONTROLE DE DADOS (VITAE)	<input checked="" type="checkbox"/>			
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>			
PREVENÇÃO (CUIDADOS/ENFERMAGEM/CONTROLE DE DADOS)	<input checked="" type="checkbox"/>			
ALTA DO PACIENTE E EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (PA)	<input checked="" type="checkbox"/>			
OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/>			
EXATIDÃO DE CONTROLE DE DADOS (VITAE)	<input checked="" type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 10/11/2017</p> <p>REVISOR: </p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		21201		
	REVISÃO DE PRIORIDADES				
ÁREA I - SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE		SI	SI	SI	SI
Nome completo e legível		X			
Data de nascimento		X			
Sexo		X			
Nome de mãe		X			
Município de origem		X			
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)		X			
ÁREA II - PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS		SI	SI	SI	SI
SERVIÇO DE ATENDIMENTO URGENTE		X			
ODONTOLÓGICO		X			
PRONTO-SOLUÇÃO MÉDICO (Serviço de emergência, Exames de urgência)		X			
EXATIDÃO DE INFORMAR O CARIÓTIPO (se houver)		X			
ÁREA III - INDICADORES DE INTERNAÇÃO E SUSPENSÃO DE INTERNAÇÃO		SI	SI	SI	SI
EVOLUÇÃO MÉDICA		X			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRAGEM (Iniciada e finalizada)		X			
FISICA DE CONTROLE DE OMBROS VITALE		X			
ORDEM		X			
TRABALHO SOCIAL (Linha de cuidado, Avaliação, Terceira avaliação)		X			
ALTA (Se não houver a solicitação de internação de alta)		X			
OBSERVAÇÕES:					
DATA: 11/05/2014					
ASSINATURA:					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO REVISÃO DE IMPLEMENTAÇÃO	Nº ATENDIMENTO		
	EM	SÃO	OUT
ÁREA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS			
Atendimento ao paciente	X		
Atendimento ao usuário	X		
Atendimento ao cuidador	X		
Atendimento ao familiar	X		
Atendimento ao profissional	X		
Atendimento ao voluntário	X		
ÁREA DE ATENDIMENTO ÀS ORGANIZAÇÕES (A.O.)			
Atendimento à comunidade	X		
Atendimento à família	X		
Atendimento à equipe	X		
Atendimento ao parceiro	X		
ÁREA DE ATENDIMENTO ÀS RECURSOS HUMANOS			
Avaliação de desempenho	X		
Avaliação de satisfação	X		
Avaliação de qualidade	X		
Avaliação de custos	X		
Avaliação de riscos	X		
Avaliação de segurança	X		
Avaliação de saúde	X		
Avaliação de meio ambiente	X		
Avaliação de recursos humanos	X		
Avaliação de tecnologia	X		
Avaliação de processos	X		
Avaliação de sistemas	X		
Avaliação de serviços	X		
Avaliação de produtos	X		
Avaliação de fornecedores	X		
Avaliação de clientes	X		
Avaliação de parceiros	X		
Avaliação de concorrentes	X		
Avaliação de potenciais	X		
Avaliação de oportunidades	X		
Avaliação de ameaças	X		
Avaliação de riscos estratégicos	X		
Avaliação de riscos operacionais	X		
Avaliação de riscos financeiros	X		
Avaliação de riscos legais	X		
Avaliação de riscos tecnológicos	X		
Avaliação de riscos ambientais	X		
Avaliação de riscos sociais	X		
Avaliação de riscos culturais	X		
Avaliação de riscos políticos	X		
Avaliação de riscos econômicos	X		
Avaliação de riscos de mercado	X		
Avaliação de riscos de inovação	X		
Avaliação de riscos de sustentabilidade	X		
Avaliação de riscos de governança	X		
Avaliação de riscos de compliance	X		
Avaliação de riscos de ética	X		
Avaliação de riscos de integridade	X		
Avaliação de riscos de transparência	X		
Avaliação de riscos de accountability	X		
Avaliação de riscos de responsabilidade	X		
Avaliação de riscos de prestação de contas	X		
Avaliação de riscos de comunicação	X		
Avaliação de riscos de imagem	X		
Avaliação de riscos de reputação	X		
Avaliação de riscos de credibilidade	X		
Avaliação de riscos de confiança	X		
Avaliação de riscos de autoridade	X		
Avaliação de riscos de legitimidade	X		
Avaliação de riscos de reconhecimento	X		
Avaliação de riscos de respeito	X		
Avaliação de riscos de consideração	X		
Avaliação de riscos de estima	X		
Avaliação de riscos de dignidade	X		
Avaliação de riscos de honra	X		
Avaliação de riscos de decoro	X		
Avaliação de riscos de probidade	X		
Avaliação de riscos de lealdade	X		
Avaliação de riscos de fidelidade	X		
Avaliação de riscos de lealdade	X		
Avaliação de riscos de fidelidade	X		
Avaliação de riscos de lealdade	X		
Avaliação de riscos de fidelidade	X		
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 04/11/2014			
REVISOR: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	PONTUAÇÃO		
	PROVAÇÃO PROVAÇÃO	21101	
SEÇÃO I: AVALIAÇÃO DE ATENDIMENTO			
Atendimento à demanda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade do atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEÇÃO II: AVALIAÇÃO DE ATENDIMENTO			
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento em sala de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEÇÃO III: RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DE ATENDIMENTO			
AVALIAÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (Sobre o atendimento - atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANO DE CONTROLE DE QUALIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRONOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSF. CRONOGRAMA (Sobre o atendimento - atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade de avaliação e controle de atendimento de alta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade de avaliação e controle de atendimento de alta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade de avaliação e controle de atendimento de alta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade de avaliação e controle de atendimento de alta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES			
DATA: 21/11/2017			
REVISOR: [Assinatura]			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212


PONTUAÇÃO
20483

PLANILHA DE FREQUÊNCIA

ATIVIDADE	N. ATENDIMENTOS		
	SEM	NÃO	SIM
Atividade desenvolvida a seguir:			
Atividade desenvolvida	X		
Exercícios	X		
Mina de mão	X		
Música de mão	X		
Exercício de cálculo	X		
Exercício de leitura, escrita de letra cursiva e reconhecimento de palavras, sílabas e fonemas	X		
RESUMO DE ATENDIMENTOS (SEM, NÃO, SIM)			
RESUMO DE ATENDIMENTO (SEM, NÃO, SIM)	X		
CONSENTIMENTO	X		
PRESENCIA MÉDICA (COMPROVADA, NÃO COMPROVADA)	X		
APOIAMENTO DA FAMILIA (COMPROVADO, NÃO COMPROVADO)	X		
COMENTÁRIOS (RELAÇÃO DE ATENDIMENTO, OBTENÇÃO DE MATERIAIS)			
EXERCÍCIOS DE LINGUAGEM			
EXERCÍCIOS DE ATIVIDADES DE NOVA RECONSTRUÇÃO	X		
PLANILHA DE FREQUÊNCIA (SEMANAL)	X		
CORRETO	X		
PRESENCIA DE OUTROS PROBLEMAS (EXEMPLO: EXERCÍCIOS DE ATIVIDADES DE NOVA RECONSTRUÇÃO)	X		
OUTROS PROBLEMAS (EXEMPLO: EXERCÍCIOS DE ATIVIDADES DE NOVA RECONSTRUÇÃO)			
EXERCÍCIOS DE ATIVIDADES DE NOVA RECONSTRUÇÃO			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 04/07/2014			
REVISOR: [assinatura]			



UPA CENTRAL.SP - TIPO III




PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	Nº ATENDIMENTO		
	GERENCIADOR PROFISSIONAL	ESM	SAU	UB
		19702		
GRUPO 1 - Atenção Básica (Atenção Primária)		ESM	SAU	UB
Atendimento à população		X		
Classe de atendimento		X		
Gênero		X		
Número de fone		X		
Número de CBM		X		
Atendimento integral (horas de atendimento em ambulatório, consultório, farmácia, laboratório, etc.)		X		
GRUPO 2 - Atenção Especializada (Atenção Secundária e Terciária)		ESM	SAU	UB
Atendimento Ambulatorial / CAP		X		
Hospitalar		X		
Atendimento Médico (Consultas, Exames, etc.)		X		
Atendimento de Referência (Consultas, Exames, etc.)		X		
GRUPO 3 - Atenção Especializada (Atenção Secundária e Terciária)		ESM	SAU	UB
Educação Médica		X		
Educação de profissionais de saúde e promoção comunitária		X		
Fórum de Controle Social e Gestão		X		
Pesquisa		X		
Atendimento Integral (Exames, Exames, etc.)		X		
Atividade de referência e atendimento de emergência				
Outros				
Atividade de referência e atendimento de emergência				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA: 08/12/2014				
ASSINATURA:				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212


FUNDADO
1992
BARRIO DE FRONTALDORE
15/03/2011

GRUPO 1 - SUBSTITUIÇÃO DE FARMACOS	Nº ATENDIMENTOS		
	SIM	NÃO	N/A
Receita prescrita e sigas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de prescrição	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de Mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Empresa sempre fora do seu país - e/ou endereço residencial sempre diferente do atual (CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		

GRUPO 2 - FRONTALDORE DE INÍCIO ATENDIMENTO (FIA)	SIM	NÃO	N/A
ESTRUTURA	<input checked="" type="checkbox"/>		
PROTEÇÃO MÉDICA (Código especial: FARMACIA etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
AUTUAÇÃO DE IMPERMEABILIZEM (Código: 1000 - 10000000)	<input checked="" type="checkbox"/>		

GRUPO 3 - FRONTALDORE DE INTERNAÇÃO (NUTRIÇÃO A 24 HORAS)	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (SIM) (Data e Hora de Internação)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOURAS DE CONTROLE DE SIGNOS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRABALHO (com) (Módulo: Acompanhamento - Equipe multidisciplinar)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (de) (Módulo: e) (Módulo: de) (Módulo: de) (Módulo: de)	<input checked="" type="checkbox"/>		
IMPLANTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
QUADRO (Módulo: e) (Módulo: de)	<input checked="" type="checkbox"/>		

IMPRIMIR
 DATA: 15/03/2011
 REVISOR: *[Assinatura]*
 Prof. Paulo J. V. Romão
 (11) 3333-1111






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
ISSUADO DE PRESTADORES		Nº 123456		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		EM	NÃO	N/A
Nome completo do paciente				
Data de nascimento				
Sexo				
Tempo de adoção				
Número do CNE				
Endereço completo (rua, número, nº complemento, CEP, cidade, estado, país) (se não souber, preencher com "N/A")				
GRUPO 2 - PRESTADOR DE SERVIÇO E TENDÊNCIA (TÁ)		EM	NÃO	N/A
Especialidade (UE e subespecialidade) do(a) prestador(a)				
CONEXÃO				
PRESTADOR(A) MÚLTIPLO (quando houver) (nome, cargo, etc.)				
AMPLIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA (quando houver) (cursos, etc.)				
GRUPO 3 - PRESTADOR DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE A 24 HORAS)		EM	NÃO	N/A
Especialidade médica				
Especialidade de enfermagem (se houver) (quando houver) (nome, cargo)				
FOLHA DE COTACÃO DE SERVIÇO (TÁ)				
LÍNGUA				
TRANSPARÊNCIA (se não houver, preencher com "N/A")				
ALTA (se não for possível, preencher com "N/A")				
TENDÊNCIA				
PARTIÇÃO (quando do S.O. e serviços)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 12/12/2012				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

INSTITUTO ESPERANÇA		FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PROJETOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA		Nº ATENDIMENTO		
Item	Descrição	EM	NÃO	N/A
1	Nome completo do Autor			
2	Nome do beneficiário			
3	Sexo			
4	Número de idade			
5	Número de CNH			
6	Endereço completo (Rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)			
GRUPO 2 - PROBLEMA DO PROJETO ATENDIMENTO (PA)		EM	NÃO	N/A
1	REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
2	CONSTITUIÇÃO			
3	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO (Farmácia, Hospital, Farmácia, etc.)			
4	RELAÇÃO DE ENTENDIMENTO (Comissão, etc.)			
GRUPO 3 - PROBLEMAS DE INTERFERÊNCIA (SUPORTE À INTERFERÊNCIA)		EM	NÃO	N/A
1	EXCLUSÃO DE ACESSO			
2	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
3	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
4	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
5	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
6	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
7	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
8	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
9	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
10	EXCLUSÃO DE INTERFERÊNCIA (SUS, SUS, SUS, SUS, SUS)			
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2011				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	
	REVISÃO DE PROJETOS	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO		IF ATENDIMENTO
NOME COMPLETO E SOBRENOME		SI
CÓDIGO DE ENDEREÇO		SI
Cidade		SI
Número da rua		SI
Número do CEP		SI
E-mail (obrigatório - preencher de acordo com o e-mail institucional - preencher obrigatoriamente com o CEP)		SI
GRUPO 2 - PRESENTAÇÃO DE PROJETO E ATRIBUIÇÃO (PÁ)		SI NÃO N/A
SE ENCONTREI DIFICULDADE PARA		SI
CONSTRUIR		SI
PROJEÇÃO DO ARQUITETO (quando aplicável - preencher se for)		SI
ANOTAÇÃO DE SERVIÇOS (quando aplicável - preencher se for)		SI
GRUPO 3 - PRESENTAÇÃO DE INTERAÇÃO (SUPORTE À JORNADA)		SI NÃO N/A
EXCLUSÃO DE PROJETO		SI
EVALUAÇÃO DE IMPEDIMENTO DAS ATIVIDADES (quando aplicável)		SI
FOLHA DE CONTROLE DE ERROS (VIA)		SI
CRISI		SI
TRANSMISSÃO (quando aplicável - preencher se for)		SI
ATA (quando aplicável - preencher de acordo com o caso)		SI
PROJETO		SI
OBRAS (quando aplicável - preencher se for)		SI
OBSERVAÇÕES		
DATA DE APROVAÇÃO		
ASSINATURA		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTOS		
ESPALHO DE PRESTADORES		SIM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - CONTINUIDADE DO PRESTADOR				
Nome completo (nome)				
Tipo de atendimento				
Sexo				
Tempo de vida				
Atividade (CNA)				
ESTRUTURA COMPLETA (nome de rua, número nº, complemento, município, estado, CEP) (preenchido pelo IESP)				
GRUPO 2 - PRESTADOR DE SERVIÇO ATENDIMENTO (PÁ)				
		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (com CONSULTA)				
PREVENÇÃO MÉDICA (com ou sem exame, exame físico, etc.)				
RECEITA DE PREVENÇÃO (com ou sem exames, etc.)				
GRUPO 3 - PRESTADOR DE INFORMACÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE SUPERVISÃO (com exames físicos, exames)				
TRATAMENTO (com ou sem exames, etc.)				
OPINION				
TRANSFERÊNCIA (com ou sem exames, etc.)				
ACTO (com ou sem exames, etc.)				
COMO				
AVANÇO (com ou sem exames, etc.)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2017				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		15115131		
		15115131		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e sigla				
Cidade de residência				
Sexo				
Nome do útero				
Número do CNS				
Endereço completo (rua da ave número nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDICIONAR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Curativo, medicação, exames, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, nível de cuidado, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAEs e técnicas, Atividade)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CROSS				
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Autorização, Tipo de transferência)				
ALTA (Data médica e evolução de enfermagem da Alta)				
OBSERVAÇÃO				
EVALUAÇÃO (número do B.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 15/11/2013				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		1508		
		15		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUITAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Rubrica, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERAÇÃO (SUPERVISOR A ZENÓFAX)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP, SÓCIO e INSCRIÇÃO, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRIOES		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Adequação, TIO de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>		
A/T/A (Caso em que a evolução da enfermagem da Aldeia)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBITO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVALUAÇÃO (curativa ou não) e anexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/15				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - CONSULTAS			
Nome completo do(a) leg(a)l	<input checked="" type="checkbox"/>		
Idade em meses	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do(a) mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entendo/Entendo parte da ou todas as informações contidas no livro, incluindo sobre a CCR.	<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTO-SOLICITAÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO (P.A.)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SGAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSULTAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo obrigatório. Exemplo: F600.001)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo obrigatório. Exemplo: M01)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTO-SOLICITAÇÃO DE REFERÊNCIA (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAS, doenças e condições. Aguardar)	<input checked="" type="checkbox"/>		
RELATÓRIO DE CONTROLE DE SAÚDE VITAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARÊNCIA (Linha Verde, Atendimento, Tipo de atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ALFA (De que modo é a avaliação de referência de 48h)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OSITO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO (verificar se há o atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
votado			
DATA: 20/11/2012			
REVISOR: [Assinatura]			
[Assinatura] / [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO	SI	NI	NS
Nome completo e sobrenome	SI		
Data de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome da mãe	SI		
Número do CNP			
Exatidão completa (nome da via pública, nº complemento, complemento, bairro, cidade, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / RCAP	SI		
CONULIAS	SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (UNITS, INJEÇÃO, CURSO SÉRI, etc.)	SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMEIRAGEM (Caminho, fase, eficácia, etc.)	SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUFICIENTE A DI HONAR)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, sinais vitais, Achados)	SI		
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	SI		
DIETA	SI		
TRANSPERENCIA (Livre, Hóster, Acambrado, Tipo de alimentação)	SI		
ALTA (Desa trânsito? E situação de encaminhamento Ats)		SI	
DETCI		SI	
EVASÃO (número de B.O. e anexo)		SI	
OBSERVAÇÕES:			
<p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p>DATA: 20/11/20</p> <p>REVISOR: <i>[Handwritten signature]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		24310
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Atividade realizada e legível			EM NÃO N/A
Data de nascimento			X
Sexo			X
Nome completo			X
Número do CNP			X
Endereço completo (rua da via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)			X
GRUPO II - PRINCIPAIS DO ANamnese ATENDIMENTO (A)			EM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			X
CONDIÇÃO			X
INDICAÇÃO MÉDICA (Características, Exames feitos, etc.)			X
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados, Hora prevista, etc.)			X
GRUPO III - PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO INDEPENDENTE A 24 HORAS			EM NÃO N/A
Educação médica			X
EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE clínica e instrumental, Avaliação)			X
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			X
DOR			X
TRANSFERÊNCIA Local (Unidade, Autonomia, Tipo de ambulância)			X
ALTA (Inclui a indicação de evolução de enfermagem de Alta)			
DEBITO			
EVASÃO (Informar se B.O. é gravado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 11/11/2014			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		18612		
REVISÃO DE FICHAS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (nome da via, número ou complemento (bairro), cidade, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (CA)		SI NAO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAR		X		
CONDIÇÕES		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data hora etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura etc.)		X		
GRUPO 3 - INTERVENÇÃO DE INTERVENÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI NAO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAO, SINAIS E SINTOMAS, Agravado)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
CRONO		X		
TRANSPERÊNCIA (local, horário, acompanhante, tipo de atendimento)		X		
ALTA (De alta remessa e evolução da enfermagem da UPA)				
ÓBITO				
IPVABO (número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 20/10/2014</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		23542
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e legível	SI	NÃO	NA
Data do nascimento	X		
Sexo	X		
Mãe do leite	X		
Maternidade	X		
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)	X		
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)			SI NÃO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	X		
CONDUZAS	X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (casos: atenuada, Exame físico etc.)	X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (casos: plano de cuidados, etc.)	X		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE À 24 HORAS)			SI NÃO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (BAt e/ou outras atividades Admissional)	X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
CRISP	X		
TRANSFERÊNCIA (local, horário, acompanhado, Tipo de transferência)	X		
ALTA (De alta médica e aceitação da enfermagem de alta)			
ÓBITO			
ENCERRAMENTO (S.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
			
DATA:			
REVISOR:			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		25187
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido (*)		SI	NAO
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNJ		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço completo (nome da via pública, nº complemento, complemento, número, (funcionário, relação a UEP))		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO UPA		SI	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDUZAS		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão de prescrição, Exames labor, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código - Meds receitados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO III - HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO (último 48 horas)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAE, Sinais e sintomas, Ativação)		<input checked="" type="checkbox"/>	
POLÍCIA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
CRIOSE		<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Aproximado, Tipo de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ALTA (Data, hora, motivo e evolução da enfermagem da UPA)			
ÓBITO			
EVASÃO (momento do D.O. e endereço)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 21/08/2018 REVISOR: 			



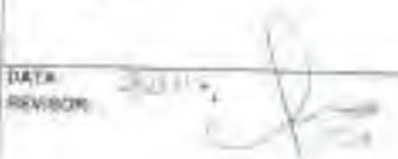


PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23219		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IF ATENDIMENTO		
Nome Completo (Nº) / (Nº)		SIM	NÃO	NA
Data de Nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da Mãe		X		
Número do CME		X		
Endereço completo (Rua, nº da casa, nº Complemento, Bairro, Cidade, Estado, Município, CEP)		X		
UNIDADE - PROCEDIMENTO DE REGISTRO/ATENDIMENTO (R)		SIM NÃO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MEDICA (Carimbo, Assinatura, Legenda, Data, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, Data, etc.)		X		
UNIDADE - SITUARÃO DE INTERNAÇÃO (DEFINIÇÃO E SE HORAS)		SIM NÃO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados e Monitoramento)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
DIÓSES		X		
TRANSPARENCIA (Linha, Folha, Assinaturas, Tipo de impressão)		X		
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem ou alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de S.O. e Motivo)				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA:	23/11/19			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		23155		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NÃO	NA
	Nome completo e legível ()	X		
	Local de residência	X		
	Idade	X		
	Nome da mãe	X		
	Número do CNP	X		
	Endereço completo (nome da rua, número, nº, complemento, bairro/cidade, estado, país, CEP)	X		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIOS ATENDIDOS (S/A)		SI	NÃO	NA
	REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	X		
	CONULTA	X		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	X		
	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)	X		
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO (SUPERVISOR & 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
	EVOLUÇÃO MÉDICA	X		
	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, diário e observação Admissão)	X		
	FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
	CROSS	X		
	TRANSPARENCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de assistência)	X		
	ALTA (De onde veio e evolução de enfermagem no local)			
	ÓBITO			
	EVASÃO (verificar no B D - 6 anexos)			
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 21/01/17</p> <p>REGISTRO: </p>				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		20244
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
			SIM NÃO N/A
Nome completo e sigla			X
Data de nascimento			X
Sexo			X
Nome do PA			X
Número do CNH			X
Endereço completo (rua de via pública, nº complemento, complemento, bairro, município, estado e CEP)			X
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO AVALIAMENTO (PA)			SIM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			X
CONULTA			X
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)			X
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Nome (checkbox), etc.)			X
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (CONTINUAÇÃO DE CUIDADOS)			SIM NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			X
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / SAB (Sinais e sintomas, Anamnese)			X
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			X
ORDEN			X
TRANSMISSÃO (Local, data, Assinatura, Tipo de transmissão)			X
ALTA (Critérios médicos e evolução de enfermagem de alta)			
OBITO			
AVALIAÇÃO (número de R.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES			
			
DATA: 14/12/2024			
REVISOR:			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		19493
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
			SM NÃO N/A
Nome completo e legível			X
Data de nascimento			X
Sexo			X
Nome da mãe			X
Número do CNP			X
Situação cívica, nome da via pública, nº complemento, bairro/cidade, telefonia, matrícula, estado e CEP			X
GRUPO 2 - REGISTRO DE PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (PA)			SM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (ICAP)			X
CONDIÇÃO			X
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Emissão física etc.)			X
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, RNM / Assinatura etc.)			X
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (SUPLENTE À VENCER)			SM NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			X
EVOLUÇÃO DO ENFERMAGEM (SAE, diário e diários, Anamnese)			X
POLÍCIA (CONTROLE DE SÍMPTOMAS)			X
CIRURGIA			X
TRANSFERÊNCIA (Local, Físico, Acompanhante, Tipo de assistência)			X
ALTA (ou alta médica e extinção da enfermagem) (ou Alta)			
ÓBITO			
EVASÃO (Número do B.C. e anexo)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 21/11/17</p> <p>REVISOR: </p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		EM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e sobrenome				
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Forma de mãe		X		
Alinhado ao CBO		X		
Colocou o nome do paciente no sistema de atendimento (contato com o sistema, não no sistema CER)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI	NÃO	N/A
CONULTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código: anamnese, exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: história clínica, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: história e evolução, Anamnese)		X		
TOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS (Código)		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Aceitação, Tipo de ambulância)		X		
ALTA (Tela para médicos e evolução da enfermagem na alta)		X		
ÓBITO				
EXATÃO (Código do tipo de atendimento)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/11/14</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		23983		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Nome do CNM		X		
Endereço completo (rua/corredor/correlativo nº complemento - complemento, número, fantasia, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / BOA PRÁTICA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (antibiótico, analgésico, sedativo, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO (diagnóstico, sinais vitais, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INFORMAÇÃO (SUPLENTE 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, SAE e SIA/SIAE, etc.)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
GRUPO		X		
TRANSPARENCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de transparência)		X		
ALTA, Desatendimento e transferência para outro serviço		X		
DIAGNÓSTICO				
DIAGNÓSTICO (segundo o P.O. e anamnese)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/11/2012</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SEM	NÃO	N/A
Nome completo e legível				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNB				
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SEM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDUZAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico - E-Script - Anexo 02)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão, Tera) (original, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SEM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE - Sinais e Sinais - Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROSS				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de transferência)				
ALTA (Dados médicos e evolução da internação da AmB)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: (dd/mm/aaaa)				
REVISOR:				
 _____ Nome do Revisor Cargo do Revisor				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		02722		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE :		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do RG		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, apartamento, número, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, avaliação, exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, plano de cuidados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE EVOLUÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, sinais e sintomas, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
EPICRÍSE		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, acompanhamento, Tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (avaliação médica) E evolução de enfermagem de alta			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (código do I.O. e endereço)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2022				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PROFISSIONÁRIOS				
		<i>J. J. Dias</i>		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Evidenciado o registro profissional de sua profissão (R) - comprovante disponível? (se não, município, estado, CNP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PROFISSIONÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RCA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZIDA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinado, nome, data, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
HISTÓRIA DE ENFERMAGEM (Carimbo, data, endereço, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PROFISSIONÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC de enfermagem, ADI, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE UNAS (TIN)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Carimbo, nome, endereço, data, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica) e emissão da documentação (etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBTIDA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EXERCÍCIO (nome do B.O. e endereço)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 12/07/2018				
REVISOR: <i>Dr. Paulo J. V. Dias</i> COSE/COVA				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
11344			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e sobrenome	SI		
Data de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome da mãe	SI		
Número do CAD	SI		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, país), telefone municipal, endereço CEP	SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP	SI		
CONDIÇÃO	SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Curativo, analgésico, Exame físico, etc.)	SI		
ADAPTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, plano de cuidados, etc.)	SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado de enfermagem, procedimentos, Acidentes)	SI		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	SI		
CRONO	SI		
TRANSFERÊNCIA (Local: médico, Acidentes) Tipo de assistência	SI		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem de alta)			
ÓBITO			
EXAME (número do S.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 11/08/2015			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		24552		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número de DNS		X		
Endereço completo (rua, de, via, praça, nº, complemento, estado/cidade, telefone, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X		
CONDIÇÃO		X		
FREQUÊNCIA MÉDICA (Centro, Atenção, Exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Centro, Atendimento, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SRE clínica e estrutural, Admissão)		X		
TODAS AS CONTAS DE SERVIÇOS		X		
CROSS		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Método, Assinaturas, Tipo de entrega)		X		
AVALIAÇÃO física e evolução da enfermagem (AM)				
CÓDIGO				
EVALUAR (número de QOC e anexado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/20				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		15/03/2017		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	NA
Idade de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SEJAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data e hora, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, sinais e vitais, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DRUGS				
TRANSFERÊNCIA (Local, horário, acompanhante, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e evolução de alta enviada da UPA)				
Óbito				
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 15/03/2017				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		31/10/17		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Dados completos e legíveis		X		
Data de atendimento		X		
Sexo		X		
Idade do idoso		X		
Número do CNH		X		
Exatidão completa (Nome de Vá e Endereço - Nº de atendimento, Localidade, endereço completo, Estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP		X		
CONDIÇÃO		X		
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, fisioterapia, fisioterapia, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, medicamentos, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (DAE) (Relato e observações, Admissão)		X		
FORMA DE CONTROLE DE BRANCA VITALIS		X		
CRONO		X		
TRANSPARENCIA (Linha de vida, acompanhamento, T de de alta, etc.)		X		
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
CMH (C)				
EXATIDÃO (Relato de R.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 01/11/17 REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		2017/02		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (rua, vila ou bairro, nº, complemento, bairro/cidade, estado, CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X		
DORRUGAS		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carroço, receita, Exato (uso em...))		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carroço, intervenções em...)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SI/INTERO A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, dados essenciais, APMAS)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINUS VITAIS		X		
TROCAS		X		
TRANSPERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de atendimento)		X		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem) (SI/ASA)				
SBPT				
EVALUAÇÃO Humana (SI/CI, a pedido)				
OBSERVAÇÃO				
DATA: 2017/02/23				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIOS

REVISÃO DE PRONTUÁRIO

24/1/11

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Motivo da visita	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº de casa, nº complemento, bairro, cidade, estado, município, CEP e UF)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO: SOAM	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PREScrição Médica (Cartão, receita, exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão, ficha, evolução, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SVC, enfermeiro, técnico, ACS, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOHIA DE CONTROLE DE DINAMÉTICAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (local, horário, acompanhante, tipo de ambulância)	<input checked="" type="checkbox"/>		
RETA (De alta médica e inscrição de enfermagem) (24 Ats)			
ÓBITO			
EVASÃO (evoluções de EE e SPS)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/11			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

24/1/2014

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e (ajuste)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço atual	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, número, bairro, cidade, estado, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SUSEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados e cuidados, Assinatura)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assinaturas, Tipo de procedimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Deixa a responsabilidade de enfermagem do PA)			
ÓBITO			
EXATÃO (caso não se lixado)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 05/11/14			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e idade	1	SI	NÃO
Data de nascimento	2		
Sexo	3		
Nome de mãe	4		
Número do CNB	5		
Delimitar o tempo médio de um episódio de atendimento (acompanhar paciente durante o atendimento) e CEP	6		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)	1		
CONDIÇÃO	2		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carros, Atividade, Dieta, Exat, etc.)	3		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carros, História, etc.)	4		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA	1		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP, planos de cuidado, Admissão)	2		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	3		
DIÓDIA	4		
TRANSFERÊNCIA (para outros Ambulatório, Tipo de transferência)	5		
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)	6		
ÓBITO			
EVASÃO (retorno ao C.C.U. e outros)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 12/11/2018			
REVISOR: Daniela Paula de Souza Coordenadora de Enfermagem			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

25/11/2017

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SM	NÃO	N/A
Nome completo e sigla	✓		
Data de nascimento	✓		
Sexo	✓		
Nome da mãe	✓		
RAZÃO DO CNO	✓		
Endereço completo (nome da via pública, nº complementar, complemento, número municipal estado e CEP)	✓		
GRUPO 2 - INVENTÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
	SM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	✓		
CONDIÇÃO	✓		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exerce func. esp.)	✓		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)	✓		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
	SM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	✓		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Assinatura e Impressão Assinada)	✓		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	✓		
CRONO	✓		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assinatura e Tipo de transferência)	✓		
ALTA (De alta médica e assinatura de enfermeiro (a))			
ÓBITO			
EXISSÃO (Número do SUS e endereço)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 25/11/2017			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e legível		SI	NA
Nome de nascimento		SI	NA
Sexo		SI	NA
Nome de mãe		SI	NA
Número da CNB		SI	NA
Endereço completo (rua da via pública nº completo), Sanção, cidade, estado, função, estado e CEP.		SI	NA
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NA
RECORRIDO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI	NA
CONDUITAS		SI	NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Drogas, insulina, Exame físico, etc.)		SI	NA
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Medicação, etc.)		SI	NA
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, Sinais e sintomas, Admissão)		SI	NA
FCDA (DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS)		SI	NA
CRÍTICO		SI	NA
TRANSPARÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de intervenção)		SI	NA
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da UPA)		SI	NA
ÓBITO		SI	NA
EXATIDÃO (Número do B.O. e gravado)		SI	NA
OBSERVAÇÕES			
DATA: 11/11/2022			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISTA DE PRONTUÁRIOS				
IESP		15634		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NÃO	NA
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SCAR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Espaço Assin. etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SANE e/ou outras Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRDS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSCRIÇÃO (União, Transferência, Transferência, Transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (De alta médica e emissão de atestado) (ou Alta)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEBTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVASÃO (União, SAE, O, e/ou outras)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 05/07/2022				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

15044

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SI	NAO	NA
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e idade		X		
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Estabelecimento de origem (Nome do SUS público, UT, Hospitais, Laboratórios, etc., Município, Estado, CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOCUP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código padrão de Esperança, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código - Semi-estruturada, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAR - Síntese e Síntese - Jornal)				
PC/PA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
EPICRÍSE				
TRABALHO TERAPÊUTICO (Local, Horário, Assessoria, Tipo de assistência)				
ALTA (De alta médica e produção de enfermagem de alta)				
ÓBITO				
EXAMENS (Formas de B.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 07/11/2017				
REVISOR: 				







PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		21/04		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNH				
Endereço completo (rua da casa, número, bairro, cidade, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Dor, náusea, vômito, febre, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cabeça, Bate cardíaco, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAD, SARA e Tratados, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRISES				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assessoria, Tipo de assistência)				
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2016 REVISOR: 				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		21576		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
(Incluir corretivo e água)		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Número da idade				
Número do CNH				
Endereço completo (rua de acesso nº, complemento, complemento, número, município, estado CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (F-4)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDUTAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carregos especiais, Exame físico, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carregos: enfermeiro, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB deitas e chekadas, Admissões)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSFERÊNCIA (local, Resposta Admissões), Transferências				
ACTA (Dados médicos e evolução da enfermagem da UPA)				
ORBITO				
EVOLUÇÃO (resumo do R.O. anamnese)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 13/11/2022				
REVISOR:  Cláudio Paulo de Souza Enfermeiro CBO 3120100				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

109/240

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP) ou endereço eletrônico (e-mail e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SIM	NÃO	N/A
OMNIUTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cursos, exames e Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cursos) para enfermeiro, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SME, diário e evolução Assistida)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAMITADES		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, acompanhante, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
RETA (De onde recebe a evolução de enfermagem de Arq)		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIRTS				
EVASÃO (Número de D.O. e datas)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/11				
REVISOR:  Carlos José de Almeida Enfermeiro CRESSP 40871				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (Rua, nº, complemento, bairro, cidade, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO LOCAL CONDUZIDO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo assinado, Elipse Não, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Caminho, Hora Inicial, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RAE) atuais e anteriores. Atualizado				
FOHs DE CONTINÊNCIA DE SÍNDROMAS				
ENFERMAGEM				
TRANSFERÊNCIA LOCAL (hora, acompanhada, Transferência)				
ALTA (Data alta inicial e evolução da enfermagem de Alta) (data)				
EXAMENS (resultados de B.D. e outros)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO:
RELAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo (seu)			
Data de nascimento:			
Sexo:			
Nome da mãe:			
Número do QNS:			
Atuação médica (nome da via pública ou comunidade, município, sistema único de saúde - SUS)			

GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SUSV			
COMUNICAÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código: Anestésico, Gases, Fioel, etc.)			
PRESCRIÇÃO DE FARMACOLOGIA (Código: Tóxico, Físico, etc.)			

GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)

	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, VIGILÂNCIA E CUIDADOS - Admissão)			
FOHIN DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSPERSONALIDADE (nome, endereço, TCU de residência)			
ALTA (Diagnóstico médico e evolução da internação do PA)			
USATI			
EXATIDÃO (nome do D.O. e endereço)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 11/11/2014
REVISOR: Dado, Denis H. 2014
Assinatura: [Assinatura]





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Atender completo e registrar	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Atividade do CNS	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (aviso de não entrega, nº complementar, particularidade, endereço eletrônico) estabelecido (IESP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP-CONDUTA	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados, farmacoterapia, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sua prática e checklist) Atendido	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPOS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARENCIA (Luzes, Fôlego, Alcometer, etc.) Tem (to) anel(s) no(s)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução de acompanhamento de PA)	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRÉCIO			
EVASÃO (contato de B.O. e internado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: () / () / ()			
REVISOR: (Assinatura de quem revisou) / (Assinatura de quem revisou)			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		2015		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo (em letra)		SI	NAO	NA
Cidade de residência		X		
Sexo		M		
Nome da mãe		F		
Número do CNH		X		
Endereço completo (rua, nº da casa, nº do apartamento, distritos, bairro, município, estado e CEP)		F		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (P.A.)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Grupo assimilar: Grupo 1, 2, 3)		X		
ARRELAÇÃO DE ENFERMAGEM (Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC de nível central - Admissão)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINUSVITAJA		X		
GRUPO		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Assessoria) Tipo de ambulância		X		
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem no dia)		X		
CEFO				
EVASÃO (Número de 0-10) e motivo				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/11/2015				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
SERVIÇO DE PRONTUÁRIO		19/06/21		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e ativo				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua, número da via pública nº complemento / complemento / número / número, número, CEP) e CEP				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDITAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data e Hora etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CNP 150-469-9-1000000-1000000)				
FOLHA DE CONTROLE DE URINARIEDADE				
GRUPO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de transferência)				
ALTA (De onde, para qual instituição de saúde, seg. de Sa.)				
MORTO				
EVASÃO (quando de B.O. e arrejado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 19/06/21				
REVISOR: Sueli Aparecida de Jesus Leticia Cirurgiã Geral				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

INSTITUTO ESPERANÇA		REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IF ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNH				
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		IF ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOA		SIM	NÃO	N/A
CONDIÇÃO				
PREFERÊNCIA MÉDICA (Cancer, Diabetes, Étnia, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Diagnóstico, Sinais e sintomas, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		IF ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais e sintomas, Diagnóstico, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS E SINTOMAS				
ORISS				
TRANSFERÊNCIA (Linha, Hospital, Torre, etc.)				
PLATA (De diagnóstico e evolução da enfermagem de Aa)				
ORISS				
ENCARGO (Número do R. O. Hospitalar)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 11/11/2023 REVISOR: Denise Dantas de Oliveira Função: Enfermeira Número: 40804				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
IESP		REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua e n.º, bairro, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Quanto aplicável, nome fármaco, DO, I)				
AVISATAÇÃO DE ENFERMAGEM (Leitura, hora (minutos, segs.))				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Nas salas e emergências - Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRDS				
TRANSFERÊNCIA (com: Razão, Assinatura), Tipo de transferência				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem na data)				
Outro:				
EVASÃO (Forma(s) de escape)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: / /				
REVISOR: <small>Caro Dr. de 15/05 L. Esperança Taubaté 12030-212</small>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		19847		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Número de idade				
Número da CNO				
Endereço completo (nome da rua, número nº, complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP CONTÍNUO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo médico - Data e Hora - Ass.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo enfermeiro - Data e Hora - Ass.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM NÃO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SóE - Data e Hora - Assinatura)				
FOLHA DE CONTROLE DE PRIMEIRAS AIDES				
CROQUI				
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Assinatura, Data e Hora)				
ALTA (De alta médica e conclusão da internação da UPA)				
OBITUÁRIO				
ENCERRAMENTO (Assinatura médica) - (Assinatura)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 15/11/2014				
REVISOR:				
 David José de Jesus Enfermeiro Conselho de Enfermagem		 David José de Jesus Enfermeiro Conselho de Enfermagem		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO:		TIPO III		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		AP ATENDIMENTO		
Nome completo e segun		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		✓		
Sexo		✓		
Nome da mãe		✓		
Número do CNP		✓		
Eligível completo (nome de via pública, nº, complemento, localidade, bairro, município, estado e CEP)		✓		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		✓		
CONDIÇÃO		✓		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Emissão física, etc.)		✓		
ANOTAÇÃO DE FARMACIUM (Carimbo, Item liberado, etc.)		✓		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS):		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		✓		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAR ou de 80 minutos, Atividade)		✓		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		✓		
GRUPO		✓		
TRANSFERÊNCIA (Local, Nome do Aceitante, Tipo de transferência)		✓		
ALTA (Declaração de alta e evolução de enfermagem (SAR))		✓		
ÓBITO				
DIVÓRCIO (nome do B.D. e estado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2016				
REVISOR:  Daniela Costa de Sá Enfermeira C.R.E.O. 10481				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua, nº da casa, bairro, cidade, estado - CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDUZAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (DARDO, ASSINATURA, DATA, NOME, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Sinais vitais, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARE, Sinais e Sinais, Admissão)				
FOHMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIETA				
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora(s), Acompanhador, Tipo de ambiente)				
ALTA (De onde saiu e evolução da enfermagem na alta)				
OBITO				
EVASÃO (Número de B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 05/01/2011				
REVISOR:  Daniel José de Sá 1.º Enfermeiro C.R.E.N. 10.123				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (nome da via, número, complemento, bairro/cidade, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO(S) (BOA)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, E-mail, data, etc.)				
ADAPTAÇÃO DE ENTREGA(S) (Carimbo, data, assinatura, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERVISÃO A DE HOMENS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (NAE, OBSERVAÇÃO, etc.)				
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM				
CRONOGRAMA				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assessoria, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem) (Data, hora)				
EXATIDÃO (Data, hora, local, etc.)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NÃO	N/A
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidência (carteira) nome da via pública, nº, complemento, complemento telefônico, município, estado e CEP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÕES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, medicamento, Exame-labor. etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO DE ENFERMAGEM (Cartão, Exame-labor. etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP diário e noturno, Admissão)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORMA DE CONTROLE DE SINTOMAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROCS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPERÊNCIA (Local, Horário, Responsável - Tipo de atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RTA (De alta precoce? Evolução da enfermagem da UPA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVASÃO (resumo do R.C. e atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2015			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATRIBUIMENTO		
Nome completo e sigla		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNJ				
Endereço completo (nome da rua, número, complemento, cep, cidade, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATRIBUIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATRIBUIMENTO / SOAP				
CONDIÇÕES				
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, sintomas, Exame físico, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, fatos, medidas, etc.)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, dados e técnicas, intervenções)				
PLANO DE CONTROLE DE RISCOS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSPARENCIA (social, histórico, administração, técnicas, intervenções)				
AVIAÇÃO (de alta e baixa) E evolução de enfermagem da alta				
OBJETIVO				
INDICAÇÃO (número do B.O. admissional)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 20/11/20				
REVISOR: <i>Ass. Taubaté - SP - 1508</i> CORDE 15034-78				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sigla		SIM	NÃO	NA
Cidade de residência				
Idade				
Nome da mãe				
Número do INSS				
Coveragem custeada (cartão da UNIPAR ou plano de complemento de custeado municipal, estadual e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDUZIR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Diagnóstico, Sinais e sintomas, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais e sintomas, exames)				
FOLHA DE CONTROLE DE VIGILÂNCIA				
CRONO				
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhamento, Tipo de ambulância)				
ALTA (De onde, indicação, evolução da enfermagem, etc.)				
ORTEL				
EMISSÃO (Número do D.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 26/11/16 REVISOR: DR. PASTOR REBELLIN PRIMEIRA A. D. M. P.				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

15/07/2022

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATERIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Alfabeto ou Não				
Quantidade de exames feitos da última vez em atendimento hospitalar (incluindo urgência, emergência e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDUZAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Medicamentos, Exames, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados, Sinais/Vitais, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e cuidados administrativos)				
FOLHA DE CONTROLE DE DINAMÉTICAS				
CRONOGRAMA				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assinaturas, etc. de autorização)				
ALTA (De que modo? E avaliação de enfermagem da alta)				
OBSERVAÇÕES				
OBSERVAÇÕES				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 15/07/2022				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				
COWEN INSTITUTO				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e idade		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNES		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome de via pública nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, CEP e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / PCAR		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (OBSERVAÇÃO, EXAME FÍSICO, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
AVOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, Item criado, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, Níveis estruturais, Atuação)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CURSO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Acompanhante, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica? E avaliação de enfermagem (p/Alta)		<input checked="" type="checkbox"/>		
MORTO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVASÃO (Método de fuga e endereço)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2011				
REVISOR: <i>Ass. Taubaté de Prontuários</i> <i>EDENILSON TE</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FONE: (12) 333-1100

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

11/03/2013

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	M. ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Mãe completa e legítima	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dado de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Mãe doente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do DAE	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP) - completar obrigatoriamente Município, Estado e CEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOB	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo essencial - Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo essencial - etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo essencial - Prescrição, Anotação)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, forma, Admissão, Tipo de emergência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Data, motivo e avaliação de evolução da doença) ou AUSA	<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVASÃO (motivo do óbito, se aplicado)	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/03/2013			
REVISOR:			

Taubaté - SP, 12030-212
www.taubaté.sp.gov.br





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SI	NÃO	NA
Data de nascimento		SI		
Sexo		SI		
Número de idade		SI		
Número do CNH		SI		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade), região, município, estado e CEP		SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP		SI		
CONDUZAS		SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (diagnóstico, observação, exame físico, etc.)		SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, plano de cuidados, etc.)		SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAE, IMBA e checklists, Admissão)		SI		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		SI		
CRUSE		SI		
TRANSFERÊNCIA (local, razão, acompanhante) Tipo de permanência		SI		
ALTA (de alta médica)? E evolução da enfermagem (at Alta)		SI		
ÓBITO			SI	
EVASÃO (número de B.O. e datas)			SI	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 14/11/2016				
REVISOR: Ana Thaís de F. Rios coordenadora UPA-CE				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e tipo (ex)		SI	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Alfabeto (SI/NS)				
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
RECORRIDO DE ATENDIMENTO (SI/NS)				
CONDUZIR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico, Extra-fórmula, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo eletrônico, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: SAG, SAGS e SAGSII (Assistência)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRISI				
TRANSFERÊNCIA (Local: Hospital, Acupuntura, Tiro de emergência)				
ALTA (De onde veio? E evolução de internação ou alta)				
OBITO				
EVASÃO (transferido S.O. ou não)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/11/2015				
REVISOR: Ana Paula C. Z. Rossi 121629 12315789				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO

19725

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo (digital)			
Cidade de nascimento			
Sexo			
Nome do mãe			
Número da CNE			
Endereço completo (rua, número da rua, número do complemento, pertencentes: bairro, fone/fax) - (RAZI e CPF)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAR			
CONDUTA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA / (Carimbo, assinatura, Data e Hora, etc.)			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM / (Carimbo, Data e Hora, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e noturnas, etc.)			
FOLHA DE CONTROLE DE MEDICAMENTOS			
ORDEN			
TRANSFERÊNCIA (Data, Horário, Assinatura) Tipo de transferência			
ALTA (De alta médica) Evolução da enfermagem (se PA)			
CMHT			
EVANHO (Número do E.O. e Assinatura)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 16/11/15 REVISOR: <i>[Assinatura]</i> COORDENADOR(A)			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO	N/A
Data de nascimento		SI		
Sexo		SI		
Nome de mãe		SI		
Número do CNP		SI		
Endereço completo (nome da via pública, nº - complemento, bairro/cidade, estado, número do cep e CEP)		SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO SOAP		SI		
COMO DATAS		SI		
INDICAÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data e Hora etc.)		SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura etc.)		SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE - enfermeiro e chatas de enfermagem)		SI		
FOLHA DE CONTROLE DE PRONÓSTICOS		SI		
ENFERMAGEM		SI		
TRANSPARENCIA (Local, Horário, Assinaturas, Tipos de procedimentos)		SI		
ACTA (De onde vem e evolução de onde vem de A&U)		SI		
ONTO			SI	
EXAMENOS (Inclusão de B.O. e exames)			SI	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 26/11/2023				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i> LIDIANE COSTA				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE FRONTUÁRIOS

20/05

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo atestado, Exatidão, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, hora colocada, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (nas mãos e atestado Admissão)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
URDS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Linha, horário, acompanhante, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta real ou? E evolução de enfermagem de Alta)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (sinalizado B.O. preparado)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/05/20			
Assinatura: CEFERENCIANTE			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL


Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PROMTUÁRIOS

JF 10-3

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e seguir	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do(a) pai(s)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Trabalha completo (mais de 14 horas) / completo (parcial) / nenhum trabalho, aposentado e CEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PROMTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO: SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Exatidão, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PROMTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVALUAÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM (SVE dados e observações, Anamnese)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CHORES	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Assessoria, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica? E avaliação de enfermagem na Alta)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (relato do R.D. e contato)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/11/2022			
REVISOR:  COREY BRITO DE			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
IESP		REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Mãe ou pai		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua) da via pública nº, complemento, número de telefone, endereço eletrônico e CEP.		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
RECORRIDO DE ATENDIMENTO (SGAP) CONDUZIDAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Contido: Anamnese, Exame físico, etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Contido: História da doença, etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR À 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, dados e vitais, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, horário, Acompanhado, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (de alta médica? E evolução da enfermagem da alta)			<input checked="" type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO			<input checked="" type="checkbox"/>	
AVALIAÇÃO (médico) B.C. admissional			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 26/11/2015				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REFEIRIO DE ATENDIMENTO (BOA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Centro, Hospital, Farmácia, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (exemplo: teste de ecg, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SHE, NHE e CATEGORIAS-PRONTO)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Motivo, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica) E evolução da enfermagem (SAAS)		<input checked="" type="checkbox"/>		
DHTO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVALUAÇÃO (número do B.O. e anexos)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 16/11/2020				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Nome completo e legível		1	
Data de nascimento		1	
Sexo		1	
Nome da mãe		1	
Número do CNH		1	
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, CEP, cidade, estado, município, imagem CEP)		1	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		1	
CONDIÇÃO		1	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura, Prêmio Fiscal, etc.)		1	
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)		1	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		1	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / SAE (avaliação de cuidados, Anamnese)		1	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		1	
CRUSE		1	
TRANSFERÊNCIA (local, motivo, Acompanhante, Tipo de transferência)		1	
ALTA (De alta médica e evolução) (se informação da UPA)			
QRTI			
CURSÃO (nome do S/D a ser usado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2017			
REVISOR: <i>Daide Jovani de Jesus</i> Enfermeiro Cirurgião - 1002			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

27/10/20

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complementar, bairro, cidade, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICAÇÃO/RECOMENDAÇÃO (Cuidado, medicação, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Sinais vitais, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e cuidados - Admissão)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRÓNICAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Assinatura, Tópicos de discussão)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem da alta)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXUSÃO (motivo de S.O. e Exame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	EM	NÃO	N/A
Nome completo (e legível)	/		
Nome de nascimento	/		
Sexo	/		
Número de mãe	/		
Número do CNH	/		
Emprego (preencher: nome da empresa, nº, endereço, telefone, e-mail, município, estado e CEP)	/		

GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	EM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	/		
CONDUZIDAS	/		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	/		
AValiação DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)	/		

GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)

	EM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	/		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARIMBO E ASSINATURA)	/		
TOULHA DE CONTROLE DE PARÂMETROS VITAIS	/		
CROSS	/		
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Assinaturas, Tipo de ambulância)	/		
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem completa)	/		
DEBITO			
EXAMENOS (número de R.O. e anexos)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 04/11/2015
REVISOR: *[Assinatura]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
SERVIÇO DE PRONTUÁRIO

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua/nº de var. pública, nº complemento, bairro/cidade/estado, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura, Especialidade, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOTAÇÃO DE REFERÊNCIAS (Uso de, etc. conforme etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)

	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (diar. vitais e vitais, Assinatura)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORDEN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhador, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem de Alta)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAME (Número do B.O. e Assinatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES:

DATA: 15/11/2022
REVISOR: *[Assinatura]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

25/27

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Religião católica e outras	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idade do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (Rua, nº, bairro, nº, complemento, bairro/cidade/estado/correspondente ao CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RGAR)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, anestesia, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM/CARTELA (Nº e descrição, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, curtos e longos, Anotação)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRÓBIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPERÊNCIA (Lugar, tempo, Acompanhante, Tipo de assistência)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem do Ats)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASSIFICAÇÃO número do R.O. anamnese	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 25/11/2011			
REVISOR: <i>Carla Maria de Jesus</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		2019		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo (e apelido)		SI	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Mãe de leite				
Número do CNP				
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO SOAP				
CONDIÇÃO				
RESCRIÇÃO MÉDICA (Carrito, assistência, Exame físico, etc.)				
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Carrito, Exame físico, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARE, sinais e sintomas, Avaliação)				
FICHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFERÊNCIA (Linha, História, Anamnese, etc.) - Textos em itálicas				
ALTA (De alta médica e/ou de enfermagem da UPA)				
ÓBITO				
EXUSÃO (Carrito ou B.U. - se aplicável)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 14/01/2019				
SERVIÇO:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

2013-12

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	M.º ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ruário nº - CVB	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via, número, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exatidão, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, SARA e / ou outras, Assinatura)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE BOMASULTAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, História, Assinatura, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta) (relatório de evolução da enfermagem da A&E)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO			
EXAME (número do B.O. e Assinatura)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 12/12/13			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

20/04/14

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (Rua, Nº, bairro, CP, complemento, bairro, cidade, estado, país) (se não for o mesmo do IESP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / EXAME CONDITAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo obrigatório. Exame físico em...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo obrigatório. Ex. I)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC de acordo com o protocolo de Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SENSIBILIDADE		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONOGRAMA		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARENCIA (Linha médica - comprovado. Tipo de transparência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Data médica e evolução da enfermagem da alta)				
OBITO				
EXERGIA (Carimbo de B.O. e análise)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/04/14				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

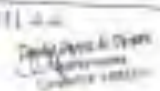
Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO

V. 015

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	IP ATENDIMENTO		
	SI	NÃO	NA
Nome completo e legível			
Data de nascimento	X		
Sexo	X		
Nome da mãe	X		
Número do CNP	X		
Endereço completo (nome da rua, número do apartamento, número do lote, cidade, estado, CEP)	X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP) COMPLETO	X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico etc.)	X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura etc.)	X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE (Inferm. e Enfermagem Assistida))	X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
ORDEM	X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Assinatura, Acompanhante, Tipo de transferência)	X		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem do dia)	X		
ÓBITO			
EXAMENOS (Exames de I.O. e outros)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/01/2014			
REVISOR: 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SI	NAO	NA
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e sobrenome				
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Exames complementares (como de uso pessoal em complementos, suplementos, vitaminas, minerais, etc.) (LSP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOFAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, exames, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, sinais vitais, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EXAMINAÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EXATIDÃO DE ENFERMAGEM (SAR, sinais vitais, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Apresentação, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (de alta médica e avaliação de enfermagem 24h)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO				
EXARÃO (número de R.D. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 02/11/2014				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Atividade física				
Número do CNIS				
Endereço (completo) (rua, número, nº Complemento) (bairro/cidade/estado/código postal e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SDAP)				
CONDUTA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, quantidade, Estado físico, etc.)				
AVISATAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, tempo de duração, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SIAE e checklist, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRISE				
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Aceitação, Tipo de transferência)				
ALTA (Diagnóstico médico e evolução da enfermagem da Adm.)				
ÓBITO				
EVASÃO (completo ou S.C. - Incompleto)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 03/11/2014				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Nº 1030

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (Rua nº, nº, bairro, nº complemento, cidade/UF, telefone, e-mail, CEP e UF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE MONITORAMENTO (TA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP	SIM	NÃO	NA
COMÓDITOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo médico, Assinatura, Data, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO DE ENFERMAGEM / CARIÓTIPO (Carimbo, Assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / CARIÓTIPO (Carimbo, Assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOFOM DE CONTINUIDADE DE INTERNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABALHO SOCIAL (Carimbo, Assinatura, Acompanhante, Tipo de emergência)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem da alta)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXATIDÃO (Carimbo de D. Z. e Assinatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 05/11/2012			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL


Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO

25/05

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	IP ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo e siglas	/		
Data de nascimento	/		
Sexo	/		
Nome da Mãe	/		
Número do CNH	/		
Endereço completo (nome da rua, número, nº complementar, complemento relativo: município, estado e CEP)	/		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRÉVIO ATENDIMENTO (PA)	SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / UCAP	/		
CONDIÇÃO	/		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	/		
ANOTAÇÃO DE EMPREENHABILIDADE (Carimbo, Assinatura, etc.)	/		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	/		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, dados e incidentes, Sinais vitais)	/		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	/		
DIAGNÓSTICO	/		
TRANSPARENCIA (Linha / Nota / Acompanhante / Tipo de internação)	/		
ATA (Declaração sobre a evolução do atendimento de 24h)	/		
DEBILIDADE			
EVASÃO (número do B.O. e endereço)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 05/05/2014			
REVISOR:			
 _____ Nome do Revisor			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		15/04/25		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e idade		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do filho		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço: (UF, cidade, nome da via pública e nº complementar, apartamento, andar, número, caixa, CEP e OEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA / Cuidado, assinatura, Emissão Fatox, etc.		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, observações, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, diário e processos, formulação)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROQUIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARENCIA (qualquer método de comunicação: Tipo de serviço)		<input checked="" type="checkbox"/>		
A/T/I (De alta médica e evolução de enfermagem de 48h)				
OBTI				
EWSAD (número do E.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 15/04/2025				
REVISOR:				
 Denise Aparecida de Jesus Enfermeira CRP 123456				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Município de origem		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade - UF) - considerando subprefeituras, bairros, municípios, estado e CEP				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
RECORRÊNCIA DE ATENDIMENTO / BOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSULTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data/hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, dados e orientações - Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROQUI		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPERÊNCIA (Suco, Higiene, Absorventes, Tipo de alimentação)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica exceto de enfermagem de Alta)				
ORTEZ				
DURAÇÃO (horas de SO - a pedido)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/2016 REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDEN. FUNDAMENTAL			
Nome completo e hospital	SI		
Cópia de autorização	SI		
Sexo	SI		
Nome completo	SI		
Nome do UNO	SI		
Endereço completo (rua da residência nº completo, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)	SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)	SI		
CONDUÇÃO	SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carregamento, Sinais vitais, etc.)	SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carregamento, Sinais vitais, etc.)	SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE ATENÇÃO (SUPERVISÃO 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais, etc.)	SI		
HISTÓRIA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	SI		
CRÓQUE	SI		
TRANSFERÊNCIA (para outros Ambulatório, Tório ou emergência)	SI		
ALTA (De alta médica? E pedido da prescrição de alta)		SI	
ÓBITO		SI	
EXAMENS (laboratoriais e outros)		SI	
OBSERVAÇÕES:			
<p><i>Handwritten notes and signatures</i></p>			
DATA: 26/11/22	Ass. Médico UPA - Centro		
REVISOR:	COORDENADOR		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - ISEM (INSTRUMENTOS)	SI	NÃO	SEM
Nome (completo e abrev)	✓		
Data de Nascimento	✓		
Sexo	✓		
Nome da Mãe	✓		
Nome do CAS	✓		
Exatidão completa (nome da mãe (abrev), nº complemento, endereço, bairro, município, estado e CEP)	✓		
GRUPO 2 - FRAGMENTAÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SI	NÃO	SEM
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAP)	✓		
CONSENTIM.	✓		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data e Hora, etc.)	✓		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)	✓		
GRUPO 3 - PRONTO ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (QUIRÓFANO 24 HORAS)	SI	NÃO	SEM
EVOLUÇÃO MÉDICA	✓		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE quimica e química, Admissão)	✓		
FILME DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	✓		
CRIOSE	✓		
TRANSFERÊNCIA (local, horário, Acompanhante, Tipo de assistência)	✓		
ALTA (Data, hora, motivo?) e evolução de enfermagem (se Alta)		✓	
DEBTO		✓	
EXATIDÃO (nome do CI e endereço)		✓	
OBSERVAÇÕES:			
<p><i>Antônio Carlos de Jesus</i> <i>R. 20.000</i></p>			
<p>DATA: <i>27/08/2019</i></p>			
<p>REVISOR: <i>Antônio Carlos de Jesus</i> COORDENADOR</p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO I - IDENTIFICACIONAL	SI	NAO	NUL
Nome completo (legível)	SI		
Departamento	SI		
Sexo	SI		
Nome de Mãe	SI		
Número de CNH	SI		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, complemento, bairro/cep, endereço eletrônico, cidade, estado e CEP)	SI		
GRUPO II - PROFIUNÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOA) TAUBATÉ	SI		
PROSCRIÇÃO MÉDICA (Código: Município, Estado, País, Reg. Méd.)	SI		
ADOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: Município, UF, Reg. Enf.)	SI		
GRUPO III - PROFIUNÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAS diárias e noturnas, noturnas)	SI		
FOLHA DE CONTROLES DE SINAIS VITAIS	SI		
CRONO	SI		
TRANSFERÊNCIA (local, tempo, Aceitação) (Tipo de ambulância)	SI		
ALTA (de emergência) E emissão de enfermagem (de Alta)		SI	
DEITO		SI	
EVOLUÇÃO (numero de S.O. e anexado)		SI	
OBSERVAÇÕES:			
<p><i>Yves... - 2876 1541-29331</i></p> <p>DATA: 29/11/17</p> <p>REVISOR: <i>M. P. ...</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICACIONAL	SI	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome	X		
Cidade de nascimento	X		
Sexo	X		
Nome de mãe	X		
Nome do CNP	X		
Endereço completo (rua e nº ou caixa, nº comercial, complemento, telefone, município, estado e CEP)	X		
GRUPO 2 - PROFISSIONAL DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	X		
CONCURSA	X		
PROFISSÃO MÉDICA (Cadastro, semestralidade, validade, etc.)	X		
PROFISSÃO DE ENFERMEIRO (Cadastro, validade, etc.)	X		
GRUPO 3 - PROFISSIONAL DE ATENDIMENTO SUPERIOR A 24 HORAS			
PROFISSÃO MÉDICA	X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO (SAE, SAEI, SAEII, SAEIII, etc.)	X		
TOMADA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
CRUSE	X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de Atendimento)	X		
ALTA (Data, Hora, Motivo, Avaliação de Evolução de Atendimento)		X	
CRÍTICO		X	
EVACUADO (Número de M.O. e Serviço)		X	
OBSERVAÇÕES:			
<p><i>Exatidão - 9332 F.A. - 05/02</i></p> <p>DATA: <i>05/02</i></p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p> <p style="text-align: right;">Ass. Paulo [Assinatura] Diretor COMEN 12030-212</p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA	SI	NÃO	NA
Matrícula profissional e CNPQ	<input checked="" type="checkbox"/>		
Diploma de Residência	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cartão	<input checked="" type="checkbox"/>		
Forma de vida	<input checked="" type="checkbox"/>		
Registro de CNPQ	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrega completa (nome de até quatro filhos, nome completo, nascimento, estado, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - IMPORTÂNCIA DE PROJETO E TENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICADAS		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Carimbo, Data e hora, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PROTOCOLO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (SAT, exames e cuidados - Anamnese)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSCRIÇÃO (Linha, Hora, Assinatura, Tipo de atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ACTA (Dados iniciais e evolução de internação 24 hrs)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ORBITO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EXAMES (hemograma B.O. e urina)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 10/07/2015 REVISOR: Ana Paula de J. Barros LICENÇA EM EXERCÍCIO</p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

MÓDULO 1 - IDENTIFICAÇÃO		SI	NI	NS
Nome completo do paciente		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do médico		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Prescrição controlada (valor de até 10 dias, 1º atendimento; sem controle médico, máximo de 30 dias; 2º e 3º atendimento; 1º atendimento; 2º e 3º atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>		
+				
MÓDULO 2 - PROMÍTIPO DE PROMTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NS
REGISTRO DE ATENDIMENTO (BOA CONDUTA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, aparelho, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALIMANTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cátedra, teste de glicose, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
+				
MÓDULO 3 - PROMÍTIPO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NS
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE SUPERVISÃO (SAE) (diagnósticos, exames, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRUPO				
TRANSPARENCIA (Lista: Hemiv, Acompanhante: Tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta regular? E avaliação de emergência (SEMA))			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (registro de B.O. e endereço)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
<p>1-2018 17 de Junho de 2018</p> <p>DATA: 17/06/2018</p> <p>HEMISON</p> <p>Ass. Heliene L. P. Alves COORDENADORA</p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - HISTÓRICO DE ATENDIMENTO			
Nome completo e idade	SI		
Data de nascimento	X		
Sexo	X		
Nome de mãe	X		
Número do CAD	X		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento) correspondente ao endereço municipal (Bairro e CEP)	X		
GRUPO 2 - PRESTADOR DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SCAP)	SI		
CONDUTAS	SI		
INSPECÇÃO MÉDICA (Cirurgia, anestesia, Exame físico, etc.)	SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgia, Sinais vitais, etc.)	SI		
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO (CURSOS E ATIVIDADES)			
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e (História Atualizada)		SI	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	SI		
CRONO	SI		
TRANSPERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de atendimento)	SI		
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da PA)		SI	
ÓBITO		SI	
EVOLUÇÃO (transmissão de B.O. e anexado)		SI	
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2020			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO				
Nome completo e sobrenome	SI			
Data de nascimento	SI			
Sexo	SI			
Nome da mãe	SI			
Número do CNH	SI			
Tratamento recebido antes de ser admitido no atendimento (antecedentes relativos a doenças, exames e etc)	SI			
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	SI
REGISTRO DE AGENCIAMENTO (RAM)	SI			
CONDUTA	SI			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo médico, Exatidão Presc. etc)	SI			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Item (fechado) etc)	SI			
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (DEPENDER A 24 HORAS)		SI	NÃO	SI
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, notas e técnicas, etc)	SI			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	SI			
PROBI	X			
COMPREENSÃO (Local, Horário, Acompanhantes, Tipo de internação)	SI			
ACTA (De alta médica) E evolução de enfermagem (de alta)			SI	
DEBITE			SI	
QUADRO (Carimbo de R. O. e SINAIS)			SI	
OBSERVAÇÕES:				
f. 2110-55 11/11/2014				
DATA: 11/11/14	REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		Nº PRONTUÁRIO		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNH				
Endereço completo (rua de via pública em conformidade com o art. 1º do Decreto Municipal nº 200/2010)				
GRUPO 1 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		SI	NAO	NA
CONULITAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo obrigatório - Exemplo: 10mg q8h)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo: Área Especial) etc.				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SHE obrigatório e assinado - Assinada)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSCRIÇÃO (Local: História, Anamnese, Tipo de internação)				
ALTA (De alta médica e avaliação de enfermagem) etc.				
OSTO				
EVASÃO (com ou sem D.O. e retorno)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 30/07/2014				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		PROJETS		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTOS		
Nome completo e idade		SI	NÃO	NI
Cidade de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Natureza do caso				
Exame realizado (nome, dia, mês, ano) (P. cardiorrespiratório, Sarcoidose, Infecção, tuberculose, etc.) (CDR)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NI
REQUISITO DE ATENDIMENTO (COPAR)				
CONDUZIR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo: amarelo, externo, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo: SARA, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE À 24 HORAS)		SI	NÃO	NI
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAR, SARA e outros, Admissão)				
PRONÓSTICO CONTROLADO (P. SARA e SARA)				
CRDS				
TRANSFERÊNCIA (SARA, SARA, SARA, SARA, SARA)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
OBITO				
EVASÃO (nome) de B.O. (Admissão)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
EDIÇÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		EM	NÃO	N/A
Nome completo (e apelido)				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua ou via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, CEP e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		EM	NÃO	N/A
RELEVÂNCIA DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico, Emissão única, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Emissão única, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (EXERCIÇÃO DE HORAS)		EM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SIA, S, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSPERECUÇÃO (com: História, Anamnese, Exame físico, etc.)				
M.T.A. (De uma médica e evolução da enfermagem de 48h)				
CURSO				
EVOLUÇÃO (narrativa de S.O.S. e exames)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/2017				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNJ				
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, bairro/cidade, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo, dose, via, duração, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo, hora, duração, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM NÃO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, SARA e outros, conforme necessário)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ERROS				
TRANSFERÊNCIA (Caso: Hósp, Aceitação, Tipo de transferência)				
ACTA (Conteúdo médico e evolução de enfermagem da UPA)				
ÓBITO				
EXATÃO (Número do DCE e emissão)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/22				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
SEMBÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e apelido				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNH				
Especialidade médica (nome da via pública - (F) atendimento farmácia; (M) farmácia; (N) farmácia; (O) farmácia; (P) farmácia; (R) farmácia; (S) farmácia; (T) farmácia; (U) farmácia; (V) farmácia; (W) farmácia; (X) farmácia; (Y) farmácia; (Z) farmácia)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Prescrição: Anestésico, Esmolol, etc.)				
AVOIAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: (N) não classificado; (S) -)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE REFERÊNCIA (SUPLENIR A DA MÓDULO)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (das causas e condições, Anamnese)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
LIXO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)				
NOTA (De onde veio e evolução no atendimento da UPA)				
DADO				
EVASÃO (número do B.C. - anexado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 03/04/2024				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO:		
MENSÃO DE PRONTUÁRIOS		150110188		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO:		
		SIM	NÃO	N/A
Forma completo e legível *				
Data de nascimento:				
Sexo:				
Nome da mãe:				
Número do CVT:				
Exame de urina (teste de 4º quadrante ou acompanhamento diurno) (teste): função renal e GFR:				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO USAR CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo - assinatura - Exame Méd. etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Tiro, etc. etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DQE - início e finalização, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
ORDEM				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tiro de ambulância)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem na Alta)				
ÓBITO			X	
EVASÃO (número de D.O. e anexos)			X	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/2014				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
		2935		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e age (a)				
Cidade de residência				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNIS				
Endereço completo (nome da via pública, nº complemento, pavimento, telefone, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
COMUNICAR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Quanto prescrita, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Causas, sinais vitais, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e vitais, Arteriais)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIETA				
TRANSPERENÇA (Local, Horário, Responsável, Tipo de embalagem)				
ALTA (de alta médica e evolução do atendimento de Alta)				
OBITO				
EMBAIXÃO (Número do B.O. e funeral)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: / /				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido		SI	NAO
Data de nascimento			
Sexo			
Nome da mãe			
Número do CNP			
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDIÇÃO			
PREDIÇÃO MÉDICA (Cancer, diabetes, Exame tipo etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cancer, Exame físicos, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP diário e situações - Admissão)			
FOLHA DE SINTOMAS E DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável: Tipo de transferência)			
PLA (De admissão a saída de enfermagem de Alta)			
DIETA			
EXAMES (transcrito B D e anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: _____			
REVISOR: _____			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

2150

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SIM	NÃO	NA
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e registro				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (nome da via pública, nº complemento, complemento, bairro, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOA/P				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data e hora etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SÓ JORNAL E PRECISAR NOMENCLATURA)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROCE				
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Assinatura, Data e hora etc.)				
ALTA (Qualificação médica e emissão de atestado de alta)				
ÓBITO				
TRANSFUSÃO (Número do B Co e unidade)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA: 11/11/2014				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e Sobrenome		SIM	NÃO
Data de nascimento			
Sexo			
Nome da mãe			
Número do CNP			
Endereço (completo, desde as 100 metros do estabelecimento, subúrbios, bairros, municípios, estados e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)			
CONDUÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Dermatol, Assintoma, Exame físico, etc.)			
REGISTRO DE ENFERMAGEM (Cirurgia, Sinais vitais, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE) (Sinais vitais, Admissão)			
FOI HA HA CONTROL DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de assistência)			
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem (SAE))			
OUTRO			
EVASÃO (completo ou parcial)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: () / () / ()			
REVISOR: 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome (último)				
Número do CNJ				
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDUTA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, dose, via, frequência, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, frequência, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAEs e checklists Atividade)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CHOC				
TRANSPARENCIA (Local, horário, acompanhante, Tipo de intervenção)				
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da AAI)				
CRITO				
EVASÃO (número do ICI e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/11/2022				
REVISOR: Daniel Souza de Souza Enfermeiro Unidade UPA				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

40330

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e idade			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Número do CNH			
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, complemento, bairro, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP CONDUZIDA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cirurgia, antibioticos, Exame físico, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, farmacologia, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, diagnóstico, tratamento)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
DIAGNÓSTICO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Responsável) Tipo de atendimento			
ALTA (De alta médica e motivação de internagem de alta)			
ÓBITO			
EMERGÊNCIA (motivo de SO, emergência)			
OBSERVAÇÕES:			
ORIENTADOR (Assinatura)			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

2019

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e apelido			
Data de nascimento			
Sexo			
Número da UPA			
Município de origem			
Endereço completo (rua da casa, número, complemento, bairro/cidade, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDIÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA / CENÁRIO (incluindo Exame físico, etc.)			
AVISOS DE ENFERMAGEM (diários, de enfermagem, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e progressivas, Admissão)			
CT) NA SE CONTROL DE BOMAS VITAE			
GRUPO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Motivos, etc.) Tipo de transferência			
Alta (De alta temporária ou evolução da enfermagem - via Alta)			
Dieta			
AVISOS (diários, de enfermagem, etc.)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/11/2019			
REVISOR: Daniel Deiva de Sá Enfermeiro CREA/SP 111114			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

15/04/2017

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		SM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo (com sobrenome)				
Data de nascimento				
Sexo				
Número de mãe				
Número do CNJ				
Endereço completo (RUA, AVENIDA, RODOVIA, Nº, complemento, CEP, cidade, estado, Município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRÉVIO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (HISTÓRICO)				
COMPLETS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, volante, Exame, Nota, etc.)				
ARQUIVAÇÃO DE ENTERRAMENTO (Cartão, Nota, volante, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (SUPLENÇÃO 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (BAC, sinais e sintomas, Afirmação)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CHAMADO				
TRANSPORTE (Local, tempo, Acompanhante, Tipo de transporte)				
ACTA (De alta médica) E INSCRIÇÃO de internação de alta				
ORFIO				
EXATOS (Número de dia e minutos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		2011		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		X		
Sexo		F		
Nome de mãe		F		
Número do (CM)		F		
Endereço completo (nome de via pública, nº, complemento: apto/casa), bairro, município, estado e CEP		F		
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO N/A		
REGISTRO DE ATENDIMENTO - GCM		F		
CONDIÇÃO		F		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo: assinatura, data e hora do...)		F		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo: identificação, etc.)		F		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM NÃO N/A		
EVOLUÇÃO MÉDICA		F		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE sinais e sintomas, Achados)		F		
FOLHA DE CONTROLES DE SINAIS VITAIS		F		
CRIOSE		F		
TRANSFERÊNCIA (Local: Hospital, Hospitambém, Outros estabelecimentos)		F		
ALTA (Da alta médica e evolução de enfermagem da UPA)		F		
ÓBITO				
EVADÃO (Forma de B.O. e outros)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 17/11/2011				
REVISOR: Dra. Ana L. Silva Taubaté CNPJ 07.406594				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SI	NAO
Nome completo e legível			
Data de nascimento			
Sexo			
Plano de saúde			
Número unicon			
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDIÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, unidades, Exatidão, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, área de atuação, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE e área de atuação, Admissão)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)			
ALTA (De alta médica e aprovação da enfermagem da UPA)			
Óbito			
MORTE (Número do B.O. e endereço)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: / /			
REVISOR: (Assinatura e Carimbo)			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		2190		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Altera de vida		X		
Número do CNIS		X		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, CEP) e endereço eletrônico, município, estado e CEP		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
Relatório de atendimento / SOAP		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, quantidade, forma farmacéutica, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Diagnóstico, plano de cuidado, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, sinais e sintomas, Admissão)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SIGNOS VITAIS		X		
EXAMES		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora, Acompanhador, Tipo de transferência)		X		
ALTA (Documento médico e evolução de enfermagem da alta)		X		
ORIENTAÇÃO				
EVASÃO (Número do B.O. e anexo)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 13/04/2014				
REVISOR:  Denise Salmir de Camargo Enfermeira Unidade UPA Central				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SM	NÃO	NA
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e legível				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CEN				
Endereço (completo: rua, nº, bairro, UF, complemento, dependentes, telefone, endereço eletrônico e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Contato, Remédios, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Contato, Sinais vitais, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e cuidados: Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
Dieta				
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora(s), Acompanhante, Transferência realizada)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de Alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/2016				
REVISOR: Ana Paula de J. P. Barros (02028) 3211111-119				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		Nº 25002	
	RELAÇÃO DE PRONTUÁRIOS		Nº 5113	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO	
			SIM	NÃO
Nome completo e legível			<input checked="" type="checkbox"/>	
Data de nascimento			<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo			<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome de mãe			<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNP			<input checked="" type="checkbox"/>	
Estrutura completa (nome da via pública, nº, complemento, localidade, bairro, município, estado e CEP)			<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)			SIM	NÃO
				NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÃO			<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura, Exame físico etc.)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)			<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			SIM	NÃO
				NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e inserções, Admissões)			<input checked="" type="checkbox"/>	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO			<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Aconselhado, Tipo de transferência)			<input checked="" type="checkbox"/>	
MTR (De alta médica e evolução da enfermagem da Alta)				
ÓBITO				<input checked="" type="checkbox"/>
EVALUAÇÃO (momento do RCI, e anexado)				<input checked="" type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 27/11/22				
REVISOR: Ana Paula J. R. COHEN ALBERTO				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		Nº ATENDIMENTO		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNP		X		
Especialidade atendida (presta-se em pública, UP, ambulatório, farmácia, laboratório, fisioterapia, acuidade e DEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		X		
CONDUTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carvão ativado, Enoxaparina, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Gerais, itens críticos, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE gerais e críticas, Atendidos)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
CÓPIAS		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora, Acompanhados, Tipo de Atuação)		X		
ALTA (De esta rede e evolução da enfermagem de 48h)			X	
ÓBITO			X	
EVASÃO (saída de B.O. e anexado)			X	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/10/2024				
REVISOR: Ana Helena de Jesus Gomes COORDENADORA				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

VERSÃO DE FRENTE

15/11/2022

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SEM	NÃO	N/A
Nome completo e sigla			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome da mãe			
Número do CNP			
Sistema completo (nome da instituição, nº complemento (apostrophe), bairro, município, estado e CEP)			
GRUPO 2 - FRONTUÁRIO DE PROVIDO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)			
CREDITAS			
PRESCRIÇÃO (MÉDICA / CARIÓTIPO, MAMÓGRAFIAS, EXAMES DE LAB.)			
AVIAÇÃO DE EMERGÊNCIA (Carimbo, data e hora de emissão, etc.)			
GRUPO 3 - FRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SME - dados e frequência, Anamnese)			
FOLHA DE CONTROLE DE SIGNOS VITAIS			
ENCOS			
TRANSFERÊNCIA (Local, Razão, Acompanhador, Tipo de assistência)			
ACTA (De ato médico e evolução da enfermagem de Atividade)			
DEITO			
EXAMES (Número do B.O. e Anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 15/11/2022 REVISOR: <i>[Assinatura]</i> <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e idade		SI	NÃO
Data de Nascimento		SI	NÃO
Sexo		SI	NÃO
Nome da mãe		SI	NÃO
Número do CNB		SI	NÃO
Endereço completo (nome da via, número, nº - complemento, CEP), telefone, município, estado e CEP.			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		SI	NÃO
CONDUZAS		SI	NÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)		SI	NÃO
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, firma, checkado, etc.)		SI	NÃO
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC da via e sintomas, Acesso(s))		SI	NÃO
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		SI	NÃO
GRUPO		SI	NÃO
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de transferência)		SI	NÃO
ALTA (De alta médica e datação de internagem de Alta)			
OBITO			
ENCERRAMENTO (Número do BIC) e anexos			
OBSERVAÇÕES			
DATA: // //			
REVISOR:			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO			
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
		FA-27152		
		0019-2430		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo (em português):		SI	NÃO	NA
Data de nascimento:		X		
Sexo:		X		
Data de entrada:		X		
Número do CND:		X		
Exame completo (nome de sala, planta, nº. consultório, Sarcófago, máquina, recursos, etc.) e CER:		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X		
CONDIÇÕES		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Data, Hora, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, Data, Hora, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - SUPERIOR A 24 HORAS		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Data, hora, assinatura, etc.)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
CÓDIGO		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Assessorado, Tipo de assistência)		X		
ALTA (De que forma e evolução da enfermagem de 24h)				
CÓDIGO				
AVALIAÇÃO (narrativa, etc. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 02/12/2022				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

19/04/19

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SEM	NÃO	SIM
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, complemento, CEP, bairro, município, estado, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
PROSTIBO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (Causa, sintomas, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE EXPLORAÇÕES (Causa, tipo exame, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE À 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (SAE - Sinais e sintomas, Anamnese)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PROBE	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De onde médico e evolução de onde chegou - se alta)			
DIETA			
EXATÃO (informar se D.O. se analisado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 19/04/19			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			
Mônica S. C. Alves Nº 123456789 CRM-SP 12345			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

HABILITADO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SI	NI	SI
Nome completo (se houver)				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Município de Origem				
Endereço completo (Inscrição de via pública, nº complemento, pontos/ruas, outros, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NI	SI
REGISTRO EM ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo: medicamento, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo: Sinais vitais, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NI	SI
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RAC, sinais e sintomas, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CROQUE				
TRANSFERÊNCIA (para Hospital, Ambulatório, UCI ou ambulância)				
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Fomeço do B.C. e internação)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				

PROF. E. L. L. SOUZA
ENFERM. COORDENADOR
CBO 3141101





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IF ATENDIMENTO		
Nome completo e título		SI	NÃO	SI
Data de nascimento		SI		
Sexo		SI		
Nome da mãe		SI		
Número do CNH		SI		
Exatidão completa (forma de um grupo, se complementar: diagnóstico, história, evolução, AMB e CEF)		SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	SI
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI		
CONDUZAS		SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)		SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data e hora, etc.)		SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	SI
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SI) (diária e checagem, Admissão)		SI		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		SI		
GRUPO		SI		
TRANSFERÊNCIA (Local, História, e comentários: Tipo de transferência)		SI		
ALTA (Inclui alta médica e evolução de enfermagem da alta)		SI		
ÓBITO		SI		
Revisão (número de M.D. e Análises)		SI		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				

Renata E. S. L. Soares
ENFERMEIRA
COORDEADORA





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO			
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e legível		SI	NA	SA
Data de nascimento		SI	NA	SA
Sexo		SI	NA	SA
Nome de mãe		SI	NA	SA
Número do CNJ		SI	NA	SA
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)		SI	NA	SA
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		SI	NA	SA
CONDUTA		SI	NA	SA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, nome/firma, etc.)		SI	NA	SA
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, nome, assinatura, etc.)		SI	NA	SA
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (APRIMOR > 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NA	SA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SA) (diária e cuidados, administração)		SI	NA	SA
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		SI	NA	SA
CROQUI		SI	NA	SA
TRANSFERÊNCIA LOCAL (Hospital, Acampamento, Tiro de ambulância)		SI	NA	SA
ALTA (Data, motivo e evolução da enfermagem da alta)		SI	NA	SA
DEBITO		SI	NA	SA
EXATÃO (número de FIC e anexos)		SI	NA	SA
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		2014		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua de acesso, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
COMOULTAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo legível e Assinatura do médico)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, plano terapêutico, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (NÚMERO A 24 HORAS)		SIM NÃO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (BAE visitas e consultas, Atividade)				
FOUNHA DE CONTROLE DE INFECÇÕES				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFERÊNCIA (Local - Motivo - Acompanhante - Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e avaliação de elegibilidade para Alta)				
GRUPO				
EVASÃO (número do R.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 04/10/2014				
REVISOR				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Serviço completo e regular		<input checked="" type="checkbox"/>		
Cadastrado no sistema		<input checked="" type="checkbox"/>		
Idoso		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Momento do CNB		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, farmacêutico etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, data, cidade etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SINAIS e SINTOMAS, Ações)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARENCIA (Código, Horário, Responsável, Tipo de intervenção)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução orientada) ou ADMI				
ÓBITO				
EXATÃO (Número do ECI e endereço)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA: 01/10/2014				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		1º ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data do tratamento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CHA		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, município, estado, país e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONULITAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cursos, exames, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cursos, plano terapêutico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE gerais e específicas, Anamnese)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CITIOS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Com alta médica e evolução da enfermagem da alta)				
ÓBITO				
EXATIDÃO (Número do B.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/2016				
REVISOR:				







PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
		18121		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
É histórico completo (nome do usuário, endereço, diagnóstico, diagnóstico secundário, histórico, exames, exames (CEP))		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, nome físico etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data, assinatura etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAF, técnicas e técnicas, admisso)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSB		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARENCIA (Local, horário, acompanhante, Tipo de assistência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Com alta médica e emissão de encaminhamento da ACP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CIBT				
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/11/2018 REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		2025		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome Completo e legível		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (av. pública, nº, complemento: box/pedra/quadra, municipal, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (diagnóstico, sintomas, exames feitos, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (cuidado, terapia, educação, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (cuidados e cuidados, Anamnese)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (local, motivo, Acreditação, Tipo de assistência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De que maneira e evolução da internação da UPA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ORTI				
EXAMENOS (número de B.O. e anexado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/12/2025				
REVISOR				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
MEDIÇÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua da via pública nº, complemento, cep/distrito, bairro, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SCAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Fatura fiscal etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SHE (SINA) e checagem Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSFERÊNCIA SUJA (SINAIS, Assinatura e Tipo de transferência)				
ALTA (Diagnóstico médico e evolução da enfermagem se alta)				
OBITO				
EVASÃO (Carimbo do I.C. e assinatura)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 04/11/2020				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
IESP		REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
		<i>[Handwritten Signature]</i>		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNV		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via, número, nº complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo, Assinatura, Data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo, Data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, sinais e sintomas, Admissões)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRGS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA Local (Hospital, Ambulatório, Tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ACTR (Da alta médica e evolução da enfermagem de Alta)				
ÓBITO				
EXATÃO (Número de B.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2016				
REVISOR: <i>[Handwritten Signature]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		18378		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo, assinatura, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, notas, intervenções, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPERÊNCIA (Local, horário, Acompanhante, Tipo de assistência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ACT (De admissão e evolução da enfermagem da UPA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRITÉRIO				
EVASÃO (Número de B.O. e situação)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 03/06/2018				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISOÃO DE PRONTUÁRIOS		17241		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome do pai				
Número do CNP				
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, bairro, cidade, telefone, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PONTO-ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RACAP)				
CONDUZAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Nome do(a) médico)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc...)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RAE diárias e checklist: Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
OPRES				
TRANSFERÊNCIA (Linha História, Anamnese, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de 48h)				
OSM:				
EVASÃO (Número do B.O. e situação)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 01/11/2014				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e RG/UF		SIM	NÃO	N/A
Cidade de residência				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CAD				
Endereço completo (rua/nº de via pública, nº complemento - apartamento, sala/box, andar do prédio e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / ECG/AR				
CONDIÇÃO				
PREDIÇÃO MÉDICA (Câncer, diabetes, doença renal, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Câncer, SARA, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EXCLUSÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAR, SARA e Evolução formatada)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRÍTICO				
TRANSFERÊNCIA (Local destino, Acompanhante, Tipo de transferência)				
ALTA (Da sala interna e evolução de enfermagem de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de QI e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/11/2022				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTOS		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Prévio cadastro (para os serviços de emergência, Taubaté, Itaipava, Ilhópolis, Estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
AVOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SRE, SARA e Checos, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE ÚTILIZADO		<input checked="" type="checkbox"/>		
CPROG		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Linha, História, Acompanhante, Tipo de internação)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica) E evolução da enfermagem da alta		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBITO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVACUAÇÃO (para o B.O. e retorno)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/07/2017				
REVISOR: <i>Ass. Prof. Dr. J. P. ...</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e legível	1	2	3
Data de nascimento	4	5	6
Sexo	7	8	9
Nome da mãe	10	11	12
Número do CAS	13	14	15
Situação hospitalar (nome da sala clínica, nº atendimento, localidade, número, número de sala e CEP)	16	17	18
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO A (SERVIÇO) (PA)		DI	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SEM	1	2	3
CONDUTAS	4	5	6
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Comida, medicação, Exame físico etc.)	7	8	9
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Intervenção, etc.)	10	11	12
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		DI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA	1	2	3
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (S&E, Sinais vitais, Atividades, Admissão)	4	5	6
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	7	8	9
DIETA	10	11	12
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acomodação, Tipo de enfermagem)	13	14	15
ALTA (DE que modo e instrução de enfermagem da alta)	16	17	18
FEITO	19	20	21
EVASÃO (Número de E.D. e datas)	22	23	24
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 13/11/2014			
REVISOR: <i>Cláudia Regina A. Costa</i> Enfermeira 1202/2014			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	
		21/04/11
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO:
		SIM NÃO N/A
Nome completo e sobrenome	1	
Data de nascimento	2	
Sexo	3	
Nome da mãe	4	
Número do CNE	5	
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)	6	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	1	
CONDUZIDO	2	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbado, assinatura, Emissão: local, ano, ...)	3	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbado, data, assinatura, etc.)	4	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	1	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC) diárias e pontuais, Assinada!	2	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	3	
DIÁRIO	4	
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Acompanhante, Tipo de transferência)	5	
ALTA (De alta médica e avaliação de enfermagem de área)		
CEFO		
ENCERRAMENTO DO P.O. e anexos		
OBSERVAÇÕES:		
DATA: 11/04/11		
REVISOR: <i>Dayla Jery A. Soares</i> 1ª Enfermeira Taubaté - SP		



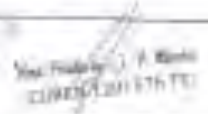


PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Nome completo e apelido		<input checked="" type="checkbox"/>	
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Município de origem		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço completo (rua, número, bairro, cidade, estado, país) e CEP		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diárias e noturnas, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
CRÓNIC		<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora(s), Assinaturas, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ALTA (De alta médica? De alta não médica? Data e hora de alta)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			
ENCERRAMENTO (Data e hora)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/11/2015			
REVISOR: 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

17/12

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SI	NÃO	NA
Nome completo e idade				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua, número da rua, número do complemento (apartamento, apartamento, número do apartamento, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cirurgia, medicação, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgia, Exame físico, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENIR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados de enfermagem, Anotação)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRIOSE				
TRANSFERÊNCIA (Local, Razão, Responsável, Tipo de transferência)				
ALTA (de alta médica? e anotação de enfermagem da alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de I.D. e anotação)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 17/12				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo atual		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome completo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Dados completos: Nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, telefone municipal, estado e CEP		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
RECEITO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZIR		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código de barras - Exatidão, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código de barras - Exatidão, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC de 24h e diárias - Atividade)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOHÁ DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIÁRIO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo) (y ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de Alta)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (horário e local de saída)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/2020				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
		2/508	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido		SIM	NÃO
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Número do CNS			
Endereço completo (com ou sem número, nº complemento, complemento, bairro, telefone, cidade e CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDIÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, CARRA e CUBETA, ADMAR)			
PLANO DE CUIDADO DE CUIDADO VITAL			
DIAGNÓSTICO			
TRANSPARENCIA (LUA, Pneu, Acumulado Top de qualidade)			
RLTA (Chama, História e evolução de enfermagem de 24h)			
DIETA			
EVALUAÇÃO (Anexo do R.O. - anexado)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 28/02/20 REVISOR: J.P. Basso - U.P. Basso CRMSP 101017/15			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
		2019	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e sigla		SI	NAO
Data de nascimento		SI	NAO
Sexo		SI	NAO
Nome de mãe		SI	NAO
Número do CNP		SI	NAO
Endereço completo (nome da via, número e complemento, bairro, município estado e CEP)		SI	NAO
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		SI	NAO
CONDUZAS		SI	NAO
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Curso Físio, etc.)		SI	NAO
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Data/Resultado, etc.)		SI	NAO
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, QHAS e técnicas, Atividade)		SI	NAO
FOIHA DE CONTROLE DE ENFERMAGEM		SI	NAO
CRONO		SI	NAO
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Assessorado, Tipo de assistência)		SI	NAO
ALTA (Data, Motivo e evolução da enfermagem de alta)		SI	NAO
ÓBITO		SI	NAO
EVASÃO (contato de H.O. e retorno)		SI	NAO
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 26/04/19			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVÃO DE PROMTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NAO	NA
Data de Nascimento				
Sexo				
Mãe do leite				
Numero do CNH				
Endereço completo (rua, número da via, cidade - UF - CEP) (Cidade, Estado, País, CEP)				
GRUPO 2 - PROMTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDIÇÕES				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, firma, cheques, etc.)				
GRUPO 3 - PROMTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE) (diária e rotineira) (Assessão)				
FOLHA DE CONTROLE DE BRANQUEAMENTO				
CRÓDIO				
TRANSFERÊNCIA/Local, Hora(s), Assessoria(s), Tipo de ambulância)				
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem de Alta)				
DIAGNÓSTICO				
EVASÃO (Carimbo do S.O. e assinatura)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/11/2023				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
HISTÓRIA DE PRONTUÁRIOS			
		27/08/19	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		AC ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>	
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	
Inscrição do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço completo (Rua de via pública nº, complemento, bairro/cidade, estado) município (selecção CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Escala farmac. etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, para checklist, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SIT, sinais e sintomas, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
CHGDS		<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Atendimento, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ALTA (Data alta hospitalar e evolução de atendimento de Atenção)			<input checked="" type="checkbox"/>
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>
EVASÃO (registro de E.O. e situação)			<input checked="" type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 27/08/19			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Nome (com sobrenome e apelido)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CRM		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O local de trabalho (nome ou na ausência de: departamento, departamento, unidade, unidade, município: MANOEL DE OLIVEIRA (CEP))		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (diagnóstico, prescrição, exames, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, plano de cuidados, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, planos de cuidados, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRDS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (Lado, Higiene, Alimentação, Tipo de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.T.A. (Orçamento) E evolução de enfermagem da UPA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVASÃO (com ou sem H.O. e retorno)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 25/11/2020			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		28/15		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e cognom		<input checked="" type="checkbox"/>		
Último diagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Mãe de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Exatidão contendo (nome do doente, nº atendimento, localização, hospital, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE HISTÓRIA DE ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO N/A		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Data e Hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, Data e Hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERAR 24 HORAS)		SIM NÃO N/A		
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diária e itinerária, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DO ANO ANTES		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRDS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Acompanhante, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Especializada? E avaliação de enfermagem da Alta)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (casos de R.O. e anexo)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 15/11/15				
REVISOR: Ass. Nilda / J. P. Nam CDDM 1001318 TR				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Nome completo e idade		<input checked="" type="checkbox"/>	
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNJ		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
			N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÃO:		<input checked="" type="checkbox"/>	
INDICAÇÃO MÉDICA (Carro, ambulância, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cabeça, membros, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
			N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (24h diárias e processos Admissional)		<input checked="" type="checkbox"/>	
FOLHA DE CONTROLE DE SENSIBILIDADE		<input checked="" type="checkbox"/>	
SAÚDE		<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSPARENCIA (Local, Fornecedor, Acompanhante, Tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ALTA (de alta médica) / Encerramento de atendimento (de alta)			<input checked="" type="checkbox"/>
CÓDIGO			<input checked="" type="checkbox"/>
EVASÃO (número do DI e datas)			<input checked="" type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/11/2017			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	EM	MÉD	RA
Nome (sobrenome e apelido)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do filho	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, país/cidade), telefone, município, estado e CEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FICIONÁRIO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico - E-Signatura etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo eletrônico etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FICIONÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RAE - diárias e noturnas, Afirmação)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Acompanhante, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Inclui Motivo, Avaliação da Enfermagem de Alta)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBITO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EXATidão (número de B.O. e exames)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 14/05/2011			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (Av/Prq da Via pública, PT, complemento, cep/estado, município, bairro e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, taxa, fluxograma, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE À 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (24h dia e noite e noturno - Acordada)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
DIARREIA	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (local, tempo, Acompanhante, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (da alta médica) Evolução da enfermagem de alta		<input checked="" type="checkbox"/>	
ORTO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (desvio do B.D. - ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
<i>Carla Patrícia de Souza</i>			
DATA: 25/02/2022			
REVISOR:	Carla Patrícia de Souza COORDENADORA DE ENFERMAGEM		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	TIPO DE ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e sobrenome	<input checked="" type="checkbox"/>		
CPF (Cadastrado em nome verdadeiro - CPF - 11-11111-11)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL (S/C/V/D)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exames - completo (X) ou de alta (X) ou de urgência (X) - exames: laboratoriais, esfregaço, cultura, urina e GEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONÓTIPIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXAMINAR	<input checked="" type="checkbox"/>		
PROCEDIMENTO MÉDICO (Contato, resumo, exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Caminho, direções, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONÓTIPIO DE INTERNAÇÃO (COMPROMISSO À 24 HORAS)	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, sinais e sintomas, Atividade)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRISM	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRASPASSE (PRELIMINAR) (local, horário, acompanhante, tipo de ambulância)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ATÁ (De alta médica) E evolução da enfermagem de alta		<input checked="" type="checkbox"/>	
ORTO		<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (URTI ou B.O. e atestado)		<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2023			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SE NÃO FOR ATENDIMENTO A 24h		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		✓		
Data de nascimento		✓		
Sexo		✓		
Nome da mãe		✓		
Morada no CNP		✓		
Sistema completo (nome da via pública nº, complemento, número/letra, endereço eletrônico, CEP e CEP)		✓		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		✓		
CONDIÇÃO		✓		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Número Presc. etc.)		✓		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data, assinatura, etc.)		✓		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		✓		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC dados e cuidados, histórico)		✓		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		✓		
CRIDEM		✓		
TRANSFERÊNCIA (Local, horário, Acompanhador, tipo de assistência)		✓	✓	
ALTA (De alta médica? E evolução de enfermagem de Alta)			✓	
ÓBITO			✓	
EVASÃO (Carimbo do R.O. e endereço)			✓	
OBSERVAÇÕES:				
Taubaté 21/07/19				
DATA: 21/07/2019				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DO PRONTUÁRIO		151446		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NÃO	N/A
Nome completo (e sobrenome)		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		F		
Número de UPA		X		
Número do CMS		X		
Distrito: <input type="checkbox"/> UPA ou <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; <input type="checkbox"/> Ambulatório; <input type="checkbox"/> Unidade de Pronto Atendimento; <input type="checkbox"/> CEP		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (VISA)?		X		
CONDIÇÃO:		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinado. Como texto do)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo. Item checado: não)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (VAG: dados e conclusões. Assinado)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
PROSE		X		
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, Assinatura: Tipo de transferência)		X		
ALTA (Data médica e evolução de enfermagem da ADA)				
CURSO:				
QUARANTA (Grupos de B.C. e anexo)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 02/11/2022				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNE				
Endereço completo (rua, nº da casa, nº do apartamento, complemento, bairro, cidade, estado, país) e Cep				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DO PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinatura (nome físico, etc.))				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo (nome completo, etc.))				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, SIDA e Unidades Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROSE				
TRANSPARENCIA (Linha Física, Administrativo, Tipo de atendimento)				
ALTA (Tipo alta médica e evolução da enfermagem da Alta)				
NOTA				
EVASÃO (Número de E.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/04/2014				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

CORREÇÃO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Número do CNJ		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Endereço completo (rua, nº, caixa, nº, complemento, bairro/cidade, estado, telefone, fax/celular, e-mail e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DONUTAS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data Hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, EXAME e OBSERVAÇÃO, ACOMPANHAMENTO)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE ERROS (VIA)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA/ALTA (Carimbo, Assinatura, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)			
EXITO			
EVASÃO (Carimbo de E-C e anexado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 12/11/2014			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIO

671837

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>		
CNPJ DE (INSTITUIÇÃO)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Município de origem	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua/cidade/estado) e CEP	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ESPERANÇA (Código, data, assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAE) (viva e chorado - Admissão)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SÍNDROME(S)	<input checked="" type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (local, tempo, justificativa, Terceira opinião)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e aprovação da enfermagem ou não)			
EXÉRCIO			
EXAMENS (Número de S.O. e resultado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 31/11/2011			
REVISOR:			
<i>Carla Inês de Jesus</i> Enfermeira Carimbo e Assinatura			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REUNIÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Mãe ou avó				
Número do CNS				
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAM				
CONDUZIR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (deverá assinar o médico responsável)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (deverá ser preenchida)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (deverá ser preenchida)				
FOLHA DE CONTROLE DE DIETA (VITAL)				
CRDS				
TRANSFERÊNCIA (local, motivo, acompanhante, tipo de assistência)				
MTA (Deverá ser preenchida e assinada pelo médico responsável)				
OBITO				
EXAMENOS (marcar os que foram realizados)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 16/11/2015				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Mº ATENDIMENTO	
Nome completo (região)		SIM	NÃO
Data de nascimento		SIM	NÃO
Sexo		SIM	NÃO
Nome de mãe		SIM	NÃO
Número do CNP		SIM	NÃO
Endereço completo (nome da rua, número, nº, complemento, cep/cidade/estado/município) (RUBRO e CEP)		SIM	NÃO
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (DATA)		SIM	NÃO
COMO DATAS		SIM	NÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Data/horário, medicamento, dose/freq, etc.)		SIM	NÃO
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Dados, sinais vitais, etc.)		SIM	NÃO
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTERNADO A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, sinais e sintomas, Anamnese)		SIM	NÃO
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		SIM	NÃO
CRONO		SIM	NÃO
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora(s), Acompanhante, Tipo de ambulância)		SIM	NÃO
ALTA (Se não médico? Evolução de enfermagem de 24h)		SIM	NÃO
CRONO		SIM	NÃO
EVASÃO (Número de B.O. e motivo)		SIM	NÃO
OBSERVAÇÕES			
DATA: 11/11/2012			
REVISOR:			







PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
		25/09	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
NOME COMPLETO (e apelido)		SIM	NÃO
DATA DE NASCIMENTO			
SEXO			
NOME DA MÃE			
NÚMERO DO CEM			
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, Nº, CIDADE, UF) - COMPLEMENTO, TELEFONES, TELEFONE, MUNICÍPIO, ESTADO e CEP			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			
CONDUITAS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, número, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAP) (diagnóstico, cuidados, Anamnese)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRÓNICAS			
TRANSPERÊNCIA (Cada, Horário, Responsável, Tipo de embalagem)			
ALTA (em 24h médica e evolução da enfermagem) (em 24h)			
EVASÃO (número do B.D. - 4 dígitos)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: _____ REVISOR: _____ 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
		Nº 3484		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Mora dentro		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CHB		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº complemento, localidade, telefone, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Exatidão, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, notas e cheques, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhador, Tipo de ambulância)		<input checked="" type="checkbox"/>		
RLTA (De alta precoce e evolução da enfermagem da RA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRITO				
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 02/11/2020 REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idade em anos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CRS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua da residência nº complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Droga, assinatura, Exame físico etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, plano de cuidado etc...)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (vital, sinais e sintomas, Anamnese)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CROQUIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (oral, físico, Acompanhante: Tipo de assistência)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (Data entrada e evolução de enfermagem da hora)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓBITO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVASÃO (retorno do B.D. e anamnese)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 04/11/2023				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IP ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e registro		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNB		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, n.º, complemento, bairro/cidade, região, município, estado - UF)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUTA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE EXPERIÊNCIA (Exemplos: SAE, observação, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE EXPERIÊNCIA (SAE, SAEs e observações, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOURNA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
GNSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARÊNCIA (Local, Horário, Assinatura, Tipo de assinatura)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Data médica e emissão da enfermagem da UPA)				
CERTE				
EVASÃO (Número de BTL e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 03/11/2022				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	Nº ATENDIMENTO:		
	REVISO DE PRONTUÁRIOS	SEM	NÃO	N/A
		20190114		
		10012019		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO:		
		SEM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do DNS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Carteira de Trabalho (para de lei pública, nº, complemento, território, município, município estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SEM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOM		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (diagnóstico, assistência, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, intervenções, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SEM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, sinais e vitais, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CROSS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPARENCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ACTA (Qualificação e evolução da enfermagem da Aor)				
DEBTO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EVASÃO (Número de B.O. e saída)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 14/01/19				
REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 1 - 0000		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		15/04/2010		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número de idade		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrega completa (nome da via pública, nº do estabelecimento, endereço, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PROVA DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, receita, Falso Rec. etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE EXPERIÊNCIA (Cartão, Resoluções, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CNC, diário e prontuário, Anamnese)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIÓRIE		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Linha, Transfer. Autorizada, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				<input checked="" type="checkbox"/>
MORTO				<input checked="" type="checkbox"/>
PASSADO (Número do B.O. e endereço)				<input checked="" type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 15/04/10				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATERIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SI	NÃO	NA
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e sobrenome				
DATA de nascimento				
Sexo				
Nome do pai				
Número do CNS				
Endereço completo (rua de via pública, nº, complemento, bairro/cidade/estado, município, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATERIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP				
CONDUÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, quantidade, forma farmacéutica, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, item diagnóstico, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAU, enfermeiro, enfermeira, acadêmico)				
FILHETE CONTROLÉ DE EVOLUÇÃO (CICLO)				
TRANSPERÊNCIA (Linha, Histórico, Acompanhante, Tipo de enfermagem)				
ALTA (De alta médica e avaliação da enfermagem de alta)				
OBITO				
AVALIAR (número de D.O. transferido)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 30/11/2024				
REVISOR: <i>Dr. Rodrigo J. P. Silva</i> (0288 120314-11)				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/cidade, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (TA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE: vitais e técnicas, Admissão)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRDS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhamento, Tipo de ambulância)	<input checked="" type="checkbox"/>		
PLT (Da alta médica e evolução da enfermagem da Adm.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBITO			
EVASÃO (número do S.O. e endereço)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: <i>02/11/2017</i>			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		60052
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e apelido			SI
Data de nascimento			SI
Sexo			SI
Número de idade			SI
Número do UPA			SI
Endereço completo (rua e nº, bairro, nº complemento, complemento, bairro, município, estado e CEP)			SI
REVISÃO DE PRONTUÁRIO DE ANTERIORES ATENDIMENTOS			SI NÃO SI
PRESENÇA DE ATENDIMENTO / SUSP			SI
CONDIÇÃO			SI
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data/hora, etc.)			SI
AJUDA DE ENFERMEIRAGEM (Carimbo, data/hora, etc.)			SI
CONTINUAÇÃO DA ATENDIMENTO (TIPO DE ATENDIMENTO)			SI NÃO SI
AVALIAÇÃO MÉDICA			SI
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SRE, SAE e outras atividades)			SI
PLANO DE CONTROLE DE SAÚDE VITAL			SI
CUIDOS			SI
TRANSFERÊNCIA (para outros complementos UPA ou outros)			SI
ALTA (de alta médica e evolução da enfermagem de alta)			SI
OBSERVAÇÕES			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 01/11/15			
NOME: _____			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		29/16		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
SEÇÃO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SE ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome do pai		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNIS		X		
Atividade profissional (nome da via pública, nº, complemento, endereço, cidade, estado, CEP)		X		
SEÇÃO II - ATENDIMENTO DO PACIENTE		SE		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (BOAT)		SI	NAO	NA
CONDUTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (comum, especial e Controle Farm. esp.)		X		
PRESCRIÇÃO DE ESPECIALIDADES (Dermatol. Farm. Control. etc.)		X		
SEÇÃO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (REVISÃO DE INTERNAÇÃO)		SE		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIROS (SAE) e/ou de outros profissionais		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
GRUPO		X		
TRATAMENTO (Quim. Hospit. Medicamentoso, Tipo de alimentação)		X		
Atividade de enfermagem (atividade de enfermagem, etc.)		X		
DIETA				
EXAMENS (laboratoriais e outros)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 20/11/16</p> <p>ASSINATURA: </p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE PRONTUÁRIO		22852		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		RM	NAC	NR
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CPF		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
DADOS DE PRONTUÁRIO E HISTÓRICO DE ATENDIMENTO (RM)		RM	NAC	NR
REGISTRO DE ATENDIMENTO / EXAME		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSULTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PROFESSORIA MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO (Carimbo, assinatura, data, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
UNIDADE ESPECIALIZADA DE REFERÊNCIA INTERMUNICIPAL		RM	NAC	NR
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE ENFERMIDADE		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICE		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
AV. TAUBATÉ (Carimbo e assinatura de enfermeiro/a)		<input checked="" type="checkbox"/>		
UBIÓTIPO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EXAMENS LABORATORIAIS (Carimbo e assinatura)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	02/11/15			
SINOPSE:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REGISTRO DE ATENDIMENTO 257144

GRUPO 1 - DIMENSÕES BÁSICAS

	PLANEJAMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo (legível)			
Data de nascimento	X		
Sexo	X		
Nome da mãe	X		
Morada do CNE	X		
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, complemento, cidade, estado, CEP e CNE)	X		

GRUPO 2 - ATENDIMENTO (DE PRONTA) A FAMILIA/INDIVÍDUO

	SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)	X		
CONDIÇÃO	X		
PRESCRIÇÃO MEDICA (diagnóstico, sintomas, exames labor. etc.)	X		
INDICAÇÃO DE ESPERANÇAS (Cuidado, plano terapêutico, etc.)	X		

GRUPO 3 - PRESTATORES DE ATENDIMENTO (DE PRONTA) A FAMILIA/INDIVÍDUO

	SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CNE, história e evolução, Anamnese)	X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
DIAGNÓSTICO	X		
PLANEJAMENTO (Cuidado, plano terapêutico, Tj e reavaliação)	X		
ALTA (De alta médica e avaliação de enfermagem do UPA)	X		
OBITO			
ENCARGO (responsável do UPA e usuário)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 04/11/2024
REVISOR: [Assinatura]





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		13499
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
INFORMAÇÕES GERAIS DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e sobrenome	SI	NÃO	SI
Local de nascimento	X		
Sexo	X		
Forma de vida	X		
Número do CVC	X		
Presença de placa (Forma de vida, placa nº, endereço, endereço eletrônico, município estado e CEP)	X		
	X		
TIPO DE INTERVENÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO			SI NÃO NA
EXERCÍCIO DE ATENDIMENTO / CUIDADO			
CONDUTA	X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Medicamentos, Exames, etc.)	X		
INDICAÇÃO DE ESPERANÇA (Diagnóstico, Tratamento, etc.)	X		
GRUPO DE INTERVENÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO			SI NÃO NA
EVOLUÇÃO CLÍNICA			
EVOLUÇÃO DE SINTOMAS / SINAIS CLÍNICOS / EXAMES / AVALIAÇÃO	X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X		
DIAGNÓSTICO	X		
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de Intervenção)	X		
SEJA FEITA A NOTIFICAÇÃO E REGISTRO DA INTERVENÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO	X		
OUTROS			
Outros procedimentos e/ou exames			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 24/10/2014			
REVISOR: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 133		
RELAÇÃO DE PRESTADORES				
GRUPO 1 - QUALIFICAÇÃO DO PRESTADOR		ATENDIMENTO		
		SI	NO	NA
Mínimo completo e regular		X		
Curso de treinamento		X		
Teor		X		
Atualizado		X		
Formado em CEF		X		
Exercer o cargo (sem ou sem vínculo de emprego formal, incluindo: contrato, trabalho, etc.)		X		
GRUPO 2 - INSTITUIÇÃO PRESTADORA (ACREDITADA)		ATENDIMENTO		
		SI	NO	NA
REQUISITO DE Acreditação / ISO 9001		X		
CONVITAE		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão assinado, nome, data, etc.)		X		
AVULSAÇÃO DE EMPREGADOR (Cartão, nome, endereço, etc.)		X		
GRUPO 3 - QUALIDADE DE ATENDIMENTO (DEFINIÇÃO DE PADRÃO)		ATENDIMENTO		
		SI	NO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO (SAE, SAE e SAE, Atividade, Atividade)		X		
FOURA DE CONTROLE DE ENFERMEIRO		X		
OPDS		X		
TRANSFÊRENCIA (Local, motivo, Antecedente, Tipo de atendimento)		X		
ACTO (De ato técnico e publicação de atividades de ato)		X		
OBTD		X		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/11/15				
ASSINATURA:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
	ENTRADA DE PRODUÇÃO		21408		
GRUPO 1 - CAPACIDADE DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO		
Atende conforme a legislação			SI	NAO	NA
Data de nascimento			X		
Sexo			X		
Estado civil			X		
Número de CNH			X		
Emprego atualizado (nome da via pública ou domicílio, endereço, telefone, e-mail e CEP)			X		
GRUPO 2 - ATENDIMENTO PREVISTO E REALIZADO			SI		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SUSP			SI	NAO	NA
DORCIAS			X		
HISTÓRICO MÉDICO (Carimbo médico, Emissão foto etc.)			X		
AUTORIZAÇÃO DE AMPARAGEM (Carimbo, foto etc.)			X		
GRUPO 3 - EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO (SUSPENSÃO E RESOLUÇÃO)			SI		
EVOLUÇÃO MÉDICA			SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ESPERANÇA (Solicitação e exames, Atualização)			X		
POLÍCIA DE CONTROLE DE DROGAS VITAIS			X		
CRISIS			X		
TRANSPARÊNCIA (Atualização, Acompanhamento Tipo de atendimento)			X		
ALTA (De alta médica e evolução de atendimento de SUSP)			X		
OUTROS					
EXCLUSÃO (motivo de SUSP e retorno)					
OBSERVAÇÕES					
DATA: 21/11/2018					
ASSINATURA:					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REGIÃO DE PRONTUÁRIO

IESP

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	SI	MI	NI
Nome completo e legível			
DATA de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Nome do pai			
Evento de morte (Data de obito e causa de morte) (se aplicável)			

GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	SI	MI	NI
PROCTO DE ATENDIMENTO (SOLICITAÇÃO)			
CONDIÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo médico e assinatura do médico)			
ASSINATURA DE ESPERANÇAS (Carimbo e assinatura do médico)			

GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (REGIÃO A - INTERNAÇÃO)

	SI	MI	NI
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (com data e hora de entrada, saída)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
DIETA			
TRANSFERÊNCIA (Data, Hora, Motivo, Tipo de transferência)			
ACTA DE alta médica e evolução de enfermagem de alta			
OBITO			
SINOPSE (Número de 0000 a 9999)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 12/01/2012

REVISOR: *[Assinatura]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO EM PROGRESSO		25009		
TIPO I - ADMINISTRAÇÃO (Cadastramento)				
Nome completo e sigla		SI	NÃO	NA
Cidade de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome do pai		X		
Nome da mãe		X		
Endereço atual (Rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)		X		
TIPO II - RESPONSABILIDADE TÉCNICA (Atendimento)				
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO - UPA		SI	NÃO	NA
CONSULTA		X		
PREGUNTA MÉDICA (Central - sem consulta em)		X		
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Central - sem consulta em)		X		
TIPO III - RESPONSABILIDADE TÉCNICA (Cuidados à Saúde)				
AVALIAÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	NA
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (SI) - sem e/ou com consulta		X		
PLANO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		X		
DIAGNÓSTICO		X		
TERMOFERRILHA Local: Hepar, Axilar, Tórax, retal		X		
ALTA ou alta médica e evolução da enfermagem (SI)		X		
CEFO				
EVOLUÇÃO (completa e/ou parcial)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2014				
ASSINATURA:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE INDICADORES

INSTITUTO ESPERANÇA

GRUPO: CONSULTORIA E ACOMPANHAMENTO

	Nº A REALIZAÇÃO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e função			
Data de realização			
Nome			
Nome da rede			
Número do CME			
Carregado conforme (norma da rede) <input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO <input type="checkbox"/> INTUITIVO <input type="checkbox"/> MAIORES <input type="checkbox"/> MULTIUSO <input type="checkbox"/> SEDE <input type="checkbox"/> CEP			

GRUPO: FACILITADOR DE ATENDIMENTO (FA)

	SIM	NÃO	N/A
RECORRIDO DE ATENDIMENTO / ATUAL			
CONDIÇÕES			
PROTEÇÃO MÉDICA (CENTRO SERVIÇOS SAÚDE PAUL. etc.)			
ADOTADO DE COFINANCIAMENTO (CENTRO SAÚDE UCAVAL etc.)			

GRUPO: CONSULTORIA E ACOMPANHAMENTO (C/A)

	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (PARA SIMOS e PARCELA) <input type="checkbox"/> ASSISTENTE			
PRONTO DE CIDADANIA DE SIMOS <input type="checkbox"/> UTILE			
ORÇÃO			
TRANSPARÊNCIA (LOCAL PÚBLICO, ACOMPANHAMENTO) <input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA			
Nº. DE ATENDIMENTO e evolução de atendimento no AMU			
COSTO			
UNIDADE <input type="checkbox"/> UNIDADE <input type="checkbox"/> UNIDADE			

OBSERVAÇÕES:

DATA: _____
REVISOR: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE FRONTIÇAROS

ESP: 15/05/11

NOME COMPLETO DO AGENTE	SPATAMENTO		
	SI	NAO	NA
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
NOME DE DOUT			
Outros contatos (morar 20 km acima e/ou comendado, familiares, telefones, moradia, e-mail e CEP)			
OBJETIVO: IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE (F)			
AGENCIAMENTO DE ATENDIMENTO / SOAP / CONSULTA	SI	NAO	NA
PREFERÊNCIA MÉDICA (Contato, anestesia, Evidência física, etc.)			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Contato, Densidade, etc.)			
OBJETIVO: IDENTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO / SERVIÇOS E ATIVIDADES			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP, dados e intervenções, Análises)			
RELAÇÃO DE OBTENTORES DE SAÚDE VITAE			
Classe			
TRANSFERÊNCIA (Contato, Horário, competência, Tipo de atendimento)			
ALTO (Se não há mais o registro de atendimento do agente)			
CEP			
CVSAC (Processo de RCI e serviços)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:			

15/05/11
15/05/11





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO		
INSTITUTO ESPERANÇA		Nº ATENDIMENTO		
TIPO DE ATENDIMENTO		SI	NI	NA
Nome completo e idade: _____				
Data de nascimento: _____				
Sexo: _____				
Município: _____				
Número do CNP: _____				
Cidade: _____				
Cidade completa: _____				
Cidade completa: _____				
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO		SI	NI	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SI/NI/NA)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Farmacologia, Exame físico, etc.)				
ANCIÊNCIA DE DOENÇAS (Farmacologia, Exame físico, etc.)				
SÍMPTOMAS E SINAIS		SI	NI	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE DOENÇAS (SI/NI/NA)				
PONTUAÇÃO DE CONTROLE DE DOENÇAS				
EXAMES				
TRATAMENTO (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de tratamento)				
ALTA (SI/NI/NA) (SI/NI/NA)				
DIAGNÓSTICO				
SUSCITAÇÃO (SI/NI/NA)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRIORIDADES

Nome completo do paciente: _____
Data de nascimento: _____
Sexo: _____
Município de origem: _____
Número do IDME: _____
Endereço completo (rua, número, cidade, UF) (informar endereço residencial, quando possível, mesmo que IESP): _____

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	N.º ATENDIMENTO		
	EM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAAT)			
CONSULTAS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Central, Ambulatório, Exames, etc.)			
AVILTAÇÃO DE DEFERIMENTO (Central) (Sem indicação de...)			

GRUPO 2 - PRIORIDADES DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE E ATRASOS)	EM		
	EM	NÃO	N/A
INDICAÇÃO MÉDICA			
AVILTAÇÃO DE DEFERIMENTO (SAE, SAE e outros) (Atividade)			
FOLHA DE PORTADOR DE DIAGNÓSTICO			
ORDEM			
TÍTULO ORDEM (Local, Hora, Apresentação, Tipo de atendimento)			
ALTA (De alta médica e pedido de internação (SAE))			
USUÁRIO			
ENCARGO (atendimento E.O. e outros)			

OBSERVAÇÕES: _____

DATA: 07/11/2014
REVISOR: _____

Ass. Taubaté, 11 de Novembro de 2014





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP


INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

- FORMULÁRIO -

REVISÃO DE PRONTUÁRIO

M. 29/12/20
 2014 29/12/20

GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SEM	MÃO	NÃO
Nome completo e apelido			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Número do CNP			
Outros dados (nome de via, cidade, etc) - complementos administrativos (Módulo Nacional - NOME e CPF)			
GRUPO II - PRESENTAÇÃO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ACRESCIMENTO / ACAD. CONSULTAS	SEM	NÃO	NÃO
PRONTUÁRIO EM ÚTICA (Cartão assinado, data e hora, etc.)			
IDENTIFICAÇÃO DE EMERGENCIAS (Cartão, foto, etc., etc.)			
GRUPO III - PRESENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO (SUPERVISÃO E ATENÇÃO)			
AVULSO REVISÃO	SEM	NÃO	NÃO
INTENÇÃO DE INTERNAÇÃO (SAE - Sinais e sintomas, história)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINCRONIA			
GRUPO			
TRATAMENTO (Dose, tempo, duração, etc. - medicamentos)			
ALTA (De alta médica e avaliação da enfermagem - SA)			
FALTA			
EVASÃO (Número da alta, etc.)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 29/12/20 REVISOR: <div style="text-align: right;">  MARCOS LUCIANO </div>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE FUNDAMENTO

14/03/2017
14/03/2017

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	ATENDIMENTO		
	SM	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Número do CNH			
Endereço completo (rua, número da casa, cidade, estado, CEP)			
GRUPO 2 - PROFISSIONAL DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
PROFISSIONAL DE ATENDIMENTO - SOSP			
CONSULTA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão Amarelo, Guia, etc.)			
AVISATÓRIA DE ENFERMAGEM (Cartão Amarelo, etc.)			
GRUPO 3 - INDICADORES DE INTERNAÇÃO (SUSPEITA E DE RISCO)			
INDICAÇÃO MÉDICA			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (SUSPEITA DE RISCO)			
FOFOM DE CONTROLE DE RISCO VITAL			
CRISE			
TRANSFERÊNCIA (Lugar, horário, acompanhante, tempo estimado)			
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem do AUP)			
DEITO			
ESCALÃO (Número de D.O. e pontos)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 14/03/2017 LOCAL: UPA CENTRAL ASSINATURA: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
ATIVIDADE DE PRODUÇÃO **26467**

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e Sobrenome			
Data de nascimento	X		
Sexo	X		
Nome da mãe	X		
Nacionalidade	X		
Qualquer condição física ou mental (incluindo deficiência intelectual, síndrome, transtorno, lesão, doença, estado e etc)	X		
	X		

GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE ATERIMENTO (PA)	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Realização de atendimento em sala			
Coletivas	X		
Produção médica (Exame, consulta, Exame físico, etc)	X		
Realização de exames laboratoriais (Exame, teste clínico, etc)	X		

GRUPO 3 - REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO (SUPERVISÃO DE NENHA)	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Evolução médica			
Atividade de enfermagem (Cuidado pessoal e higiene, banho, etc)	X		
Folha de controle de sinais vitais	X		
Dieta	X		
Transfusão (Exame físico, acompanhamento, transfusão, etc)			
Atividades físicas e recreativas de emergência (Atividade)	X		
Outro			
Exercício (registro de PC) (atividade)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: _____

ASSINATURA: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SI	NAO
Nome completo e idade			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome do pai			
Número do CAD			
Esperança anexada (nome de via pública - RT, nome próprio - identificação, endereço residencial - endereço CEP)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PROVIDÊNCIA (PA)		SI	NAO
RELEVÂNCIA DE ATENDIMENTO (NUP)			
COMUNICAÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinado - Farmácia) etc.			
AVOTAÇÃO DE ESPERANÇA (Carimbo - Serviço) etc.			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DIA - número de visitas, intervenções)			
FOLHA DE CONTROLE DE TRATAMENTO			
CROSS			
TRANSFERÊNCIA (Local - motivo - acompanhamento - Tipo de articulação)			
ACTA (Instituição emissor e emissão no serviço receptor) etc.			
CENSO			
AVISO (Número de B.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 08/03/2015			
REVISOR: Ass. [Assinatura] / [Nome] / [Cargo] / [Telefone]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISO DE PRONTUÁRIOS		
IESP				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		WT ATERIMENTO		
Nome completo e nº do ID		SI	NAO	NA
Data de Nascimento				
Sexo				
Forma de vida				
Número do CMI				
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATO (IPA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATERIMENTO / SQUAT CONSULTA				
PRODUTOS MÉDICOS / Óculos, aparelhos, Etc. (se não, etc.)				
INDICAÇÃO DE REFERÊNCIA (Carimbo, Nome do médico, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INFORMAÇÃO (PRONTUÁRIO A SERVIÇO)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE CAPACIDADE (Sua, física e funcional, etc.)				
FOUNDAÇÃO DE CONTROLE DE UNIDADE (SUA)				
CRISE				
INAPETÊNCIA (Liquor, Anémico, etc.) (se não, etc.)				
ALTA (De alta médica e evolução de unidade (se não, etc.))				
MORTO				
EVASÃO (comentário de alta médica)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 20/07/2015				
REVISOR: Taubaté, 20 de Julho de 2015 CARLOS PEREIRA				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		DATA		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome:		EM	NÃO	NA
Data de nascimento:				
Sexo:				
Nome de mãe:				
Nome do pai:				
Cidade, tempo de tempo de residência em Taubaté, endereço completo, telefone residencial, celular e CEP:				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA):		EM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO: BOA PRÁTICA				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Comunicação escrita e verbal) (Item 10.1)				
AMPLAÇÃO DE ESPERANÇA (Comunicação verbal) (Item 10.2)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS):		EM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARETA e atividades) (Item 10.3)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CARTEI:				
TRANSFERÊNCIA (Entre Hospitais, Ambulatório, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem) (Item 10.4)				
OBITO:				
ENVIO (Número de O.D. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 27/11/2015				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº: 07/1914		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		Data: 20/07/2019		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IP ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO	NA
Tipo de atendimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Idade em anos		<input checked="" type="checkbox"/>		
Motivo do atendimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Urgência (segundo critério de triagem) e, caso contrário, gravidade, sob o ponto de vista do IESP		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
RECORTE DE ATENDIMENTO (SI/PA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cópia, quando for o caso)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cópia, quando for o caso)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SI/PA e/ou quando necessário)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRASS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (entre setores, quando for o caso)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (SI/PA ou quando for o caso de internação)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVASÃO (quando for o caso)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/07/2019				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO

UPA - CENTRAL
6-1-2012

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	EM	NÃO	N/A
Nome completo e sobrenome			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Nome do OBE			
Subscrição Conselho Federal de Odontologia (CFO) / Conselho Regional de Odontologia (CRO) / Conselho Regional de Odontologia (CRO)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRÉVIO A TENDIMENTO (PA)	EM	NÃO	N/A
EXAMENHO DE A TENDIMENTO (BOA)			
CONDIÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, número total etc.)			
INDICAÇÃO DE FARMACOLOGIA (Carimbo, assinatura etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (EXAMENHO A SEGUIR)	EM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO (SEI) (Carimbo e assinatura, Assinatura)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
GRUPO			
TRANSFERÊNCIA (Carimbo, assinatura, tipo de transferência)			
ALTA (Carimbo, assinatura e evolução de enfermagem no SIA)			
(SIA)			
EXAMENHO (Carimbo de E.O. e Assinatura)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 06/11/2012			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, nº, bairro, UF - CEP) - (casamento, casamento, endereço, processo, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAC)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDUZIR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO MÉDICO (Cópia, original, Teste tipo 40)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Cópia, original, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)

	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (EAF, SINAIS E SINTOMAS, FÓRMULA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIETA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABALHOS (Lava, Higiene, ocupacionais, TCC, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GUARDA (De alta, deixo a evolução de enfermagem de 24h)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TESTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAME (Exame de 24h e exames)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES:

DATA: _____

REVISOR: _____
Dr. Paulo W. P. Gomes
 (CRM 30717/15)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO	27 163		
		REVISTA DE PRESTADORES			
UNIDADE I - ATENDIMENTO PRESENCIAL		ATENDIMENTO			
		SIM	NÃO	NA	
	Atendimento presencial	X			
	Atendimento telefônico	X			
	Atendimento por vídeo	X			
	Atendimento por áudio	X			
	Atendimento por texto	X			
	Atendimento por e-mail	X			
	Atendimento por aplicativo	X			
UNIDADE II - ATENDIMENTO DE ATENDIMENTO PRESENCIAL		ATENDIMENTO			
		SIM	NÃO	NA	
	Atendimento presencial	X			
	Atendimento telefônico	X			
	Atendimento por vídeo	X			
	Atendimento por áudio	X			
	Atendimento por texto	X			
	Atendimento por e-mail	X			
	Atendimento por aplicativo	X			
UNIDADE III - ATENDIMENTO DE ATENDIMENTO PRESENCIAL		ATENDIMENTO			
		SIM	NÃO	NA	
	Atendimento presencial	X			
	Atendimento telefônico	X			
	Atendimento por vídeo	X			
	Atendimento por áudio	X			
	Atendimento por texto	X			
	Atendimento por e-mail	X			
	Atendimento por aplicativo	X			
OBSERVAÇÕES					
DATA: _____					
REVISOR: _____					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		SECRETARIA DE SAÚDE		
UNIDADE DE SAÚDE				
INFORMAÇÕES GERAIS		TIPO DE SERVIÇO		
		SI	NO	NA
Nome completo e idade				
Tipo de documento		X		
Sexo		X		
Estado civil		X		
Número do CNH		X		
Drenagem sanitária (nome de via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado, país e CEP)		X		
		X		
INFORMAÇÕES DE ATRIBUIÇÃO (ITA)		SI	NO	NA
HISTÓRICO DE ATRIBUIÇÃO (SOAR)		X		
COORDENADOR		X		
PROCURADOR MÉDICO (CARTEIRA: número, nome, título, etc.)		X		
AUTORIZAÇÃO DE DIFERENÇA (nome, data, validade, etc.)		X		
BOMBA 1 - (AUTORIZAÇÃO DE DIFERENÇA DE SERVIÇO A 24 HORAS)		SI	NO	NA
Exatidão Médica				
EVALUAÇÃO DE PERFORMANCE (SI) (nome e endereço, endereço)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SAÚDE VIGILÂNCIA		X		
Cidade		X		
TRANSFERÊNCIA (local, horário, atendimento, tipo de procedimento)		X		
FOLHA DE SAÚDE (nome e endereço do estabelecimento, etc.)		X		
CUSTO		X		
ENDEREÇO (nome de rua e número)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 2014		
REVISÃO DE PROTOCOLOS				
UNIDADE: CONSULTA/CLÍNICA		Mº ATENDIMENTO		
Atividade realizada em formato:		SI	NO	NA
Atividade realizada:		X		
Nome:		X		
Nome de mãe:		X		
Número do CNH:		X		
Trabalha completo tempo de trabalho em tempo integral (incluindo trabalho noturno, trabalho diurno e CEF):		X		
UNIDADE: ATENDIMENTO/PRONTO-SOCORRO (PS)		SI NO NA		
RELEVÂNCIA DE ATENDIMENTO / PS:				
PROLÍFERA:		X		
PROLÍFERA MÉDICA (Cabeça, pescoço, tórax e abdômen):		X		
PROLÍFERA DE OTO-RINOLARINGOLOGIA (Cabeça, pescoço e ouvido):		X		
UNIDADE: ATENDIMENTO/PRONTO-SOCORRO (PS) 24 HORAS		SI NO NA		
EXCLUSÃO MÉDICA:				
EXCLUSÃO DE INVESTIGAÇÃO (sem base e dados, não há):		X		
PLANO DE CONTROLE DE OMS/ATAS:		X		
CRISI:		X		
TRANSPERSONA (sem nome, endereço, telefone, endereço):		X		
ATA (de uma consulta e emissão de atestado médico):		X		
PRTO:		X		
EXCLUSÃO (sem nome e endereço):				
OBSERVAÇÃO:				
DATA: 20/14				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PROJETOS		15119		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo do paciente	SEM	MÉD	OUT	
Idade do paciente	X			
Sexo	X			
Nome do médico	X			
Número do CDE	X			
Qualificação profissional (Forma de registro profissional - CRM, CRO, CBO, etc.)	X			
GRUPO II - ATENDIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA		Nº ATENDIMENTO		
DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO (Módulo)	SEM	MÉD	OUT	
COMUNIDADE	X			
PREVENÇÃO MÉDICA (Câncer, Diabetes, Hipertensão, etc.)	X			
AJUDAÇÃO DE DIVERSIDADE (Crianças, idosos, etc.)	X			
GRUPO III - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (Módulo 24 HORAS)		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA	SEM	MÉD	OUT	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sua área e especialidade)	X			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	X			
CARIMBO	X			
TRANSFERÊNCIA (para: Hospital, ambulatório, Tipo de atendimento)	X			
ACTE (Qualificação médica e profissional de enfermagem de nível)	X			
OUTROS	X			
EVOLUÇÃO (Forma de registro profissional)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

Fluxo Atal

IESP REVISÃO DE PRONTUÁRIO

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo e sobrenome			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Número do CNP			
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)			

GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	SI	NAO	NA
Registro de atendimento / RGAP			
Condiciona			
Prescrição Médica (Carimbo médico Especialista em...)			
Indicação de Internação (Carimbo médico Especialista em...)			

GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)

	SI	NAO	NA
Evilicação Médica			
Evilicação de enfermagem (PAF, SIA e vitais, Anamnese)			
Folha de Controle de Sinais Vitais			
Órden			
Transferência (Carimbo: História, Anamnese, Exame físico)			
Alta (Carimbo médico e enfermeiro de Enfermeiro de Atualização)			
Órden			
Órden (Carimbo: História e Anamnese)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 12/01/2014

REVISAR: *[Assinatura]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FIMILIAR				
		REVISTA DE FREQUÊNCIA				
1351						
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NAO	NA		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>				
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>				
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>				
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>				
Emprego atual (nome de via pública - PT - completo - Lâmpada, lâmpada, lâmpada, lâmpada)		<input checked="" type="checkbox"/>				
GRUPO 2 - FREQUÊNCIA DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				SI	NAO	NA
REQUISIÇÃO DE ATENDIMENTO (ICAF)		<input checked="" type="checkbox"/>				
CIDALITAS		<input checked="" type="checkbox"/>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, receita, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>				
ANOTAÇÃO DA ENTREVISTA (Cartão - Nota Médico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>				
GRUPO 3 - FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÃO (SUPORTE A 24 HORAS)				SI	NAO	NA
EVIDÊNCIA MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>				
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Sintomas e sinais, Anamnese)		<input checked="" type="checkbox"/>				
FORMA DE CONTROLE DE EVOLUTIVAS		<input checked="" type="checkbox"/>				
TRAMPA (Linha de vida, acompanhamento, Tratamento)		<input checked="" type="checkbox"/>				
ALTA (de alta médica e frequência de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>				
DEIXO		<input checked="" type="checkbox"/>				
EXCESSO (frequência de P.O. e exames)		<input checked="" type="checkbox"/>				
OBSERVAÇÕES:						
DATA: 10/07/22						
REVISOR:						





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
EDUÇÃO DE FRONTIÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e idade				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Nome de pai				
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO II - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
DESCRIÇÃO DE ACOMENTOS / SOAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MEDICA / Outros: antibiótico, Exame físico, etc.				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Caminho para o diagnóstico, etc.)				
GRUPO III - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP ou RA e/ou outras intervenções)				
FELDM DE CONTROLE DE INFECÇÕES				
CIRURGIA				
TRANSFERÊNCIA (Local: Hospital, Albergamento) Tipo de internação				
PLTA (Data de início e término da internação de emergência)				
Código				
DIAGNÓSTICO (segundo a ICD-10)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISÃO DE PROMTUBÁRIOS		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e registro		BM	NÃO	NÃO
Data de nascimento				
Sexo				
Nome do caso				
Nome do IESP				
Endereço completo (rua nº e número) - complemento: apartamento, sala nº, bloco, número, andar - CEP				
GRUPO II - PROMTUBÁRIO DE PROMTUBÁRIOS (PA)		BM	NÃO	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP				
CONDUZIR				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura e Nome do(a) médico)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura e Nome)				
GRUPO III - PROMTUBÁRIO DE INSERÇÃO (CORRENTO A 24 HORAS)		BM	NÃO	NÃO
AVILIAÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo e Assinatura - nome)				
FOLHA DE CONTROLE DE ENFERMAGEM				
CRONO				
TRANSPARÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de atendimento)				
A.T.A. (Data, horário e avaliação de atendimento)				
OPINIÃO				
EXAÇÃO (Carimbo do(a) responsável)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE FRONTIÁRIO

24/7-30

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tela de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nº de identificação	<input checked="" type="checkbox"/>		
Apresentação de URG	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exatidão - horário, turno de trabalho, nº atendimento, endereço, telefone, número, sistema, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTA ATENDIMENTO (PAT)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAR	<input checked="" type="checkbox"/>		
CINQUETAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo - endereço, telefone, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ASSIGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (Carimbo - endereço, telefone, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERVISÃO DE HORAS)			
ENCERRAMENTO MÉDICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (SAR verbal e escrito, Anamnese)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Carimbo - endereço, telefone, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (de alta médica e assistência de enfermagem de 24h)	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EWING (Carimbo de 24h de atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2011			
REVISOR: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISOÃO DE FRONTIARIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		EM	NÃO	NA
Data de nascimento				
DNIS				
Município de origem				
Número do CNH				
Endereço completo (rua, número, caixa postal, nº, complemento, bairro, cidade, estado, município, sigla e CEP)				
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		EM	NÃO	NA
PROPOSTA DE ATENDIMENTO (OPAP)				
COMUNICAÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo - estado de Pauloista - no 2)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo - data entrada, etc.)				
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INFORMAÇÃO (SUJEITO A 24 HORAS)		EM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (sem avaliação e conclusão - Promete)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CARIMBO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assinatura - Com as assinaturas)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem - 24 HORAS)				
LEITO				
EXAMENS promovidos E/O S. Anexos				
COMENTÁRIOS				
DATA: _____				
ASSINATURA: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

SEÇÃO 1 - AVALIAÇÃO GERAL			
Nota Contato e Recepção	<input checked="" type="checkbox"/>		
Qual do atendimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Atos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Atos de não	<input checked="" type="checkbox"/>		
Atos de não	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exatidão completa sobre os serviços e/ou procedimentos, procedimentos, materiais, custos e preços (10%)	<input checked="" type="checkbox"/>		
SEÇÃO 2 - RESULTADOS DE PROVA DE CONHECIMENTO			
REGISTRO DE ATENDIMENTO - RCAF	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONCITA	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESENÇA DE SERVIÇOS GERAIS, SERVIÇOS ESPECIAIS, SERVIÇOS DE ABILITACÃO DE DEFICIENTES (Caminho, não acessível, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
SEÇÃO 3 - RESULTADOS DE AVALIAÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS			
AVELICIDADE MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
AVELICIDADE DE DEFICIENTES (que foram atendidos, Atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
REGIM DE CONTROLE DE SERVIÇOS	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRISE	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (para, dentro, Atendimento, Tipo de atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ACTIVIDADE DE PRÁTICA E avaliação de atendimento de não	<input checked="" type="checkbox"/>		
ORÇ	<input checked="" type="checkbox"/>		
QUALIDADE DE SERVIÇO E ATENDIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
<p>Assinatura: _____</p> <p>DATA: 10/11/2016</p> <p>REVISOR: _____</p>			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		
	REVISÃO DE PRODUÇÃO		
16/10/2011			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		AFILIAÇÃO	
Nome completo e apelido	SI	SAO	SI
Data de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome de mãe	SI		
Número do CNJ	SI		
Classificação segundo o tipo de acidente de trabalho (SINATRA) e/ou doença ocupacional (DOA)	SI		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (P.A.)		SI	SAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / EDAP	SI		
CONDUZAS	SI		
INDICAÇÃO MÉDICA (com ou sem exames, exames feitos, etc.)	SI		
INDICAÇÃO DE EXAMES (com ou sem exames, etc.)	SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (P.I.) - HOMENS E MULHERES		SI	SAO
AValiação Médica	SI		
AValiação de EVOLUÇÃO COM exames e exames realizados	SI		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	SI		
Óbitos	SI		
TRANSFERÊNCIA (para: clínica, hospital, etc.)	SI		
ALTA (de alta médica e avaliação de evolução do caso)	SI		
Óbitos	SI		
AValiação de evolução do caso	SI		
OBSERVAÇÕES:			
			
DATA	06/10/11		
REVISOR			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
AVISO DE PRESENTAÇÃO

GRUPO 1 - CONDIÇÃO AGUDA PRESENTE

	SI	NAO	NA
Nome completo e endereço			
Local de nascimento			
Sexo			
Profissão			
Nome do CNP			
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP)			
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP)			

GRUPO 2 - HISTÓRICO DE ATENDIMENTO (DIA)

	SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (DIA)			
CONCLUIÇÃO			
EVOLUÇÃO MÉDICA (Conteúdo: Anamnese, Exame físico, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ESPERANÇAS (Conteúdo: Anamnese, etc.)			

GRUPO 3 - ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO, INTERNAÇÃO E EXAMES

	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ESPERANÇAS (Conteúdo: Anamnese, Exame físico, etc.)			
FOLHA DE CONTROLE DE EXAMES (DIA)			
EXAMES			
TRANSCRIÇÃO (Conteúdo: Anamnese, Exame físico, etc.)			
ATA de alta médica e emissão de atestado (se AM)			
OUTROS			
OUTROS (Conteúdo: B, D, E, etc.)			

RESERVAÇÕES:

DATA: 02/05/2014
REVISOR:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
1) Dados de identificação do paciente		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido		SI	NO
Data de nascimento			
Sexo			
Nome da mãe			
Número do CMU			
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, bairro, cidade, estado e CEP)			
2) Histórico de atendimento de emergência (U.A.)		SI	NO
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOA/CONSULTAS			
PREVENÇÃO BUCAI (Carimbo dentário, Fones, etc.)			
AVULSO DE QUIMIOTERAPIA (Carimbo, resultados etc.)			
3) Histórico de atendimento de urgência e emergência		SI	NO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
ENTRADA DE ENFERMEIRAS (ARE, enfermagem, etc.)			
FOLHA DE COTRÓL E DE RESPOSTAS			
EXOSÉ			
TRANSFERÊNCIA (local, horário, responsável, tipo de atendimento)			
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)			
ÓBITO			
EVOLUÇÃO (resumo de 24 e 48 horas)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 01/11/2012</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 101/2011		
REVISÃO DE PROMÉDIOS				
SÍNTESE DE ATENDIMENTO (DE 01/01/2011)		Nº ATENDIMENTO		
Mantido conforme a agenda?		SI	NAO	NA
Tempo de Atendimento				
Idade				
Sexo				
Atividade de CBO				
Exame realizado (nome da USF, número, nº, endereço, município, estado, CEP)				
Atividade - QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS (PA)		SI NAO NA		
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO (SGAP)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO ACADÊMICA (Caráter, Assessoria, Escola, País, etc.)				
INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO (Caráter, Tipo, Duração, etc.)				
TRILHA - ATENDIMENTO DE INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR		SI NAO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARE, ações e intervenções, Agências)				
FORMA DE CONTROLE DO SUJEITO				
USUÁRIO				
PREVIDÊNCIA (1/40) (Caráter, Assessoria, País de origem)				
IN TÁ (De 01/01/2011 até a data de realização do exame)				
USUÁRIO				
EXAME (nome do RCP e agenda)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 10/10/2011</p> <p>REVISOR: </p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO		11-17-2011		
UNIDADE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SM	NÃO	SIM
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Exatidão total da Parte de anamnese (completa, abrangente, adequada, sucinta e clara)		<input checked="" type="checkbox"/>		
UNIDADE - PRESENTES (VALOR MÁXIMO 4 ATENDIMENTOS)		SM	NÃO	SIM
REGISTRO DE ATENDIMENTO IESP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO MÉDICA (casos especiais - Parte física em)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INVESTIGAÇÃO DE DIAGNÓSTICO (casos de emergência em)		<input checked="" type="checkbox"/>		
UNIDADE - INDICADORES DE ATENDIMENTO (EXCEÇÃO À NORMA)		SM	NÃO	SIM
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (PARA CASOS ESPECIAIS - ABREVIADA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SERVIÇO (VITAL)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CORRETO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA PARA HEMO-ACONSELHAMENTO TERAPIA SUBSTITUTIVA		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA DA UNIDADE (Ativa e evolutiva ou estabilizada em AA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
TESTE				
AVANÇO (casos de BIC e outros)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/17/2011				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo e legível	V. ATENDIMENTO		
	SEM	PAR	SEM
Tipo de atendimento			
Sexo			
Nome do mãe			
Número do (NH)			
Endereço completo: rua nº, nº, complemento, bairro/cidade/estado - CEP (exemplo: Rua ABC nº 123 - Centro - São Paulo - SP - 01234-567)			

GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

REGISTRO DE ATENDIMENTO / GRUPO CONSULTA:	SEM	PAR	SEM
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, Manual de Guia, Rec, etc.)			
ANOTAÇÃO DE DIAGNÓSTICO (Cartão, Formulário, etc.)			

GRUPO 3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (SUPERVISOR & ENFERM)

EVOLUÇÃO MÉDICA:	SEM	PAR	SEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SME) (diária e mensal, Amarelo)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
EPIDÉ			
TRANSPARENCIA (cartão) (diária) (acompanhar) (Tela de atendimento)			
ALTA (De alta médica e autorização de encaminhamento)			
OBITO			
ENCERRAMENTO (Formulário) (FOLHA DE SINAIS)			

OBSERVAÇÕES

DATA: _____
 REVISOR: _____

INSTITUTO ESPERANÇA
 UNIDADE DE PRONTUÁRIOS





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		101-13211		
REVISÃO DE PREVENÇÃO				
ÁREA I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SP ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SP	SAU	SA
Data de nascimento				
Sexo				
Idade				
Nome de ONS				
Endereço completo (rua de vlt número, vt, complemento, cep/cidade/estado/cpfl)				
ÁREA II - INDICADORES DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SP		
INDICADOR DE ATENDIMENTO (ROAD)				
DIAGNÓSTICO				
PREDIÇÃO MÉDICA (Campanha de Prevenção de Emergências)				
ANÁLISE DE TERAPIA (Campanha de Prevenção de Emergências)				
ÁREA III - INDICADORES DE INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA DE ADMER		SP		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAF e/ou e/ou e/ou e/ou)				
FORMA DE CONTROLE DE ERROS MÉDICOS				
CÓDIGO				
TERMO DE RESPONSABILIDADE (Local, Assinatura, data e hora)				
ALTA (ou alta médica e evolução de enfermagem de adm)				
OBITO				
AVISO (ou aviso de morte)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 01/12/22				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		27725		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
NOME completo e sobrenome		EM	NÃO	NA
Último residência		X		
Endereço		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNIS		X		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, cidade/estado/código postal - exemplo: Rua ABC, 123 - Centro - São Paulo - SP)		X		
		X		
BLOCO 2 - PRONTUÁRIO DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE		EM	NÃO	NA
RECEBIMENTO DE ATENDIMENTO - SUS		X		
CONSULTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cursos, Internacia, Escola São Paulo, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE ESPERANÇA (Cursos, Escola São Paulo, etc.)		X		
BLOCO 3 - PROCEDIMENTOS INTERMEDIÁRIOS (EXAMES E PROCEDIMENTOS)		EM	NÃO	NA
DIAGNÓSTICO MÉDICO		X		
APLICAÇÃO DE IMPERMEABILIZANTE (SAE, cursos e treinamento - SAE/SAE)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE UNIDADES		X		
DIAGNÓSTICO		X		
TRANSFERÊNCIA (Linha, Frenco, Prontuário, Tipo de atendimento)		X		
ALTA (de alta médica e avaliação de outro profissional de saúde)		X		
Outro		X		
AVISO (previsão de B.O. e atendimento)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 27/07/12				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO		REVISÃO DE PRONTUÁRIO		2017	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO			
				SI	NO	NA	
Nome completo e legível							
Data de nascimento				X			
Sexo				X			
Nome do mãe				X			
Nome do pai				X			
Número completo de RG de RG (sem hífen) - CPF (sem pontos, travessão, hífens, zeros à esquerda, zeros à direita)				X			
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONÓSTICO LABORATORIAL				SI	NO	NA	
REGISTRO DE ATENDIMENTO (OGAP)							
UTENSILS				X			
PRESCRIÇÃO de drogas (Código, quantidade, E.C.M. (se houver))				X			
ALOTAÇÃO DE CLASSE/CLASS (Código, data de início de uso)				X			
GRUPO 3 - EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO (SUSCITAÇÃO 24 HORAS)				SI	NO	NA	
EVOLUÇÃO MÉDICA							
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO (SE houver atendimento, preenchido)				X			
FOLHA DE CONTROLE DE ANÁLISES DE URINA				X			
EXAMES				X			
TRANSFERÊNCIA (SE houver atendimento, preencher)				X			
SE O PACIENTE FOR ADMITIDO A SERVIÇOS DE ATENDIMENTO 24 HORAS							
OBSERVAÇÕES							
DATA: 21/12/17							
REVISOR:							






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATRIBUIÇÃO		
REVISÃO DE FUNCIONÁRIOS		24051		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e sigla:		SI	NAO	NA
Data de nascimento:		X		
Sexo:		X		
Forma de nascimento:		X		
Número do UNB:		X		
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP):		X		
GRUPO 2 - SÍNTOMAS DE INÍCIO E TRATAMENTO (F)				
DESCRIÇÃO DE ATENDIMENTO - DATA:		SI	NAO	NA
CONTATO:		X		
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, sintomas, exames, etc.):		X		
INDICAÇÃO DE FARMACOLOGIA (medicamentos, doses, etc.):		X		
GRUPO 3 - ETAPAS DE ATENDIMENTO (SOMENTE A 24 HORAS)				
AValiação médica:		SI	NAO	NA
PROCURAÇÃO DE ESPECIALISTAS (SAE, SAE de Emergência, Farmácia):		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS:		X		
CRONO:		X		
TRANSPORTE PARA LOCAL (transporte, acompanhamento, etc.):		X		
ALTA (de acordo com o protocolo estabelecido):		X		
OUTRO:				
DIAGNÓSTICO (segundo o S.O. de atendimento):				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/11 REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		24849
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo e apelido		SI	NÃO
Data de nascimento		X	
Sexo		X	
Nome de mãe		X	
Número do CNH		X	
Endereço completo (rua, número, complemento, cidade, estado, CEP)		X	
GRUPO 2 - EXISTÊNCIA DE PRONTUÁRIO E TERMO DE AVALIAÇÃO			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / RGAP		SI	NÃO
CREDENCIAMENTO		X	
REGISTRO MÉDICO / Conselho Regional de Odontologia (CRO)		X	
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS / Conselho Regional de Enfermeiros (COREN)		X	
GRUPO 3 - EXISTÊNCIA DE INFORMÁTICA REGULAR E DE FORMA			
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIROS (SEU) MÉDICA E ENFERMEIROS (ENFERMEIROS)		X	
FOLHA DE CONTROLE DE SAUDE VITAL		X	
CARTÃO		X	
TRANSPARENCIA (LUAZ, HORAIS, ACOMPANHOS, TIPO DE ATENDIMENTO)		X	
ALTA (SEMPRE REALIZADA E AVALIADA DE ENFERMEIROS)		X	
CERTE		X	
CIBERD (registro de E.C. e atendimento)			
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 2/10/21</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATRIBUIÇÃO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATRIBUIÇÃO		
Nome completo e sobrenome		SM	NÃO	N/A
DATA de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNH				
Endereço completo (Rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP) (padrão, número e estado do CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATO (EX)		SM	NÃO	N/A
PROPOSTA DE ATENDIMENTO (ICAP)				
CONSULTA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Fimex, Sico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Data, assinatura, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS		SM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SE for a trabalhar, Assinado)				
FOLHA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM				
UNICO				
TRINDAD (Tipo de internação, Tipo de procedimento)				
A TA (De que modo é a internação, etc.)				
OBITO				
EVASÃO (Número de D.O. e outros)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 10/11/2017				
REVISOR: Dr. Paulo C. T. Filho Cirurgião Geralista				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

2020

GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	HP ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Município de origem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, nº, bairro, nº complemento, complemento) e cidade (estado, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PONTO ATENDIMENTO (PA)	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ACESSO - SGAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MEDICA (Carimbo, assinatura, número de registro)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Carimbo, data, assinatura, nº de registro)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (PRESENÇA A 24 HORAS)	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (PRESENÇA A 24 HORAS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FISIOLOGIA DE CONTROLE (SE ENTAO EXISTE)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORDEM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (Carimbo, Assinatura, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATUALIZAÇÃO MÉDICA (Carimbo de assinatura, nº de registro)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMERGÊNCIA (Carimbo de A.O. e assinatura)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2020			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
SERVIÇO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		AP. ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e idade				
Data de nascimento				
Sexo				
Número de foto				
Número de CNH				
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, complemento: apartamento, bloco, sala, etc.) (CEP)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAM)				
CONDIÇÃO				
PROFISSÃO MÉDICA (Cirurgião, clínico, ginecologista, etc.)				
INDICAÇÃO DE ESPECIALIDADE (Cirurgião, fisioterapeuta, etc.)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTEIROS A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (RAM - início e término, admission)				
EXAME DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TERMO DE INTERNAÇÃO (RAM - início, Admissão, Tipo de internação)				
ALTA (De que modo? E associação de enfermagem de alta)				
UNITE				
EQUIPE (número de R.O. e especialidade)				
COMBINAÇÕES				
DATA: / /				
REVISOR				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IV ATENDIMENTO	
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO
Data de nascimento		SI	NÃO
Sexo		SI	NÃO
Nome do pai		SI	NÃO
Número do CNP		SI	NÃO
Comarca - município - nome do seu posto, UF, continente, país/estado (padrão: município - estado - UF)		SI	NÃO
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RA)		SI	NÃO
CONSULTAS		SI	NÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico - Exame físico em)		SI	NÃO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (Carimbo - Não Chegada em)		SI	NÃO
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (PREPÓSITO A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO (SAE clínica e diagnóstica - laboratório)		SI	NÃO
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM		SI	NÃO
ENFERMAGEM		SI	NÃO
TRANSFERÊNCIA Local - História, Acompanhante (ou do ambulatório)		SI	NÃO
ALTA (quando realizado a evolução de enfermagem de alta)		SI	NÃO
USF/UC			
EXTRAD (quando do E.C. e anexado)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA (assinatura) _____			
REVISOR: _____			



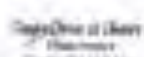


PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PÚBLICO		Nº ATENDIMENTO		
REVISOR DE FRONTIARIOS		COM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo integral	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cidade de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>			
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>			
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>			
Número do ICM	<input checked="" type="checkbox"/>			
Endereço completo (ruela, de até quatro (4) quadras, logradouro, número, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		COM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)	<input checked="" type="checkbox"/>			
OCULISTA	<input checked="" type="checkbox"/>			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Compre, atendimento, Exame físico etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>			
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, item indicado etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENIR A 24 HORAS)		COM	NÃO	N/A
EVALUAÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>			
EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado e observação, Resposta)	<input checked="" type="checkbox"/>			
FOLHA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM VITAL	<input checked="" type="checkbox"/>			
DIÁRIO	<input checked="" type="checkbox"/>			
TRANSFERÊNCIA (Luzes, Higiene, Alimentação, Tabela de medicação)	<input checked="" type="checkbox"/>			
ALTA (De até cinco (5) dias e avaliação de enfermagem de alta)	<input checked="" type="checkbox"/>			
OBITO	<input checked="" type="checkbox"/>			
EMERG (Número de E.C.A. atendido)	<input checked="" type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/11/2023				
REVISOR:				
 Diego Ottoni de Jesus Enfermeiro Conselho 5463/08				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	
	REVISÃO DE PROFISSIONAL	
<p>GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>Nome completo (e sobrenome) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Data de nascimento <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Sexo <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nome da mãe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Número do CPF <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Endereço completo (nome da rua pública, nº, complemento, localidade, bairro, município, estado e CEP) <input checked="" type="checkbox"/></p>		
<p>GRUPO 2 - PROFISSIONÁRIO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)</p> <p>REGISTRO DE ATENDIMENTO (SUSP) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CONDIÇÃO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ANOTAÇÃO DE ENTREVISTA (Diagnóstico, plano terapêutico, etc.) <input checked="" type="checkbox"/></p>		
<p>GRUPO 3 - PROFISSIONÁRIO DE ATENDIMENTO (SUSPENSÃO A 24 HORAS)</p> <p>EVOLUÇÃO MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>EVOLUÇÃO DE ENFERMEIROS (com dados e registros - Anamnese) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>FOLHA DE CONTROLE DE DIÁRIAS (TÍTULOS) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>EXAMES <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>TRANSPARENCIA (Local, horário, acompanhamento, Tipo de atendimento) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ACTA (de um médico e evolução de enfermeiros ou ADE) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>OBJETIVO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>EXAMES (resultado de PC e exames) <input checked="" type="checkbox"/></p>		
<p>Observações:</p>		
<p>DATA: 11/11/2011</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PROMITARIOS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO VACINANTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo a seguir	<input checked="" type="checkbox"/>		
DATA DE NASCIMTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Idade em anos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Agendamento ONI	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (com ou sem número) ou endereço alternativo (bairro, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		

GRUPO 2 - PROMITÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)

	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SIAPE)	<input checked="" type="checkbox"/>		
CIDADE/UF	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (campo de observação: Exame físico em...)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (campo de observação: em...)	<input checked="" type="checkbox"/>		

GRUPO 3 - PROMITÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUJEITOS A 24 HORAS)

	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, sinais e sintomas, conduta)	<input checked="" type="checkbox"/>		
POLÍTICA CONTROLADA (SAB VITAL)	<input checked="" type="checkbox"/>		
CRISES	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANESTESIA (Local, tempo, monitoração, Tipo de anestésico)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ACTA (Qualquer forma de registro da administração de ACP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
DEFEITO	<input checked="" type="checkbox"/>		
ENXOFRAS (compreendendo o B.O. e o frasco)	<input checked="" type="checkbox"/>		

OBSERVAÇÕES

DATA DO VÍCIO: _____
REVISOR: _____
Caro(a) Responsável(a) pelo Serviço
F. Esperança
Coordenador(a)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISÃO DE PRESTADORES		
IESP		150 536		
UNIDADE 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		UP ATENDIMENTO		
		SEM	NÃO	SI
Nome completo do paciente		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do médico		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do ONV		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via, número nº, complemento, bairro, cidade, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
UNIDADE 2 - PRESTADORES DE PRONTA ATENDIMENTO (PA)		SEM	NÃO	SI
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
ORIENTAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (Carimbo, Assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
UNIDADE 3 - MONITORAMENTO DE INTERNAÇÃO (apresentar a justificativa)		SEM	NÃO	SI
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (MAC, dados e intervenções, Atualizado)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE INGESTÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
CIRURGIA		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (para dentro, também Admissão: Tipo de ambulância)			<input checked="" type="checkbox"/>	
A TA de alta médica? (Carimbo, Assinatura, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES				
DATA DE ENTREGA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - CONTINUAÇÃO DO PACIENTE	Mº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do idoso	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CID	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via, número, nº apartamento, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CALHEM, BARRAS, FERRA, TACOLIN, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO DE CUID. FARMAC. (Caminho, hora, duração, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EXAME MÉDICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (até 24 horas e 24 horas seguintes)	<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (local, motivo, acompanhante, Transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
REFE. (Dieta, horário e evolução de enfermagem/alim.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRATAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXAME (número) e/ou D e anexado	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 18/11/2011			
REVISOR:			

Assinatura do IESP





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

2019/01/01

FORMULÁRIO		MATERNIDADE		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SIEM	NÃO	NS
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e apelido		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Mãe (nome)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CIEP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Preço pago (valor de 0 a 100 reais, 00 centavos; sem considerar descontos, isenções, mutua, plano de saúde e DGP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRÉ-NATAL (PN)		SIEM	NÃO	NS
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO / SAÚDE CONSULTA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, Alameda, Escola Nova, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO (Cartão, Exatômetro, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (DISPENSAÇÃO DE HOMENS)		SIEM	NÃO	NS
EVALUAÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (SAS, SUS ou a Prescrição, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhante) (tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Ho, dia, mês e ano) e avaliação de emergência de alta		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO		<input checked="" type="checkbox"/>		
EXATÔMETRO (valor de 0 a 10 e 00 centavos)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 2019/01/01				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PUNTO DE ATENDIMENTO: _____

IESP REVISÃO DE PRONTUÁRIO

13/11/2014

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	SE ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NB
Nome completo e sobrenome	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tempo de espera	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do UME	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tempo de espera para o atendimento (em minutos) (se não for possível, informar o motivo)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE FRONTI ATENDIMENTO (FA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / RGAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSULTAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (antes ou depois do atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
APLICAÇÃO DE ENFERMAGEM (C.A.V.M. - antes ou depois do atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (APRIMORADO)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (antes ou depois do atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
POLÍTIPO CONTINÚO E DE ÚNICO VÍCIO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSPORTE PARA (antes ou depois do atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA OU TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SERVIÇO DE ATENDIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
ORTESE	<input checked="" type="checkbox"/>		
CIJARI (antes ou depois do atendimento)	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 13/11/2014			
REVISOR: _____			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PROTOCOLOS			
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO	
Nome completo e idade	SI	NI	SI
Local de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome da mãe	SI		
Nome do CNP	SI		
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)	SI		
	SI		
GRUPO II - PROTOCOLOS DE PRÉ-ATENDIMENTO (PA)		SI	NI
REGISTRO DE ATRIBUIMENTO - SCAP			
CONDUTAS			
PROFISSIONAL MÉDICO (Carimbo eletrônico - Escala 1500, etc.)			
PROFISSIONAL ENFERMEIRO (Carimbo para enfermeiro, etc.)			
GRUPO III - PROTOCOLOS DE INTERAÇÃO INTERDISCIPLINAR		SI	NI
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRAGEM (SAC, SARA e (Protocolos, Anamnese)			
FORMAS CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
ORDEM			
TRANSFERÊNCIA CLÍNICA (SARA, Anamnese, TPA, etc.)			
At. FN (Diagnóstico médico e indicação de internamento, etc.)			
OUTRO			
EXERCÍCIO DE ATIVIDADES			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 10/11/2012			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PROSTABIMHO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATRIBUIMENTO	
Nome completo e idade	SI	NÃO	N/A
Data de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome da mãe	SI		
Número do CNP	SI		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP)	SI		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PROSTABIMHO (IA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATRIBUIMENTO / SOAP	SI		
COMPLAAS	SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo: diagnóstico, terapia farmacológica)	SI		
ANOTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS (Conteúdo: tempo, resultados)	SI		
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI		
EVOLUÇÃO DE EXPERIÊNCIAS (com nome e endereço do médico)	SI		
FORMAS DE CONTATO E DE ENFERMAGEM	SI		
CRUISE		SI	
TRANSFERÊNCIA para Hospital, Autogerenciamento, etc. (se aplicável)		SI	
ALTA (De alta rotineira? Início de enfermagem no local)	SI		
ÓBITO		SI	
EVOLUÇÃO (com o nome do médico)		SI	
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/2013 REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		RM	NÃO	SIM
Data de nascimento				
Sexo				
Naturalidade				
Número de OVS				
Endereço completo (rua de via pública (r. atendimento domiciliar), avião, município, estado (UF)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRÉ-ATENDIMENTO (PA)		RM	NÃO	SIM
REQUISITOS DE ATENDIMENTO (DEAN)				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinado, nome, registro)				
INDICAÇÃO DE ESPECIALIDADE (Carimbo, data, assinatura etc.)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		RM	NÃO	SIM
INDICAÇÃO MÉDICA				
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (SAE, clínica, tratamento, etc.)				
FOLHA DE CUSTÓDIA DE EXAMES (RM)				
ORDEM				
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, atendimento, tipo de atendimento)				
ALTA (Data, motivo, encaminhamento, etc.)				
ORDEM				
EXAMENS (Carimbo (r. R. C. e assinado))				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 28/12/2016				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		N.º 558		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		N.º ATENDIMENTO:		
Nome completo e sobrenome		SI	NI	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (Avenida de acesso nº, complemento, cep/cidade, estado, município e estado/CEP)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO (PA):		SI	NI	NA
RECORDO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONSTATAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo: assinatura, Data, Hora, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo: Data, Hora, etc.)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (BASTINHO & 24 HORAS):		SI	NI	NA
EVOLUÇÃO INICIAL				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Data, hora e minutos, Assinatura)				
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (VITAL)				
CUIDOS				
TRANSPORTE (Local, Hora, Assinatura, Tipo de procedimento)				
M. Ta. (Data, hora, nome) e evolução de enfermagem de 24h				
TÍTULO				
EVAC (Número do Q.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/03/2023				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REGIÃO DE ORIENTADORIA			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SM	NÃO
Nome completo e Aguiar			
Data de nascimento			
SEXO			
Altera sig. máis			
Atuação de CHT			
Emprego (emprego atual ou em busca de emprego) / Endereço: telefone residencial, celular e (CPF)			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / REGAR			
LIMITAS			
INDICAÇÃO MÉDICA (código, descrição, Exame Paco, etc.)			
INDICAÇÃO DE REFERENCIO (código, descrição, etc.)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO (PRONTUÁRIO A H ICMA)		SM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE IMPEDIMENTO (SAE, SAE II e Interditos, Admissão)			
FOLHA DE CONTROLE DE ENFERMAGEM			
CIRURGIA			
TRANSFERÊNCIA (para: Hospit, Acompanhada, Fun de referência)			
ALTA (com ou sem médico) e evolução de atendimento (SAE)			
EXÉCUTO			
ENCERRAMENTO (com ou sem o paciente)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 28/11/2022			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
		27/10/14	
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		HT ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome completo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
		SIM	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (vacinas, exames, dieta, fisioterapia)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESCRIÇÃO DE EXERCÍCIOS (exercício, dieta, medicação, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO DE PESSOAS AFILIADAS		SIM	NÃO
		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, dieta e cuidados especiais)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (CUIDOS)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPERÊNCIA (Luz, Higiene, Alimentação, etc. de enfermagem)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (se não há mais?) E avaliação de internação (se não)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓBITO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAMENOS (laboratório e exames)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 27/10/14			
ASSINATURA:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REGISTRO DE PRECATORIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAR O PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e Apellido	SI	NAO	NA
Data de nascimento	SI	NAO	NA
Sexo	SI	NAO	NA
Aluno da rede	SI	NAO	NA
Aluno de CDE	SI	NAO	NA
Exercício profissional (marcar em um único "X" competência: Assessoria; Saúde; Farmácia; Saúde CDE)	SI	NAO	NA
GRUPO 2 - PRECATORIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / CASP	SI	NAO	NA
IDENTIFIC	SI	NAO	NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, prescrição, Cartão Verde, etc.)	SI	NAO	NA
AVISUAÇÃO DO SUPLENTE (Cartão, Verde, etc.)	SI	NAO	NA
GRUPO 3 - PRECATORIO DE INTERNAÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS		SI	NAO NA
ENCAMINHAMENTO MÉDICO	SI	NAO	NA
TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM (para outros profissionais, Assessor)	SI	NAO	NA
OCORRÊNCIA DE CONTROLE DE QUALIDADE	SI	NAO	NA
ORDEM	SI	NAO	NA
TRANSFERÊNCIA (para outros Assessorias, etc.)	SI	NAO	NA
Atividade de atendimento em outros estabelecimentos de saúde	SI	NAO	NA
ORDEM	SI	NAO	NA
SERVIÇO (marcar em um único "X")	SI	NAO	NA
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 18/11/2022			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTOS		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		SEM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e apelido		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CPF		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (Rua, nº da casa, nº complementar, bairro, cidade e estado) e CEP		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SEM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAMP) COMPLETO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, impresso, E-mail, Fax, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
RELAÇÃO DE EXAMES (Cartão, impresso, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SEM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e chaves) Assinada		<input checked="" type="checkbox"/>		
PLANILHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		<input checked="" type="checkbox"/>		
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRABALHO SOCIAL (com ficha, Assinada) (Tipos de atendimentos)			<input checked="" type="checkbox"/>	
ACD (De alta médica) e evolução de enfermagem de alta		<input checked="" type="checkbox"/>		
ÓBITO			<input checked="" type="checkbox"/>	
EXATÃO (Número de E. e anexos)			<input checked="" type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/2014 REVISOR: <i>[Assinatura]</i> <i>[Assinatura]</i> 20/11/2014				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

NOME: _____		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SI	NAO	NR
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE				
Nome completo (igual)		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (nome da via número nº complemento apartamento/ bloco) - município (estado - UF)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NR
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		X		
EXAMINAR		X		
FREQUÊNCIA MÉDICA (Contato: Atenção, Saúde, Tiro, etc.)		X		
AGREGAÇÃO DE ENTIDADES (Associação, Associação, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SIEMER) A 24 HORAS		SI	NAO	NR
EXAMINAR MÉDICA		X		
EXATidão DE ENTENDIMENTO (SE) nome e endereço: Atenção		X		
EXATidão DE ENTENDIMENTO (SE) nome e endereço: Atenção		X		
EXATidão		X		
TRANSCRIÇÃO (Lugar, Horário, Atendimento, Tipo de atendimento)		X		
EXATidão de atendimento e exclusão de atendimento de PA		X		
EXATidão				
EXATidão (nome e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 09/11/2024				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

UNIDADE DE PRONTUÁRIO

10510

GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Idade em anos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (Rua, nº da casa, nº do apartamento, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	SI	NÃO	NA
REGIÃO DE ATENDIMENTO - UPA	<input checked="" type="checkbox"/>		
CIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>		
PROFISSÃO MEDICAL (Cirurgião, generalista, Exato, Fono, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
AUTUAÇÃO DE SERVIÇOS (Cirurgia, Sala Cirúrgica, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS	SI	NÃO	NA
INDICAÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXATIDÃO DE ENTREGA (EM 15 MINUTOS OU MENOS) - ADMISSÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXATIDÃO DE ENTREGA (EM 15 MINUTOS)	<input checked="" type="checkbox"/>		
CIQUE	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Qual, motivo, nome do paciente, tempo de internação)	<input checked="" type="checkbox"/>		
MATRIZ de alta (motivo, tempo de internação, tempo de alta)	<input checked="" type="checkbox"/>		
DEIXO			
Outros (motivo e CD - se aplicável)			
RESERVAÇÃO:			
DATA: 05/11/2011			
ASSINATURA:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP



INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

PLANO DE TRABALHO



UPA CENTRAL.SP - TIPO III




**PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL**

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté,
SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala
1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ – ESTADO DE SÃO PAULO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

Endereço: Rua Doutor Benedito Cursino dos Santos, nº 101 – CEP: 12030-190
Telefones: (12)3521-8036 / (12)3521-3500

Taubaté 01 de dezembro de 2022

Cumprimento do plano de trabalho - Referente mês de dezembro /2022

- Realizado encontro e seminário na unidade upa central, visando e promovendo a prevenção e conscientização do câncer de próstata e intensificando o mês do novembro AZUL, com participação especial do palestrante Dr. Rodrigo Cortez.
- Início na Unidade Upa Central como Sentinela de Arbovirus conforme solicitação pela V.E e pactuação da Secretaria da Saúde do Estado.
- Fluxo pactuado sobre dispensação de Tamiflu para pacientes de outras unidades.
- Conforme acordado realizamos um plano de ação imediato, considerando o aumento gradativo de casos de covid-19, os 6 leitos da observação mista do Pronto Socorro Municipal de Taubaté irão ficar disponíveis exclusivamente para pacientes internados por Covid, no momento estando ocupados 3 leitos.
- Realizada entrega de cópia de prontuários conforme solicitado e protocolada pela secretaria de saúde.
- Iniciamos com Plano de Gerenciamento de Resíduos dos o PGRS, apresentando ações exigidas pelos órgãos ambientais e vigilância sanitária por parte dos geradores de resíduos.
- Realizado Reunião na secretaria de Saúde com Dr Mario Pellogia para discutirmos sobre aumento dos casos de Dengue e NS1.
- Realizado treinamento e educação permanente para garantir a melhoria contínua dos processos de trabalho na gestão e assistência ao paciente.
- Atualizado CNES dos colaboradores.
- Realizadas reuniões com comissões.
- Recebemos em nossa unidade a visita do SR. Prefeito Jose Antonio Saud.

Juliana Mara de O. Figueiredo
Administração Pronto Socorro Municipal / IESP

FAA – FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



UPA CENTRAL.SP - TIPO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº DE REGISTRO		
REGISTRO DE PROMTOUROS		12765		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome completo do paciente		DN	NAC	SEX
END DE RESIDÊNCIA		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Município de NASC		X		
Colégio, curso(s) (nome do colégio, endereço, telefone, e-mail) (Preencher caso o paciente seja menor de idade)		X		
GRUPO 2 - PRETÉRMINO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SEM NÃO N/A		
REGISTRO DE ATENDIMENTO - IESP		X		
CONDUTA		X		
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, exames, exames de imagem, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, sinais vitais, etc.)		X		
GRUPO 3 - PROMTOUROS DE INTERNAÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS		SEM NÃO N/A		
EXATIDÃO MÉDICA				
EXATIDÃO DE ENFERMAGEM (SAC, sinais vitais e vitais - exames)				
REGISTRO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROCE				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assinatura) Tipo de transferência				
ALTA (Se não houver registro de enfermagem de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (preenchido se não for atendido)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	2011/11/11			
REVISOR:	<i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		18453		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NÃO	NA
Endereço completo				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNP				
Endereço: completo (nome do vizinho nº apartamento, apartamento, número, número interno e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI NÃO NA		
REGISTRO DE APERTEAMENTO / SOAP				
CONULIAS				
INDICAÇÃO MÉDICA (Código, Salvo para Prontuário, etc.)				
INDICAÇÃO DE EXATIDÃO (Código, Resolução, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO SUPERIOR À NOVA		SI NÃO NA		
EVALUAÇÃO MÉDICA				
EVALUAÇÃO DE CAPACIDADE (AC, avaliação funcional, funcional)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRUPO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhamento, Tipo de assistência)				
SITUAÇÃO (Estado, natureza e situação de encaminhamento)				
COSTO				
EVALUAÇÃO (Justificativa de Q.O. e avaliação)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/15 REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		18454		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e legível		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Aluno (a) do CNE				
Outros dados (nome da mãe, número de identificação, endereço, telefone, endereço e CEP)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (DOAR)		SIM	NÃO	NA
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura, Assinatura, Assinatura)				
ADAPTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, Assinatura, Assinatura)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
REGISTRO MÉDICO		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, Assinatura, Assinatura)				
FOLHA DE CONTROLE DE DIETAS VARIAS				
ORÇAO				
TRANSPERENCIA (Local, Horário, Assinatura, Assinatura, Assinatura)				
ALTA (De alta médica e responsabilidade em nome de Assinatura)				
ÓBITO				
ENCERRAMENTO (Carimbo, Assinatura, Assinatura, Assinatura)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 21/7/22				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATERIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		18514		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATERIMENTO		
Nome completo (pai/mãe)		SM	NÃO	N/A
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do pai		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATERIMENTO (PA)		SM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATERIMENTO (SIOP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSULTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARTÃO SIMPLIFICADO - Exame físico etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARTÃO SIMPLIFICADO - Exame físico etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SOLICITADO ÀS 24 HORAS)		SM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, SARA e SARA-24 horas)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSPARENCIA (plano de trabalho, acompanhamento, TAP de atendimento)				
PLANO DE CUIDADO (plano de evolução de enfermagem - SARA)				
DIÁRIO				
EVOLUÇÃO (relatório de E.D. e exames)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/11/2012</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		12517		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NÃO	NA
Nome completo (nº/wh)		/		
Data de nascimento		/		
Sexo		/		
Nome da mãe		/		
Número de UAS		/		
Evento correlato (nome da mãe, idade do paciente, diagnóstico, diagnóstico materno, idade e CEP)		/		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOLUÇÕES)		/		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (medicamentos, exames, dieta, etc.)		/		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (cariótipo, teste de urina, etc.)		/		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (ANTERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, anotações, planos, intervenções)				
FOLHA DE CONTROLE DE UNIDADES VITAIS				
ORDEM				
TRANSPARENÇA (teste físico, compressão, Teste de phisúria)				
ALTA (ou alta médica e evolução da enfermagem da PA)				
CRITÉRIO				
EVOLUÇÃO (número de ECG, etc.)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 21/11/2016				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO		18515	
REVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS					
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	MA		
Data de nascimento					
Sexo					
Nome da mãe					
Número do CNH					
Endereço completo (rua, nº, vizinhança, complemento, município, estado, país) (ex: Rua João de Deus, nº 123, Centro, Taubaté, SP)					
GRUPO 2 - PROFISSIONÁRIO DE ENCONTRO ATENDIMENTO (PE)			SI	MA	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (DARF)					
CONDUTA:					
PROFISSIONÁRIO MÉDICO (Cirurgião, Neurologia, Exata, Farm, etc.)					
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgião, Farm, Fisioterapia, etc.)					
GRUPO 3 - PROFISSIONÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE A 24 HORAS)			SI	MA	NA
EXATIDÃO MÉDICA					
EXATIDÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgião, Farm, Fisioterapia, etc.)					
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
CRONO					
TRANSPARENCIA (Luzes, ruído, Acústica, etc.) (Se aplicável)					
ALTA (Se aplicável a emergência de pronto socorro) (Se aplicável)					
OUTRO					
TRANSFÊRENCIA (Prontuário) (Se aplicável)					
OBSERVAÇÕES:					
<p>DATA: 21/11/2018</p> <p>REVISOR: [Assinatura]</p>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REGISTRO DE PRONTUÁRIOS 22698

GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível:			
Data de nascimento:	X		
Sexo:	X		
Nome da mãe:	X		
Nome do CNIS:	X		
Endereço completo (nome da via, número, nº complementar, complemento, bairro), telefone (residência, celular e CEP):	X		

GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PLANO DE ATENDIMENTO (PA)

	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP) CONDUZIDAS	X		
EVOLUÇÃO INICIAL (CARETA, HISTÓRICO, EXAME FÍSICO, etc.)	X		
INICIAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARETA, EXAME FÍSICO, etc.)	X		

GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARETA, EXAME FÍSICO, etc.)			
FOLHA DE CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM			
CRONOGRAMA			
TRANSFERÊNCIA (para outros serviços, Tabela Ambulatório)			
ALTO (Data, hora, motivo e evolução de enfermagem)			
ÓBITO			
SUACÃO (suporte de vida e exames)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 22/11/2011
REVISOR: [Assinatura]





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		47991		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e filiação		SI	NÃO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNJ		X		
Endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		X		
Endereço Municipal (bairro e CEP)		X		
GRUPO 2 - REGISTRO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / DOR		SI	NÃO	NA
CONDIÇÃO		X		
PRODUÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data Hora, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Data Hora, etc.)		X		
GRUPO 3 - INDICADORES DE INTERVENÇÃO PREVENIVA E ZANOTER				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, notas e demais atividades)				
FOLHA DE CONTROLE DE UNHAS VITAS				
CIOSM				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assessoria, Transferência)				
ALTA (De onde veio e motivo da alta) (Assinatura e carimbo)				
GRITO				
ENCERRAMENTO (Assinatura do E.O. responsável)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	22/11/17			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		18819		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SI	MA	NA
Dep. do nascimento		X		
Sexo		X		
Aluno da UPA		X		
Número da CNO		X		
Endereço (rua/avenida/cidade) ou via pública nº (complemento, complemento, número, multi-ouso, estado e CEP)		X		
		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI MA NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (USAR)		X		
CONSTATO		X		
INDICAÇÃO MÉDICA (USAR REGISTRO DE EXAME SÓCIO, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (USAR REGISTRO DE ENFERMAGEM, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (USAR FICHA DE INTERNAÇÃO)		SI MA NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (USAR REGISTRO DE ENFERMAGEM, etc.)				
PLANO DE CONTROLE E DE SAUVE VIDA				
CRISE				
TRANSFERÊNCIA (USAR REGISTRO DE TRANSFERÊNCIA, etc.)				
ALTA (USAR REGISTRO DE ALTA, etc.)				
OBITO				
EVOLUÇÃO (USAR REGISTRO DE EVOLUÇÃO, etc.)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		18792		
REVISO DE PRIORITÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
		SI	NÃO	NA
Nome completo e idade		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Presença de comorbidade (nome da doença) → diagnóstico da patologia		X		
Medicamento (nome) usado e CEP		X		
GRUPO 2 - REGISTRO DO PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / BOA CONSULTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARTÃO MÉDICO, CARTÃO DESEMPENHO)		X		
SOLICITAÇÃO DE EXAMES (LABORATÓRIO, EXAMES DE IMAGEM, etc.)		X		
GRUPO 3 - EVOLUÇÃO DE INTERFERÊNCIAS REALIZADA A 24 HORAS		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE INTERFERÊNCIAS (DESEMPENHO E PRESCRIÇÃO MÉDICA)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRIOSE				
TRANSFERÊNCIA (Local, Motivo, Responsável, Tipo de transferência)				
ALTA (Inclusão médica e avaliação de encaminhamento)				
ÓBITO				
EXATIDÃO (Número de ODI e registros)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 07/02/22</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

POBULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 18726

IESP

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SE ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo (legível)				
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, bairro, cidade, município, estado, CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP) COMPLETO		X		
PREVENÇÃO MÉDICA (Cartão de Prevenção - Tabela 1800 - ANVISA)		X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão de Indicação - ANVISA)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERFERÊNCIAS (PREVENÇÃO À SAÚDE)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP de enfermagem - administração)				
PLANO DE CONTROLE DE RIMAS VITAIS				
TIPOSS				
TRANSFERÊNCIAS (Local, forma, competência, tipo de atendimento)				
SEPS (De até 10 dias de evolução de acordo com o tipo de atendimento)				
DIETO				
EVOLUÇÃO (relatório de E.O. - 4 anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/12/22</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		NÚMERO DE ATENDIMENTO		
NÚMERO DE PRONTUÁRIOS		18740		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (nome da via, número nº, complemento, bairro/cidade), telefone residencial, celular e CEP		X		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (CAD)				
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (cartão, receita, exame labor, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (cartão, assistência, etc.)		X		
GRUPO 3 - INSTRUMENTOS DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE E COM A FAMÍLIA				
		SIM	NÃO	N/A
EDUCAÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE EDUCAÇÃO (são dados e conceitos, atividades)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
URTI				
TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES (transporte, tipo de ambulância)				
SITA (Diagnóstico médico e evolução de enfermagem de alta)				
COSTO				
EXARCADO (relatório de S.O. e exames)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 20/10/2011</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		190942		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Número da rede		X		
Atualização CNE		X		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, CEP) e endereço eletrônico (e-mail e site)		X		
		X		
		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (PA)		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOFAT		SI	NAO	NA
CONSULTAS		X		
PRESCRIÇÃO INTERNA (medicamentos, exames, fisio, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE EXERCÍCIOS / Cuidado, terapêutica, etc.		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO / EVOLUÇÃO E ANOTAÇÕES		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (care, diáta e procedimentos realizados)				
FOLHA DE CONTROLE DE SIGNOS VITAIS				
ORDENS				
TRANSFERÊNCIA (qual, para, atendimento, tipo de atendimento)				
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem ou não)				
ÓBITO				
EVASÃO (código do R.O. e motivo)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 11/11/2014</p> <p>REVISOR: </p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		100141		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
		Nº ATENDIMENTO		
		EM	NÃO	N/A
Nome completo e idade		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Sistema completo (nome da mãe, número de atendimento, endereço, telefone, celular, e-mail e CEP)		X		
GRUPO II - PRESENTAÇÃO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO NA				
		EM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / BOA				
CONTINUA		X		
PARTICIPAÇÃO MÉDICA (CENTRO) / SERVIÇO (Exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Serviço) / SERVIÇO (Ex. Anotação)		X		
GRUPO III - EVOLUÇÃO DE INTERVENÇÃO INTERVENÇÃO A SER FEITA				
		EM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Exame físico, avaliação, Anamnese)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINTOMAS				
CRONO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Atendimento, Tipo de atendimento)				
ALTA (Se não houve a evolução de atendimento de 15m)				
CEFO		X		
ENCERRAMENTO DE CIZ e SERVIÇO				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/12/20</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		18764		
REVISÃO DE PROFISSIONAL				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO
Nome completo e apelido				SR
Data de nascimento				SR
Sexo				SR
Nome do mãe				SR
Número do CNH				SR
Estrutura completa (nome da unidade, nº, complemento, localização, bairro, município, estado e CEP)				SR
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				SR A&E SA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SRAP)				SR
CONDIÇÃO				SR
ORIENTAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, exames, exames feitos, etc.)				SR
ANOTAÇÃO DE ESPERANÇAS (Cirurgia, exames, exames feitos, etc.)				SR
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (HISTÓRICO DAS INTERNAÇÕES)				SR NEC SA
EVOLUÇÃO MÉDICA				SR
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SME) (Sinais e sintomas, Anamnese)				SR
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				SR
CROQUIS				SR
TRANSPARENCIA (Linha, Hepar, Acumulação) (em de amostras)				SR
ALTA (De alta médica e avaliação da enfermagem da UPA)				SR
EMTI				SR
CARGO (função do SR e profissional)				SR
OBSERVAÇÕES				
DATA REVISÃO				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		18763			
REVISÃO DE FRONTIÁRIOS					
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				ATENDIMENTO	
Nome completo e legível				SI	NO
Data de nascimento				<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo				<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome de mãe				<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNH				<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, bairro/cidade, estado, município e CEP)				<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				SI	NO
REGISTRO DE ATENDIMENTO - ECAF				<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÃO				<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (campo obrigatório. Deve conter sigla)				<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE EMPENHO (campo obrigatório. Deve conter sigla)				<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUSPENSÃO DE SERVIÇOS)				SI	NO
EVOLUÇÃO MÉDICA					
INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (DAR-SUSP e protocolo de internação)					
FOLHA DE CONTROLE DE EXAMES CÍTIAS					
CROQUIS					
TRANSPARÊNCIA (diagnóstico, exames, procedimentos, tipo de internação)					
ALTA (De onde veio e evolução de atendimento de SUS)					
CÓDIGO					
EVALUAÇÃO (campo de B.O. e avaliação)					
OBSERVAÇÕES					
DATA: 18/03/2018					
REVISOR: [Assinatura]					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE FRONTIARIOS

18401

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		N.º ATENDIMENTO		
		BM	NÃO	N/A
Nome completo e sigla				
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Nome de CNIS		X		
Cobertura completa (outra de sua cidade, ex. acompanhamento, Sudoeste, Saúde Municipal, Saúde e UPA)		X		
GRUPO 2 - PROFISSIONAL DE FRONTIARIZAMENTO (F)		BM	NÃO	N/A
RECORTE DO ATENDIMENTO / SIGLA				
CONDUZIR		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Campanha, assistência, Saúde Bucal, etc.)		X		
RECONHECIMENTO DE ENFERMAGEM (Carimbo, teste clínico, etc.)		X		
GRUPO 3 - FRONTIARIOS DE INTERNAÇÃO (INTERIORES A 24 HORAS)		BM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (24h interna e externa, Amaldi)				
FOLHA DE CONTROLE DE TRANSFERÊNCIAS				
CRONOGRAMA				
TRANSFERÊNCIAS (outras cidades, acompanhamento, Tipo de ambulância)				
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
OBTIC				
ENCERRAMENTO (outras cidades e Amaldi)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 21/12/2015</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		11757
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			AP - ATENDIMENTO
Nome completo e inicial			EM ADM RA
Data de nascimento			X X X
Sexo			X X X
Número do título			X X X
Número do CUS			X X X
Empresa (empresa onde se vai trabalhar e/ou convênio hospitalar, número, município, estado e CEP)			X X X
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO (PA)			EM ADM RA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			X X X
ECONOMIA			X X X
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, endereço, Estado, País, etc.)			X X X
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, endereço, País, etc.)			X X X
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 48 HORAS)			EM ADM RA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARE, dados e/ou dados - físicos)			
FICHA DO CONTROLE DO SIGNOS VITAIS			
DIAGNÓSTICO			
TRANSPORTE (U, Local, Hora, Assessoria, Tipo de atendimento)			
ALTA (De alta clínica e evolução de enfermagem) (se Alta)			
ÓBITO			
EVASÃO (número de S.O. e assessoria)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		18626
	VERSÃO DE PROTOCOLOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo e idade			ATENDIMENTO:
Data de nascimento			UR
Sexo			NU
Nome de mãe			UR
Número do CNP			NU
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP, telefone, município, estado - UF)			UR
GRUPO 2 - PROTOCOLO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / CADAF			UR
CONDUTA			NU
PRESCRIÇÃO MÉDICA (quando necessária: Exame, etc.)			UR
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (quando YES DIAGNÓSTICO)			NU
GRUPO 3 - PROTOCOLO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			UR
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SRE, enfermeiro, cuidados, fármacos)			NU
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			UR
CROQUIS			NU
TRANSPERÊNCIA (caso necessária, acompanhar: Títulos, atestados)			UR
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)			NU
OBITO			UR
EVIÇÃO (transfere-se ECI e atestado)			NU
OBSERVAÇÕES:			
DATA			
REVISOR: <i>CRISTINA</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		48611		
REVISÃO DE FRONTIÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		TRATAMENTO		
Nome completo e legível		DI	MA	SA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, caixa postal, complemento (apêndice), bairro, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		DI	MA	SA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOCIO		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (Código: 00000000 - Outros: 00000000)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE CONDIÇÃO (Código: 00000000 - Outros: 00000000)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUSPENSÃO 24 HORAS)		DI	MA	SA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAE e materiais, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE VITALIDADE				
CRQS				
TRANSFERÊNCIA (Código: 00000000 - Outros: 00000000)				
ACTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
ÓBITO				
Cyrcão (Código: 00000000 - Outros: 00000000)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA:				
REVISOR: <i>02/11/2011</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

18209

REVISÃO DE PROFISSIONAIS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo e sobrenome	/		
Data de nascimento	/		
Sexo	/		
Nome da mãe	/		
Número do CNP	/		
Código completo (tipo de via pública nº complemento (apostrophe), direção, número, cidade e CEP)	/		
GRUPO 2 - INDICADOR DE TIPO DE ATENDIMENTO (SI)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)	SI	NAO	NA
CONSULTAS	/		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CONTROLE MEDICINA) (Controle Medicamentos, etc.)	/		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Controle Medicamentos, etc.)	/		
GRUPO 3 - PROFISSIONÁRIO DE INTERNAÇÃO (ENFERMEIRO E/OU NENHUM)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP - dados e evolução Admissão)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
ORDEM			
TRANSPONDÊNCIA (unidade, hora e, frequência) Tipo de evolução			
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)			
DEIXO			
EVASÃO (completo do B.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 18/11/2018			
RENISOM			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIO 48594

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NO	NA
Nome completo e Agênc			
Data de nascimento			
Sexo			
Nome de mãe			
Nº (nº) do CNH			
Endereço: Av. Brasil (Av. do Brasil) nº. 1000 - Jd. São Paulo - Taubaté/SP			
Endereço: Rua: (Rua) nº. 1000 - Jd. São Paulo - Taubaté/SP			
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / EDAP (CEN) / IAD	SI	NO	NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão) / (Cartão) / (Cartão) / (Cartão)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM / (Cartão) / (Cartão) / (Cartão)			
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (PRONTUÁRIO A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI	NO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE) / (SAE) / (SAE) / (SAE)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
DISSO			
TRANSPARENCIA (Cart. Hora) / (Cart. Hora) / (Cart. Hora)			
ALTA (De alta médica e transferência de informações de alta)			
CIERTO			
EXATÃO (Cartão) / (Cartão) / (Cartão)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 19/06/2018			
REVISOR: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

18706

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação (CAC)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento completo (nome da medicação, nº prescrição, farmácia, hospital, número da receita e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDUZIR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICAÇÃO MÉDICA (CRÍTICO, ESTABILIZADO, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE EXPERIÊNCIA (relatório para Leitores, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (MÉTODOS E SINAIS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CAC sinais e sintomas, observações)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRDS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (nome, razão, acompanhante, tempo de permanência)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA (De alta médica e/ou por decisão da enfermagem da UPA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓBITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVASÃO (nome do E.C. e endereço)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES			
DATA: 2/11/17			
REVISOR: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE FRONTIARIOS

18685

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo (RG no)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Residência (CNP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (Rua do nº e nº do complemento, bairro/cidade), endereço eletrônico: estado @ IESP	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRECURIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO: DOUTOR	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, assinatura, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
AVISATAÇÃO DE EMPENHAMENTO (Código, Data de emissão, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRECURIÁRIO DE HABILITAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RAE - RUA e RUA/RA, A/RUA/RA)	<input checked="" type="checkbox"/>		
PLANO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (local, horário, acompanhado, Tipo de transferência)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ALTA (Data e motivo e localização encaminhado do PA)	<input checked="" type="checkbox"/>		
RESULTADO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVASÃO (número do SIG e processo)	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 21/11/2018</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PROCTUÁRIO

18470

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		H/ ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CPF		<input checked="" type="checkbox"/>		
Classificação conforme sistema de avaliação de desempenho (ambulatorio, ambulatório, emergência, urgência, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PROCTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATERCIMENTO / DOAR		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo eletrônico, Emissão física, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo eletrônico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PROCTUÁRIO DE INTERMEDIÇÃO (INTERMEDIÇÃO DE HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SME, enfermeiro, técnico, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRISIS				
TRANSFERÊNCIA (para outros locais, para outros serviços)				
ALTA (de alta médica e evolução de atendimento de alta)				
ORITO				
ENCERRAMENTO (cancelamento de atendimento)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/10/16				
REVISOR: [assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO		23904		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS						
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SI	NAO	NA		
Data de nascimento						
Sexo						
Nome de mãe						
Alcance do CNP						
Endereço completo (rua) de via pública (p. atendimento: hospitalar, ambulatório, pronto-socorro, urgência e emergência)						
GRUPO 2 - ATRIBUIÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				SI		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAR		SI	NAO	NA		
COMUTAS						
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão médico, Emissão Resu. an.)						
ANOTAÇÃO DE INFIRMACÃO (Cartão, ficha, checklist, etc.)						
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE ATRIBUIÇÃO (INFIRMACÃO EM NOTAS)				SI		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (para enfermeiros e técnicos. Atividade)						
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS						
OTORR						
TRANSFERÊNCIA para outros serviços (tipo de atendimento)						
AI TH (Deu alta médica e entrega de guia para seguir em outro)						
OBITO						
EXATIDÃO (Número de 0 a 99999)						
OBSERVAÇÕES:						
DATA: 01/11/20 REVISOR: 						





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23024		
REVISO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		/		
Sexo		/		
Nome de mãe		/		
Número do CNP		/		
Endereço completo (nome da via pública nº complemento, complemento, bairro, município, estado e CEP)		/		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (U)		ATENDIMENTO		
RECEIHO DE ATENDIMENTO (SOA)		SIM	NÃO	N/A
CONDIÇÃO		/		
REGISTRO MÉDICO (nome completo, CRM, RG, etc.)		/		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (nome completo, RG, etc.)		/		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE EVOLUÇÃO (SUJEITO A SE HORAS)		ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, curtos e longos, horários)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROCE				
TRANSFERÊNCIA (local, horário, acompanhante, tipo de transferência)				
ACTA (De alta médica, transferência do paciente)				
ÓBITO				
EXAMENOS (nome do B.O. e exames)		/		
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/2</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		23753		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Atividade do CME				
Endereço completo (rua ou av. para av. - complemento - bairro) - endereço residencial (rua ou av. para av. - complemento - bairro) - CEP				
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE DOENÇA E ATENDIMENTO (PM)		Nº ATENDIMENTO		
RECORRER DE ATENDIMENTO (SOM)		SI	NÃO	NA
DIAGNÓSTICO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo médico, Exame labor. etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo enfermeiro, etc.)				
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERVENÇÃO (ENFERMAGEM)		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC - sinais e sintomas, atividades)				
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CROSS				
TRANSFERÊNCIA (Local, Data, Assinatura, Tipo de transferência)				
ACT (De onde veio a intervenção de enfermagem no caso)				
CRITÉRIO				
CLASSIFICAÇÃO (Número de B.O. e pontos)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA REVISÃO: 2/12</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2024		
REGIÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome (com sobrenome completo)		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Endereço atual				
Número do CNH				
Endereço completo (rua nº - nº sala - nº complemento - bairro/cidade) ou outro endereço atual e (CPF)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM NÃO N/A		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)				
CONDUTA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (antibiótico, analgésico, fitoterápico, etc.)				
INDICAÇÃO DE HEMORRAGIA (Carrel, hemostático, etc.)				
GRUPO III - HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO (DA ENTRADA NA UPA)		SIM NÃO N/A		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAI - sinais e sintomas, exames)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSFERÊNCIA (para outro serviço, ambulatório, etc.)				
ALTA (de alta clínica ou de alta administrativa)				
ÓBITO				
CONTATO (para o UPA)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 21/12 BRUNO:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 22081

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo (ativo)			
Data de nascimento	/		
Sexo	/		
Nome de mãe	/		
Mãe de leite	/		
Endereço completo (rua - nº - nº do lote ou nº do terreno - complemento - complemento) - cidade - estado - país (CEP)	/		
GRUPO 2 - ENQUADRAMENTO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PAJ)	SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (BOA)	/		
CONDUTA	/		
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, medicação, Exame físico, etc.)	/		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Administração, etc.)	/		
GRUPO 3 - AQUISIÇÃO DE INFORMAÇÃO (INTERVENÇÃO 24 HORAS)	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Administração, etc.)			
ETAPA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRUSE			
TRANSCRIÇÃO (Cuidado, Administração, Tipo de assistência)			
ALTA (transferência e evolução de atendimento)			
OUTRO			
Observações (conteúdo de B.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES			
DATA:			
REVISOR:	02/14		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FOMILÁRIO		
		REVISÃO DE PROFISSIONAIS		
		2023		
ETAPA I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo (NOME)		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (rua de residência - nº complemento - bairro/cidade/estado/código postal e CEP)				
GRUPO I - PROVIDIMENTOS PRONTO ATENDIMENTO (PA)		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SIM	NÃO	NA
CONDUTA				
INDICAÇÃO MÉDICA (CARTÃO, RECIPE, EXAME, etc.)				
INDICAÇÃO DE EXAMES (CARTÃO, BOM, etc.)				
GRUPO II - PROVIDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PRELIMINAR A EXAMINAÇÃO		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC - sinais e sintomas - Anamnese)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CROQUI				
TRANSFERÊNCIA (Local, horário, justificativa, tipo de assistência)				
ACTA (De ato médico e evolução de enfermagem - se aplicável)				
GRUPO				
EXAMENOS (relatório do S.O. - se aplicável)				
OBSERVAÇÕES				
DATA				
REVISOR				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Forma completa e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade, nº complemento, CEP) (incluindo número, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATRIBUIMENTO (GONP DOMICILIAR)	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Data: assinatura, Exatidão, sigla, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Data: assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE de nível superior, atendida)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
DIAGNÓSTICO			
TRANSPARENCIA (incluindo relatório de responsabilidade, Tipo de atendimento)			
ALTA DE 24h médica (incluindo relatório de responsabilidade de alta)			
OHID			
EXAMENS (incluindo de ECG, etc.)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 21/05/2019 REVISOR: <i>[Assinatura]</i> 2009 1170			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE FRONTIAROS

12/04/23

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	EM	NÃO	N/A
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua e número, nº, complemento, bairro/cidade, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOUP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura e Especialidade - etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMEIRO (Carimbo, Assinatura, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidar e promover a Admissão)			
FOH (FOLHA DE CONTROLE DE VISITAS)			
CROSE			
TRANSPARENCIA (Liberar, hospedar, Arquivamento, Troca de estabelecimento)			
ALTA (De alta médica) E evolução da internação em Alta			
ÓBITO			
EXAMENS (Exames de laboratório e exames)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 12/04/23			
REVISOR: <i>Ass. Paulo de J. P. Moraes</i> 12/04/2023			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo (e sobrenome)		SI	NÃO
Data de nascimento		SI	NÃO
Sexo		SI	NÃO
Nome de mãe		SI	NÃO
Número do CNH		SI	NÃO
Endereço completo (rua e nº, bairro, cidade, estado, CEP) telefone residencial, celular e 030		SI	NÃO
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		SI	NÃO
COMISSAS		SI	NÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora etc.)		SI	NÃO
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data e hora etc.)		SI	NÃO
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (BAC sistema de evolução horizontal)			
FOLHA DE CONTROLE DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Histórico, Assinatura etc. Tipo de transferência)			
ALTA (De alta médica? E condição de alta/egresso do ACS)			
DEBILIDADE			
EVOLUÇÃO (relatório de alta e reinternação)			
OBSERVAÇÕES			
DATA: 22/11/2022			
REVISOR: <i>[Assinatura]</i> CUILEN TACIARA T.			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	
RECEIÇÃO DE PRONTUÁRIO	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME (completo e legível)	
DATA DE NASCIMENTO	
SEXO	
NOME DA URBEM	
NOME DO CIDADÃO	
ESTABELECEMPLO (nome da via pública e nº complemento - considerando endereço completo e CEP)	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)	
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	
CONDIÇÃO	
HISTÓRICO MÉDICO (Cirurgia, consultas, Exames, etc.)	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgia, Exames, etc.)	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)	
EVOLUÇÃO MÉDICA	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, sinais e sintomas, Admissão)	
FOLHA DE CONTATO DE SINAIS VITAIS	
DROGAS:	
FRANQUICISSIMA (local, Horário, Assinatura do TCU de ambulância)	
ALTA (DELAN e prazo de espera) (se aplicável ao paciente)	
OBS: (se aplicável)	
EMISSÃO número do BIC (se aplicável)	
OBSERVAÇÕES:	
DATA: / /	
REVISOR:	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2023		
REVISÃO DE FRONTIAROS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SI	NÃO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo, porção de via pública, nº, complemento (apartamento, andar, bloco, número de identificação CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FRONTIAROS DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
DESCRIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Prescrição, avaliação, plano de cuidado etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ENTREGA DE ENFERMAGEM (Caminho, Sinais vitais, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FRONTIAROS DE INTERVENÇÃO (INTERVENÇÕES)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
PRODUÇÃO DE EXPERIÊNCIA (SABERES e práticas: Avaliação)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRDS				
TRANSPARÊNCIA (Linha de Cuidado, Acompanhamento, Tipo de intervenção)				
NTA (Linha de cuidado e evolução de intervenção de caso)				
CRTO				
EXATIDÃO (Número de B.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 11/11/23</p> <p>REVISOR: </p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2023-24		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Sexo (completar e legível)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome sobrenome		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do SUS (nome de usuário e senha) (inscrição estadual - CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Medicamentos, Exames laboratoriais)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE REFERÊNCIAS (Cabeção, Item prescrito, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAP - dados e informações Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRUPOS				
TRANSFERÊNCIA (para outros Ambulatório, Tipo de atendimento)				
ALTA (Data e motivo, evolução de enfermagem, etc.)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número do R () e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/01/24				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE FRENTEIRAS 2024

IESP

GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NAO	NA
Nome completo e sobrenome	/		
Data de nascimento	/		
Sexo	/		
Nome de mãe	/		
Número do CPF	/		
Endereço completo (rua/cam. ou av. número, nº, complemento, município, estado, município, estado e CEP)	/		
GRUPO II - FRENTEIRAS DE ATENDIMENTO SOCIAL			
REGISTRO DE ATENDIMENTO SOCIAL	SI	NAO	NA
CONDIÇÃO	/		
PREVIDÊNCIA SOCIAL (Carimbo, carteira, Seguro Faltas, etc.)	/		
INDICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA (Carimbo, livro eletrônico, etc.)	/		
GRUPO III - FRENTEIRAS DE INFORMAÇÃO DE RISCO À 24 HORAS			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RAC, sinais e sintomas, cuidados)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
OPCIÃO			
TRANSCORRÊNCIA (com: Fome, desidratação, Falta de medicação)			
ELTA (com: Medicação e Sinais e sintomas de risco à vida)			
CEST			
Outros procedimentos e O's (se houver)			
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 21/11/23</p> <p>REVISOR: </p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE FRONTUÁRIOS 20211

OBJETO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Código completo (nome da via pública e complementar, número/variante, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		

OBJETO 2 - PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS (PA)

	REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)	CONDUZIR	
	SIM	NÃO	NA
INDICAÇÃO MÉDICA (diagnóstico, exames, teste, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, intervenções, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		

OBJETO 3 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM (PA) - válido por até 24 horas

	EVOLUÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE - SINAIS E SINTOMAS, AVALIAÇÃO)	
	SIM	NÃO	NA
FOLHA DE CONTROLE DE ROTAÇÕES			
ORDEN			
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, acompanhante, função, etc.)			
ALTA (de alta médica e autorização de transferência, se for o caso)			
CEFO			
MOVIMENTO (entrada no UPA e saída)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 27/11/21
REVISOR: *[Assinatura]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE FRONTIÁRIOS 2011

IESP

GRUPO 1 - CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE	N.º ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e RG (se)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro, cidade, telefone, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FRONTIÁRIOS DA PACIENTE ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOA)	<input checked="" type="checkbox"/>		
COMPUTAR:			
INDICAÇÃO MÉDICA (CARTÃO SÍMBOLO - nome farmac. etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE CEFALALGIA (Cartão - nome analgésico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FRONTIÁRIOS DE REFERÊNCIA (SUSPENSÃO E/OU FOMAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SUSPENSÃO E/OU FOMAS - Atividade)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRÓNIC			
TRANSFERÊNCIA (local, razão, encaminhado, tipo de atendimento)			
ALTA (ID) em processo de avaliação (informar o motivo da alta)			
CÓDIGO			
EVOLUÇÃO (número do E.C. e anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 2/11/11</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2016				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS						
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				Nº ATENDIMENTO		
				SI	NAO	NA
Nome completo e registro						
Data de nascimento						
Sexo						
Nome da mãe						
Número do CNIS						
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP), telefone (residencial, celular e CEM)						
GRUPO 2 - HISTÓRICO DA PRONTA ATENDIMENTO (PA):				SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (COMP)						
CONSTITUIÇÃO						
PRESCRIÇÃO MÉDICA (DARTEL, DARMED, Exatofarmac, etc.)						
INDICAÇÃO DE EXAMES (DARTEL, Exatofarmac, etc.)						
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTERVENÇÃO PRONATA):				SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA						
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAE - dados e evolução - Admissão)						
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS						
GRUPO						
TRANSFERÊNCIA (Data, Hora, Assinatura, Tipo de transferência)						
N.º de identificação e avaliação de enfermagem de risco						
DENTE						
CIRURGIA (Número do B.O. e data)						
OBSERVAÇÕES:						
DATA: 31/12/16						
REVISOR:						





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		20319				
REVISÃO DE FRONTIARRIS						
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				V. ATENDIMENTO		
Nome completo e orgão				SI	NÃO	NA
Data de nascimento						
Sexo						
Nome da mãe						
Número do CNJ						
Endereço completo (inclui: rua, número, cidade, estado, CEP)						
Telefone (residência, celular e CPF)						
GRUPO 2 - FRONTIARRIS DE FRONTIARRIS ATENDIMENTO						
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SAC)				SI	NÃO	NA
CONDIÇÃO						
PRESCRIÇÃO MÉDICA / CÉDULA MÉDICA (com data, sigla)						
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (com data, sigla)						
GRUPO 3 - FRONTIARRIS DE IDENTIFICAÇÃO (SUSCRIPTO E/OU SÓCIO)						
EVOLUÇÃO MÉDICA				SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC clínica e/ou outras demandas)						
FOLHA DE CONTROLE DE 9MAS VITAS						
CID-10						
TRANSFERÊNCIA (Local, prazo, procedimento, tipo de transferência)						
ALTA (De alta médica e/ou de enfermagem ou não)						
QRTD						
EWSÃO (Número de E.D. e EWSÃO)						
OBSERVAÇÕES						
DATA: 12/11/2019 REVISOR:						





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FORMULÁRIO		20187					
		REVISÃO DE PRONTUÁRIO							
BARRIO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				M. ATENDIMENTO					
Nome completo e idade				SIM	NÃO	NA			
Data de nascimento				<input checked="" type="checkbox"/>					
Sexo				<input checked="" type="checkbox"/>					
Nome da mãe				<input checked="" type="checkbox"/>					
Número do CNP				<input checked="" type="checkbox"/>					
Endereço completo (nome da rua e número nº complemento, cidade/estado/correspondente, CEP)				<input checked="" type="checkbox"/>					
BARRIO 2 - PROCEDIMENTO DE REGISTRO ATENDIMENTO (RA)				SIM		NÃO		NA	
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAR CONSULTA				<input checked="" type="checkbox"/>					
REGISTRO MÉDICO (Cartão de Exame) Exame físico etc.)				<input checked="" type="checkbox"/>					
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão de enfermagem etc.)				<input checked="" type="checkbox"/>					
BARRIO 3 - INDICADORES DE ATENDIMENTO - EVOLUÇÃO DE RESULTADO				SIM		NÃO		NA	
EVOLUÇÃO MÉDICA									
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (com dados e observações relevantes)									
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS									
CURSO									
TRANSPERECUÇÃO (com dados de atendimento e T.O. de atendimento)									
ALTA (na emergência e no caso de encaminhamento etc.)									
ÓBITO									
EVOLUÇÃO (dados de E.C. e exames)									
OBSERVAÇÕES									
<p>DATA: 21/11/18</p> <p>REVISOR: [Assinatura]</p>									





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2018		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo (legível)		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, número, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - ANOTAÇÃO DE EVENTO DE ATENDIMENTO (EAT)				
REQUERIDO DE ATENDIMENTO / SOLICITAÇÃO		SIM	NÃO	NA
CONDICIONADO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRELIMINAR MEDICA (CARTÃO AMARELO, CARTÃO VERDE, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM / CARTÃO DE ENFERMAGEM (CEN)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (PRONTUÁRIO DE 24 HORAS)				
EXPLICAÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO	NA
AValiação de ENFERMAGEM (AVG) (avaliação, atendimento, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINTOMAS				
GRUPO				
TRANSPORTE (Qual tipo de transporte? Tipo de assistência)				
ALTO (De 01 a 05 minutos a duração da visita - emergência)				
DEBTE				
EVASÃO (quando não O atendimento)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 20/12/18</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		VERSÃO		
	REVISÃO DE PRIORIDADES				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATEROAMENTO		
Nome completo e sigla (NOME) (N.º) (T.º) (C.º) (B.º)			SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento			SI		
Sexo			SI		
Número de idade			SI		
Número do DNS			SI		
Endereço completo (rua, nº, em relação ao complemento) (bairro/cidade) (estado/município) (estado e CEP)			SI		
GRUPO 2 - PRIORIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP			SI		
CONDIÇÃO			SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código: Internato, Externa, Urg. etc.)			SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: para Externa, etc.)			SI		
GRUPO 3 - PRIORIDADES DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (EAE) (diária e hospital, admissional)					
POLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
CUIDOS					
TRANSFERÊNCIA (Local: Hospital, Ambulatório, Tipo de ambulância)					
ALTA (Data prevista? E evolução da enfermagem da Alta)					
GASTO					
CUIDADO (Número de H.O. e minutos)					
OBSERVAÇÕES:					
DATA:					
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		1993		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (rua, nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (DOAR)		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, Assinatura, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTERIOR) (24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (BSE, Sinais e sintomas, Aferências)				
TOMAS DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CHOCOS				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de ambulância)				
ALTA (De internação e evolução de atendimento de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:	03/11/2023			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		4970
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			SP ATERCIMENTO
Nome completo e legível: <u>Benedito dos Santos</u>			SI
Data de nascimento: <u>22/04/1958</u>			SI
Sexo			X
Nome da mãe			SI
Número do CNP			SI
Endereço completo (nome de via pública, nº, complemento, localidade, município, estado e CEP)			SI
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATERCIMENTO (PA)			SI NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)			X
CONDUZIR			X
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Dados: endereço, número, etc.)			X
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Dados: endereço, etc.)			X
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			SI NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (se aplicável, incluindo, se necessário)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CÓDIGO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora, Acesso/estado, Tipo de transferência)			
ALTA (Data médica?, Evolução?, Informação de Alta)			
ÓBITO			
EVASÃO (se for o caso, explicar)			
OBSERVAÇÕES			
DATA:			
REVISOR: <u>BRUNO DOS SANTOS</u>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		18769
	REGISTRO DE FRONTIARIOS		
GRUPO 1 - DEBENEFICIAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
	EM	NÃO	N/A
Nome completo e legível	X		
Data de nascimento	X		
Sexo	X		
Número de mãe	X		
Número do CMI	X		
Estabeleça cópia (caso de não possuir, em conformidade com o protocolo eletrônico, incluindo endereço e CEP)	X		
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			EM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (ICAP CONSULTA)	X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (caso de solicitação, Exame Sapo, etc.)	X		
ANOTAÇÃO DE INFIRMAÇÃO (caso de solicitação, etc.)	X		
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO SUPERIOR À 24 HORAS			EM NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE INFIRMAÇÃO (DAP, Sinais e sintomas, Admissão)			
FOUNÇA DE CONTROLE E SE SINAIS VITAIS			
DIAGNÓSTICO			
TRANSFERÊNCIA Local (caso de solicitação) / Transferência			
ACTA De alta médica e evolução da enfermagem de alta			
EXATO			
EXATÃO (caso de solicitação de Q. a. amparo)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		17/12/20		
RÉVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		% ATENDIMENTO		
Nome completo e registro		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Forma de entrada		X		
Número do CHU		X		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, complemento: apartamento, bloco, número, sistema de água e gás)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SI/PA)		X		
CONVÊNIO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (cópia ou assinatura. Exato Sim, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE ESPERANÇA (cópia ou assinatura, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (cópia, data e assinatura. Admissível)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINTOMAS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSPERECUÇÃO (cópia, data e assinatura. Fazer se possível)				
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
OBITO				
TRANSFUSÃO (número do B.D. e assinatura)				
OBSERVAÇÕES				
DATA:				
REVISOR:	<i>Carla</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

CORRELACIONO		18183		
REVISTA DE PROMTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		VALORAMENTO		
		SEM	NAO	NA
Nome completo e idade		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (rua, número ou publico, nº, complemento, bairro, cidade, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (PA)		SEM	NAO	NA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (PA)		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (antibiótico, analgésico, exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ESPERANÇAS (câncer, HIV, diabetes, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERAÇÃO (INTERAÇÃO ÀS HORAS)		SEM	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (PAR: sinais e sintomas, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DO GRUPO VITAS				
CRONO				
TRANSPARENCIA (Linha) História, Anamnese, Traz de antecedente				
ALTA (De alta médica e emissão de enfermagem da UPA)				
ORIT				
EXAMÃO (marca de C.G. e Anamnese)				
OBSERVAÇÕES				
DATA:				
REVISOR: 01/2				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		17965
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e legível		UM	NAO
Data de nascimento		X	
Sexo		X	
Nome da mãe		X	
Número do CNJ		X	
Endereço completo (nome da via pública - nº, complemento, bairro/cidade, estado, município, CEP e CEP)		X	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		UM	NAO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		X	
CONDIÇÃO		X	
PROFISSÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Exame físico, etc.)		X	
GRADUAÇÃO DO ENFERMEIRO (Carimbo, RN, Data de exp. etc.)		X	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO)		UM	NAO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SHE) (Sinais e sintomas, Anamnese)			
FOLHA DE CONTROLE E DE SINUS VITALIS			
URDES			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de transferência)			
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem do PA)			
OBITO			
EVADIAÇÃO (Formas de RCT e situação)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 01/12			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		14478		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		2º ATRIBUIMENTO		
Nome completo e legível		UM	NÃO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CPF		X		
Endereço completo (Rua, nº, bairro, TI - complemento, Lacomenda, Município - Município, Estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATO (P.A.)		3º ATRIBUIMENTO		
REQUISITO DE ATRIBUIMENTO (CONDIÇÕES)		UM	NÃO	NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, Data e Hora etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE DOENÇAS (Carimbo, Data, Assinatura etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		4º ATRIBUIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		UM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAS, enfermeiro, técnico, Atividade)				
FOLHA DE CONTROLE DE QUANTIDADE				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Hospital, Administração, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
DEÍTO				
EVOLUÇÃO (Prontuário de S.O. e enfermeiro)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 01/12				
REVISOR: [assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
SEÇÃO DE FRONTIÇA		18032		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SI	NÃO	SI
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Alergias do (DA)		X		
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		X		
GRUPO 2 - PROMTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI	NÃO	SI
CONVULSÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo obrigatório - Copiar para o...)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo obrigatório -...)		X		
GRUPO 3 - PROMTUÁRIO DE INTERAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO VEZELA				
EVOLUÇÃO DE ESPERANÇAS (com metas e prioridades - Atividade)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CÁLCULO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Atendimento, Tipo de atendimento)				
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem da UPA)				
ÓBITO				
EXATIDÃO (nome da U e assessor)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: _____				
SIGNATURA: <i>CHS</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		20643
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			IF ATENDIMENTO
Nome completo e número			SI
Data de nascimento			SI
Sexo			SI
Nome de mãe			SI
Número do CNP			SI
Endereço completo (rua de via pública, nº, complemento, cep, cidade, estado, país e CEP)			SI
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			SI NAO NA
PRONTO ATENDIMENTO / SOA			SI
CONSULTA			SI
PRESCRIÇÃO MÉDICA (camba, exames, exames físicos, etc.)			SI
ANOTAÇÃO DO ATENDIMENTO (SI e CHECK IN)			SI
GRUPO 3 - PROSEGUIMENTO DE INTERNAÇÃO (SI) E JA (SI) NA			SI NAO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SI) e NURSING (SI) e FISIOTERAPIA (SI)			
FOHIA DE CONTROLE DE DIAS VITAIS			
EROS			
TRANSFERÊNCIA Local (SI) e Externo (SI) e Transferência			
ALTA (SI) e FÉRMULA e avaliação da enfermagem (SI)			
CENSO			
EXAMENOS (SI) e SI e SI			
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		20674		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		EM	MAIO	JA
Nome completo e idade		X		
Cidade de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (nome da via, número, nº complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE TRÍPLIO ATENDIMENTO (PAI)		EM	MAIO	JA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOW		X		
CONSENTIR		X		
INDICAÇÃO MÉDICA / Cadeia de Custódia / Exame físico (SI...)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CAHIV, SUS (PRONTO AT...))		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		EM	MAIO	JA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CAF, Níveis e sintomas, Achados)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSFERÊNCIA (para, Motivo, Responsável / Data de realização)				
ALTA (De alta médica e evolução da enfermagem do dia)				
DIETA				
EXADÃO (número do H.T. e análise)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: _____				
REVISOR: <u>0112</u>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		20507		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e registro		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Registro do CNES		X		
Endereço completo (rua nº, nº, cidade, UF, complemento: quadras, loteiros, município estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
Histórico de atendimento (USAP)		X		
CONDIÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (campo assinatura, Exame físico, etc.)		X		
AMITIGAÇÃO DE INFILTRAÇÃO (campo - nível - nível - nível)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (URUBEN & SA BOMAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAE e SAE - SAE)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ÓRDEM				
TRANSPERÊNCIA (localização, acompanhado, tipo de ambulância)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
OBTI				
EXATÃO (campo de SAE e SAE)				
OBSERVAÇÕES				
DATA:				
REVISOR: 0112				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		50760		
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			ATENDIMENTO		
			SEM	NÃO	N/A
Nome completo e sigla			X		
Data de nascimento			X		
Sexo			X		
Nome da mãe			X		
Número do CNP			X		
Número completo: nome de via pública, nº complemento (apêndice), bairro, município, estado e CEP			X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTOLATENCYMENTO (PA)			SEM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ACONDICIONAMENTO / DCAM			X		
CONDUTAS			X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, etc.)			X		
ANOTAÇÃO DA INTERNAÇÃO (Carimbo, data e hora, etc.)					X
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERVISÃO 24 HORAS)			SEM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DE SUPERVISÃO (SAE Sinais e sintomas, exames)					
EVOLUÇÃO/CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
PROSE					
TRANSPERÊNCIA (Linha, horário, Admissão, Tm e embolização)					
ALTA (De alta médica e evolução de internação de ASA)					
DENTE					
EVALUO (transf. de S.O. e anexos)					
OBSERVAÇÕES: Paciente foi medicado por outros médicos em outra data					
DATA: Revisor: 01/12/22					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
RESERVA DE PRONTUÁRIOS		15774		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível				
Data de nascimento				
Sexo				
Nome da mãe				
Número do CNM				
Evidência completa (nome da mãe, idade, endereço, diagnóstico, número, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOB CREDITAÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Causa, sintomas, exames, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Causa, para cuidados, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPLENTE A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, história clínica, Anamnese)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CROQUI				
TRANSFERÊNCIA (Local, Hora, Responsável, Tipo de transferência)				
ALTA (De que médico? E indicação de enfermagem da Alta)				
ÓBITO				
EMERGÊNCIA (Número do B.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		11/16/2022		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo atual: <u>ELIANE ROCHA DOS SANTOS</u>		SI	NAO	N/A
Data de nascimento: <u>02/08/1972</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo: <u>FEM</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe: <u>FR. IRENE DA SILVA</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNS: <u>33.220.0004-0001</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (Rua da Vila Pública nº, complemento, bairro/cidade, telefone, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO/SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUZIDA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE REFERENCIAMENTO (Carimbo, data e hora etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAR dados e medidas, Agravado)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROSE				
TRANSFERÊNCIA (Data, Hora, Acompanhante, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta qual? E anotação da enfermagem de Alta)				
ÓBITO				
OBSERVAÇÃO (morte por D.O. e óbito)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____				
REVISOR: _____				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		19008		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		HP ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e idade: Sergio Henrique de Oliveira Martins		X		
Data de nascimento:		X		
Sexo:		X		
Nome da mãe:		X		
Número do CME:		X		
Educação: completa (nome da via pública, IT, complemento, endereço, bairro, município, estado e CEP):		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO/ SOAP CONTÍNUAS:		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Contas, injeções, frascos, etc.):		X		
INDICADOR DE ENFERMAGEM (Contas, itens de cuidado, etc.):		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (PREVISOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC diário e diário, Admissão):				
FOLHA DE CONTATO E DE SINAIS VITAIS:				
DROGAS:				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acme/Instituição, Tipo de ambulância):				
ACTA (De alta médica? E evolução da enfermagem de alta):				
OBJETIVO:				
EVASÃO (Número da SSI e análise):				
OBSERVAÇÕES: Paciente com dor abdominal, com febre, IRC da doença.				
DATA:				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		19834		
IESP		REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		PRONTUÁRIO (P)		
Nome completo e nº de id		IM	NAC	MA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNE		X		
Endereço completo (rua, nº, caixa postal, nº, complemento, cep, bairro, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (P+)		IM NAC MA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RAA)		X		
EVOLUÇÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, número de registro)		X		
ANOTAÇÃO DE INTERNAÇÃO (Carimbo, data de início, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		IM NAC MA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, enfermeiro, enfermeira, etc.)				
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (PCEN)				
TRANSPERÊNCIA (data, horário, responsável, tipo de ambiente)				
ALTA DE BAIXA (motivo e avaliação de evolução de acordo com AMI)				
ÓBITO				
EXATIDÃO (contato de SAC e enfermeiro)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		Formulário:			
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO			
		19835			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			N.º DE IDENTIFICADO		
		EM	MAC	SA	
Tipo de paciente e origem		X			
Data de nascimento		X			
Sexo		X			
Nome de mãe		X			
Número do CNJ		X			
Diagnóstico Clínico (nome da via diagn. ou diagnóstico procedente realizado. Exemplo: infarto e ZEP)		X		X	
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRETO ATENDIMENTO (PA)			EM	MAC	SA
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X			
CONSULTA		X			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, Assinatura, Grande Escala, etc.)		X			
ASSOCIAÇÃO DE ESPECIALIDADES (Carimbo, N.ºs, Escalas, etc.)		X			
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			EM	MAC	SA
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAD, DARE e técnicas, Admissão)					
FOLHA DE CONTROLE DE SAÚDE VITAL					
CHOCOS					
TRANSFERÊNCIA (Lock, Hora de Admissão), Tipo de Internamento					
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem ao IES)					
ÓBITO					
Óbito (nome do R. D. responsável)					
OBSERVAÇÕES:					
DATA: 02/11/22					
REVIZOR: [Assinatura]					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO	PONTUAÇÃO																																									
	REVISÃO DE PROFISSIONAL																																									
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">PONTUAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>SEM</th> <th>COM</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nome completo e sobrenome</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data de nascimento</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número da rede</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone do CNA</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro/cidade, estado, país, CEP)</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>					PONTUAÇÃO			SEM	COM	N/A	Nome completo e sobrenome	X			Data de nascimento	X			Sexo	X			Número da rede	X			Telefone do CNA	X			Endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro/cidade, estado, país, CEP)	X		X								
	PONTUAÇÃO																																									
	SEM	COM	N/A																																							
Nome completo e sobrenome	X																																									
Data de nascimento	X																																									
Sexo	X																																									
Número da rede	X																																									
Telefone do CNA	X																																									
Endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro/cidade, estado, país, CEP)	X		X																																							
GRUPO 2 - PROFISSIONAL DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">PONTUAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>SEM</th> <th>COM</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>REGISTRO DE ATENDIMENTO / CONDIÇÃO</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, número de registro)</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INDICAÇÃO DA ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, número de registro)</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					PONTUAÇÃO			SEM	COM	N/A	REGISTRO DE ATENDIMENTO / CONDIÇÃO	X			PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, número de registro)	X			INDICAÇÃO DA ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, número de registro)	X																						
	PONTUAÇÃO																																									
	SEM	COM	N/A																																							
REGISTRO DE ATENDIMENTO / CONDIÇÃO	X																																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, número de registro)	X																																									
INDICAÇÃO DA ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, número de registro)	X																																									
GRUPO 3 - PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO SUPLENTE À 24 HORAS																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">PONTUAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>SEM</th> <th>COM</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EVOLUÇÃO MÉDICA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, dados e cuidados, Anamnese)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FOLHA DE CONTROLE DE SINUSVITALIDADE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CRÓNIC</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRANSCRIÇÃO (Recol. História, Anamnese, Tumor, exames)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACTA (de alta médica e evolução da enfermagem da Alta)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USFID</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ENVIAR: protocolo B D e anexos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					PONTUAÇÃO			SEM	COM	N/A	EVOLUÇÃO MÉDICA				EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, dados e cuidados, Anamnese)				FOLHA DE CONTROLE DE SINUSVITALIDADE				CRÓNIC				TRANSCRIÇÃO (Recol. História, Anamnese, Tumor, exames)				ACTA (de alta médica e evolução da enfermagem da Alta)				USFID				ENVIAR: protocolo B D e anexos			
	PONTUAÇÃO																																									
	SEM	COM	N/A																																							
EVOLUÇÃO MÉDICA																																										
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, dados e cuidados, Anamnese)																																										
FOLHA DE CONTROLE DE SINUSVITALIDADE																																										
CRÓNIC																																										
TRANSCRIÇÃO (Recol. História, Anamnese, Tumor, exames)																																										
ACTA (de alta médica e evolução da enfermagem da Alta)																																										
USFID																																										
ENVIAR: protocolo B D e anexos																																										
OBSERVAÇÃO: <i>paciente gravemente</i>																																										
DATA: <i>09/07/20</i>																																										
REVISOR: <i>PAULO</i>																																										





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Membro da UPE		<input checked="" type="checkbox"/>		
Qualificação profissional (nome do profissional, endereço, telefone, e-mail, endereço IESP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ESTABECIMENTO / RORAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (câmbio, analgésico, outros fármacos etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
NOTIFICAÇÃO DE INFIRMAÇÃO (câmbio, RORAP, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIOS DE INTERNAÇÃO (EXPECISSA 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO (SAC, SIVAS e outros sistemas, Admissão)				
FORMA DE CONTROLE DE SIVAS VITALIS				
CRITÉRIO				
TRANSFERÊNCIA (SIVAS, RORAP, Acompanhamento, Tipo de transferência)				
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
ORNI				
Sistema (Forma de SAC e SIVAS)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: _____ ARQUIVADO: <u>09/11/22</u> <u>200</u>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE EVOLUÇÕES

2025+

GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	N/A
Nome completo e legível	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Município CNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da rua, número, nº. do apartamento, complemento, bairro, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		

GRUPO II - HISTÓRICO DE PRÉVIO ATENDIMENTO (PA)

	SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO - RAMP	<input checked="" type="checkbox"/>		
COMÓDUA	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Calendário, exames, Enema física, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Rota de acesso, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		

GRUPO III - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - (SISTEMA 24 HORAS)

	SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Rota de acesso, Atuação)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRDS			
TRANSFERÊNCIA (para: Rota, Acompanhamento, Tipo de avaliação)			
Alta (Se não houver a evolução de enfermagem de alta)			
CEFO			
EVILÃO (tratando S.O. e anexo)	<input checked="" type="checkbox"/>		

OBSERVAÇÕES:

DATA: _____

REVISOR: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		22035		
REVISÃO DO PROMETUÁRIO				
SEÇÃO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SR	NÃO	N/A
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)		X		
SEÇÃO II - HISTÓRICO (ANTECEDENTES) DO ATENDIMENTO		SR	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SCAI		X		
CONDUTA:		X		
PROSCRIÇÃO MÉDICA (Antibiótico, analgésico, Exame físico etc.)		X		
INDICAÇÃO DE IMPERMEABILIZANTE (Cimento, resina, chapeado etc.)		X		
SEÇÃO III - PROMETUÁRIO DE INFORMADAÇÃO (COMPARAÇÃO DE DEPENDÊNCIAS)		SR	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SBC ou SCS, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINUS VITAE				
PROCP				
TRANSPARENCIA (Sua, Patari, Acompanhador, Tabela de Avaliação)				
PLA (De acordo com a evolução de enfermagem de SAE)				
SINTO				
EXAME GERAL DE S.O. e Sinal		X		
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		18772		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NÃO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNP		X		
Quantidade de filhos (valor de 04 dígitos - 07 caracteres) - separados por ponto, vírgula, espaço e CET		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI	NÃO	NA
CONDUZIR		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Comunicação verbal ou escrita) (ex: exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO (verbal ou escrita) (ex: relato do paciente, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INFORMAÇÃO (SUPOSTO A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM (SAE detalhada e freio de Anamnese)				
FOLHETO CONTROLE DE DIABETES/HTA				
CRONO				
TRANSPORTE (Local - Horário - Arquivamento - Transferência)				
ALTA (De alta médica e avaliação de enfermagem do UPA)		X		
ÓBITO				
ÓBITO (relatório de B. D. e causas)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 02/12/2017				
REVISOR:				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		98774		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		IM	RAC	SEX
Data de nascimento		X	X	X
Sexo		X	X	X
Número de mãe		X	X	X
Número do Dia		X	X	X
Endereço completo (Ponte de via aérea, nº, endereço, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)		X	X	X
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		IM	RAC	SEX
REGISTRO DE ATENDIMENTO (EAD)		X		
CONDIÇÃO		X		
PROFISSÃO MÉDICA (cariólogo, odontólogo, enfermeiro, etc.)		X		
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMAGEM (cariólogo, enfermeiro, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (PRONTUÁRIO A 24 HORAS)		IM	RAC	SEX
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE clínica e cirúrgica, Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRÓNICAS				
TRANSFERÊNCIA (data, motivo, encaminhado, tipo de atendimento)				
ALTA (data, motivo e avaliação do atendimento de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (número de IM, RAC e SEX)				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA:	05/11/11			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATRIBUÍDO		
REVISÃO DE FRONTEIROS		18730		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATRIBUÍDO		
Nome completo e legível		EM	MAI	MA
Data de nascimento		X	X	X
Sexo		X	X	X
Nome da mãe		X	X	X
Número do CNP		X	X	X
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, complemento, cidade, município, estado e CEP)		X	X	X
GRUPO 2 - FRONTIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		Nº ATRIBUÍDO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / GOWP		EM	MAI	MA
CONDIÇÃO		X	X	X
PREDIÇÃO MÉDICA (Câncer, acidente, Estado físico etc.)		X	X	X
INDICAÇÃO DE SUSCITAÇÃO (Câncer, etc) (SUSCITAÇÃO)		X	X	X
GRUPO 3 - FRONTIÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTERIÇÃO & 24 HORAS)		Nº ATRIBUÍDO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		EM	MAI	MA
EVOLUÇÃO DE SUSCITAÇÃO (SUSCITAÇÃO e internação, internação)				
FOUNDE CONTROLO DE SINAIS VITAIS				
CHOCOS				
TRANSFERÊNCIA (local, horário, administração, Transferência)				
ALTA (De que modo e evolução de atendimento de 24h)				
ORIGEM				
EVALUAR (SUSCITAÇÃO D O e internação)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 01/07/17</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		22326			
REVISÃO DE FRONTIÇANOS					
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				ATENDIMENTO	
Nome completo (sobrenome)		SI	NAO	NA	
Data de nascimento:					
Sexo:					
Nome de mãe:					
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP):					
GRUPO II - HISTÓRICO DE TENDÊNCIA ATENDIMENTO (TA)					
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SGAP CONSULTA)		SI	NAO	NA	
REGISTRO MÉDICO (cartão, envelope, carta, etc. etc.)					
ANOTAÇÃO DE ENTREGA (cartão, envelope, etc.)					
GRUPO III - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (HISTÓRICO A 24 HORAS)					
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA	
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRAGEM (diário, relatório, etc.)					
RELATÓRIO DE CONTROLE DE ENFERMEIRAGEM					
DIÁRIO					
TRANSPARENCIA (Lubr. Hídrico, Anticorrosivo, Tóxico, etc.)					
DIÁRIO (diário médico e relatório de enfermagem)					
ORBITO					
EVASÃO (relatório de E.O. e etc.)					
OBSERVAÇÕES:					
					
DATA:					
REVISOR:					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO			23472
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nível completo à legião	SI	NÃO	NA
Data de nascimento	SI		
Sexo	SI		
Nome de mãe	SI		
Número da OMI	SI		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, CEP) - Endereço atualizado, incluindo endereço de e-mail e CEP	SI		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO (PA)		SI NÃO NA	
REQUERIDO DE ATENDIMENTO (D-DAF)	SI		
CONDIÇÃO	SI		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (D-TRIO, D-TRIOSE, E-TRIO, etc.)	SI		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (D-TRIO, D-TRIOSE, etc.)	SI		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (D-TRIOSE & D-TRIOSE)		SI NÃO NA	
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (D-TRIOSE, D-TRIOSE, etc.)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
D-TRIO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Nome, Acompanhante, Tipo de transferência)			
ALTA (D-TRIOSE, D-TRIOSE, etc.)			
D-TRIO			
EVOLUÇÃO (D-TRIOSE, D-TRIOSE, etc.)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		23151				
	REVISÃO DE PROTOCOLOS						
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e siglas					SI	NAO	NA
Data de nascimento					/		
Sexo					/		
Nome da mãe					/		
Número do CNH					/		
Estados civis (casado, solteiro, viúvo, separado, divorciado, etc.)					/		
GRUPO 2 - PROTOCOLOS DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO UPA					SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO UPA					/		
COMUNICAÇÃO					/		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código de barras, Exames laboratoriais, etc.)					/		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código de barras, etc.)					/		
GRUPO 3 - MONITORAMENTO DE INTERNAÇÃO (ALIMENÇÃO E HIGIENE)					SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA							
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, admissão, transferências, etc.)							
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS							
CIRURGIA							
TRANSFERÊNCIA (com exames, acompanhante, tipo de transferência)							
ALTA (Data de alta e endereço de entrega de medicamentos, etc.)							
ÓBITO							
FUNDADO (assinatura do II, etc. e anexada)							
OBSERVAÇÕES:							
DATA:							
REVISOR:							





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONFIARERIS		23148		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SEM	NÃO	N/A
Nome de casado(a)				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNES				
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, complemento, número, número, número e CEP)				
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONFIARERIS E EQUIPAMENTOS (FA)		Nº ATENDIMENTO		
RECEBIDO DE ATENDIMENTO - BOAS CONDICÕES		SEM	NÃO	N/A
PRESCRIÇÃO MÉDICA (GERAL, ESPECIAL, FARMACOLÓGICA, etc.)				
RECEITAÇÃO DE FARMACOS (Genéricos, Análogos, etc.)				
GRUPO 3 - PRONFIARERIS DE INTERNAÇÃO (24 HORAS)		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SEM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAD, enfermeiro, fisioterapeuta, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONOGRAMA				
TRANSPERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de procedimento)				
ALTA (Tipo de alta, motivo de alta, data de alta, etc.)				
OBITUÁRIO				
ENCERRAMENTO (motivo de encerramento)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: _____</p> <p>REVISOR: _____</p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		23161				
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS						
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					Nº ATENDIMENTO		
					SIM	NÃO	N/A
Nome completo e apelido					/		
Data de nascimento					/		
Sexo					/		
Nome de mãe					/		
Número do CNH					/		
Endereço completo (rua, número da casa, número do apartamento, bairro, cidade, estado, município, estado e CEP)					/		
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (ITA)					SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SUSPENSÃO					/		
CONDUTA					/		
INDICAÇÃO MÉDICA (DIETA, BASTÃO, CANGOTE, etc.)					/		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Diagnóstico, Sinais e Sinais, etc.)					/		
GRUPO III - HISTÓRICO DE INTERVENÇÃO / INTERVENÇÃO DE SUÍDA					SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA							
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SIC - dados profissionais Admissional)							
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS							
CIRURGIA							
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de transferência)							
-ETC - Outros eventos e intervenções de alta relevância							
CURTO							
EVALUAÇÃO (número de E.O. e intervenções)							
OBSERVAÇÕES:							
							
DATA:							
REVISOR:							





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA


Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO



REVISÃO DE PRONTUÁRIO

23157

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SEM	NÃO	NA
Nome completo (igual)	<input checked="" type="checkbox"/>		
DATA de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número da sala	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do UPA	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, número da casa, bairro, complemento, cidade/estado, país) (exemplo: Rua São João, 123 - Jd. Esperança - Taubaté - SP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DO PRÉVIO ATENDIMENTO (HÁ)			
	SEM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (exemplo: Hematita, Eritema, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (exemplo: Sinais vitais, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (PREVISTA 24 HORAS)			
	SEM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SINAIS VITAIS, ATIVIDADES)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Tempo, Acompanhante, Tipo de transferência)			
ACTA (Declaração médica e evolução de enfermagem de 24 horas)			
DIETA			
EXAMES (exemplo: ECG, etc.)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: _____ REVISOR: 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		19088		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e nome		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do UAS				
Endereço (rua/avenida) (nome da via, número, nº complemento, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)				
GRUPO 2 - PRONTO ATENDIMENTO (OPAS)				
DESCRIÇÃO DE ATENDIMENTO (OPAS)		SIM	NÃO	N/A
CONDUTA				
INDICAÇÃO MEDICA (TESTE, MEDICAM, EXAME, FARM, etc.)				
INDICAÇÃO DE EXAMENS (CARIÓTIPO, EMBRIONADO, etc.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTERNO A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARE, SINAIS VITAIS, etc.)				
FECHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROBLEMAS				
TRANSPORTE (Local, tempo, acompanhamento, etc.)				
ALTA (Motivo, tempo e condições de internação)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de ECI e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: _____</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	4777
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO
Nome completo e sobrenome		SIM NÃO N/A
Data de nascimento		
Sexo		
Número da mesa		
Número do CAD		
Data em que foi realizada a última visita (complementar: localidade, endereço, município, estado e CEP)		
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO (P.A.)		SIM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO IESP		
CONDUTAS:		
PROVIDÊNCIAS BÁSICAS (GATRA, BEMUMK, EUSO, FICHA, etc.)		
AVULSAÇÃO DE ENFERMAGEM (Dados, ficha clínica, etc.)		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (P.A.)		SIM NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Dados clínicos e diagnósticos, exames)		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		
CMOSS		
TRANSPORTE (Local, Horário, Responsável, Tipo de transporte)		
ATA (Dados médicos e evolução de atendimento ao paciente)		
CIDTO		
EVASÃO (Número de dias de ausência)		
OBSERVAÇÕES:		
DATA:		
REVISOR:		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

22344

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	EM	NÃO	NA
Nome completo e siglas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nascimento CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da via pública, n.º complemento, bairro/cidade, estado, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA DE ATENDIMENTO (H.A.)	EM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO: SOAP			
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, medicação, Exames laboratoriais)	<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico, intervenções, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - EVOLUTÓRIOS DE INTERNAÇÃO (HISTÓRICO E DEPENDÊNCIA)	EM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CAREGERS e CUIDADOS DE ENFERMAGEM)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRDEE			
TRANSPARENCIA (Linha de tempo, Acompanhamento, Tipos de intervenções)			
ELTA - Descrição dos dados e evolução da dependência de atendimento			
CMYO			
EXADAC (nome e número do atendimento)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 21/11/20			
REVISOR: [Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		22344		
REVISO DE FRONTIARIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SI	NÃO	N/A
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (nome da via, número, nº complemento, bairro/cidade), telefone, município, CEP e UF		X		
GRUPO 2 - INDICADORES DE PROMÓTILO A ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO: SI/NÃO		X		
CONDUTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (TIPO DE, QUANTIDADE, FREQUÊNCIA, VIA DE ADMINISTRAÇÃO)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cabeça, membros superiores, etc.)		X		
GRUPO 3 - TRANSCRIÇÃO DE REFERÊNCIAS (MÍNIMO DE 24 HORAS)		SI	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, sinais e sintomas, Achados)				
FOHÁ DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIETA				
TRANSFUSÃO (Tipo, Volume, Administração, Tipo de embalagem)				
A) TA (Tensão arterial e frequência de administração de medicação)				
ORITO				
ENFERMAGEM (Número de E.O. e conteúdo)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 20/10/16</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		SEM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo (e sobrenome)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Citizenship (country of origin, if foreigner, nationality, address, marital status and CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOA)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PREDIÇÃO MÉDICA (Código: 00000000000000000000)		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: 00000000000000000000)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTEGRAÇÃO (SUJEITO A 24 HORAS)				
INDICAÇÃO MÉDICA				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código: 00000000000000000000)				
FECHA DO CONTROLE DE SEMEIOLOGIA				
INDICAR				
TRANSFERÊNCIA (para: Hospital, Ambulatório, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e/ou de enfermagem do UPA)				
DETO				
EVASÃO (Número do 24h e endereço)				
Observações				
<p>DATA: _____</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		22599		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SI	NÃO	NA
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Mãe em tratamento (nome, endereço, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO I - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / UMAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONEXITAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
INDICAÇÃO MÉDICA (GRUPO, SUSCITA, Casos Espec. etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE INTERFERÊNCIA (Causas farmacológicas, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO I - PRONTUÁRIO DE VIGILÂNCIA (SUSCITA 24 HORAS)		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE INTERFERÊNCIAS (Causas farmacológicas, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRÓICA				
TRANSFERÊNCIA (para Hospital, Ambulatório, Tabela de referência)				
ALTA (Local de referência e endereço de contato do paciente)				
ÓBITO				
CADUÇA (Sinais de vida e vitais)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	11/12/12			
REVISOR:	[Assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2020		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e atual		SI	NÃO	NA
Cidade de residência		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Emprego (descreva função de nível de escolaridade, experiência, tempo de serviço, múltiplos empregos e CPF)		X		
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOF		X		
CONDIÇÕES		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cavete, receita, exame físico etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cavete, lista de evolução etc.)		X		
GRUPO III - EVOLUÇÃO DE INTERNAÇÃO SUPERIOR A 24 HORAS		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cavete de evolução e cuidados, Anamnese)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
EXAMES				
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, autorização, tipo de destino)				
ACTS (De onde veio e como se apresentou ao atendimento)				
Óbito				
EVACUAÇÃO (número de E.O. e evacuação)				
OBSEVAÇÕES:				
DATA:	20/01			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

CORRELADO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		SM	NÃO	NA
2066				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SM	NÃO	NA
Nome de sobrenome		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (nome da rua número, nº complemento, complemento, cep/cidade/estado/cidade e UF)		X		
GRUPO 2 - PRECATORIO DE PRECATORIO ATENDIMENTO (PA)		SM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / EQUIPE CONSULTA		X		
POSSIBILIDADE MÉDICA (Carimbo médico para fazer etc.)		X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, prescrição etc.)		X		
GRUPO 3 - INDICAÇÃO DE INTERFERÊNCIA / SUPORTE E ZENONADO		SM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SM e/ou enfermeiro, enfermeiro)				
FOLHA DE CONTROLE DE EXAMES VULGARES				
DRG				
TRANSFERÊNCIA Local / Rede / Complemento / Tipo de atendimento				
ALTA (de alta médica e evolução médica completa)				
ÓBITO				
EVOLUÇÃO - Outros Q-O e anexos				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/20 REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		232,05		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e legível		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (rua, alameda, Via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		X		
		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X		
CONDUZAS		X		
MEDICAÇÃO MEDICA (DIRETA, ORAL, INJEÇÃO, Exemplo: insulina)		X		
ANOTAÇÃO DE SUPERVISÃO (Cirurgia, Exemplo: cirurgia de...)		X		
		X		
GRUPO 3 - MONITORAMENTO DE INFORMAÇÃO (MENSURACÃO)		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE SUPERVISÃO (SAE ou SA e protocolo de atendimento)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
EKG				
TRANSFERÊNCIA (Exemplo: Transferência para...)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
OBSERVAÇÃO				
DATA: 21/12				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23135			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS					
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e sobrenome		SI	NAO	NA	
Cidade de residência		X			
Sexo		X			
Nome da mãe		X			
Número do CNH		X			
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP) e telefone (residência e celular)		X			
		X			
GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)				SI	
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOP)		X			
CONDUZIDA		X			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, Biotipo, Exame físico etc.)		X			
ANOTAÇÃO DE ENFERMEIRO (Código, Sinais vitais, etc.)		X			
GRUPO 3 - EFETIVIDADE DE MEDICINAÇÃO (RESPOSTA À 24 HORAS)				SI	
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMEIRO (Sinais vitais e sintomas, etc.)					
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
ERROS					
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assessoria, etc.)					
ACTA (Com este protocolo e outros, de 24 horas, de acordo com o caso)					
DEBTO					
EVASÃO (registro de R.O. e outros)					
OBSERVAÇÕES					
<p>DATA: _____</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO

REVISO DE PROTOCOLOS

23/03

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	V. ATENDIMENTO		
	SI	NAO	N/A
Nome completo e legível			
Dependência	X		
Sexo	X		
Nome da mãe	X		
Número do CNH	X		
Exame físico (nome da via aérea, do sistema urinário, etc.)	X		
México (número, estado e CEP)	X		

GRUPO 2 - HISTÓRICO DO PACIENTE (ATENDIMENTO)	SI	NAO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / NOTAS			
CONDIÇÃO	X		
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, fisioterapia, etc.)	X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, prevenção, etc.)	X		

GRUPO 3 - PROTOCOLO DE INTERNAÇÃO (1 - 24 HORAS)	SI	NAO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, prevenção, etc.)			
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
CRIOG			
TRANSPORTE (Tipo, Horário, Assigração, Tipo de ambulância)			
É TÁ O estado médico e evolução de internação (se for)			
SAÍDA			
EVOLUÇÃO (nome da E.C. ou estado)			

OBSERVAÇÕES:

DATA: 23/03/24

REVISOR:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		256606		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SM	NÃO	N/A
Unidade cadastrada		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Existe alguma doença do sistema em tratamento (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, asma e GEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE HISTÓRIA ATENDIMENTO PA		SM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO(S) SOB CONDUZAS		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conte: antibiótico, Químico, Soro, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conte: sinais vitais, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (MÚLTIPLO A 24 HORAS)		SM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		X		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e cuidados - Admissão)		X		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS (24h)		X		
TRANSFERÊNCIA (para Pronto Atendimento, TCU de ambulância)		X		
ALTA (Direito médico e processo de arquivamento)		X		
ÓBITO				
EXAMENOS (incluindo os H.E. e outros)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	20/12/22			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		1997		
REVISÃO DE FRONTALBORN				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Município(a) e bairro		SI	NAO	NA
Data de nascimento		/		
Sexo		/		
Nome do(a) pai		/		
Motivos de VINDA		/		
Endereço completo (Rua, nº, vil. bairro, nº complemento, município, estado, país) (ex: Av. João de Deus, nº 123, Vila Esperança, Taubaté, SP)		/		
GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS DE FRENTE ATENDIMENTO (FA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOLICITAÇÃO)		/		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CONTINUA, INTERMEDIADA, EMERGENCIAL)		/		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado de enfermagem, etc.)		/		
GRUPO 3 - FICHÁRIO DE REGISTRAÇÃO DE SERVIÇOS À 24 HORAS		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado de enfermagem, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFERÊNCIA Local (ex: Hospital, Ambulatório, Tórax, etc.)				
ALTA (De alta médica e/ou de enfermagem, etc.)				
ÓBITO				
EVOLUÇÃO (resumo de E.O. planejado)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/11/2007</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		19/04/11	
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo (e) sobrenome		SIM	NÃO
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>	
Codificação (CNP) (nome da UPA pública ou particular, hospital, número, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO II - SITUANDO O PRONTO ATENDIMENTO (PA)			SIM NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>	
COMPLÉTAS		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (ORDEM, MARCA, DOSIMIA, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cálculo, Sinais, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR E NORMAL)			SIM NÃO N/A
AVALIAÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SINÓTIPO e Cálculos, etc.)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
PROCE			
TRANSFERÊNCIA (com: Motivo, Assinatura) Tipo de transferência			
ALTA (de alta médica e evolução de enfermagem) de (pa)			
ÓBITO			
ESCRITA (nome de R (e) anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 19/04/11 REVISOR: <i>[assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRODUÇÃO		23277		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME COMPLETO DO PACIENTE		SI	NAO	NA
DATA DE NASCIMENTO				
SEXO				
TIPO DE UPA				
NÚMERO DO CNO				
ENDEREÇO (CAMPUS) (RUA) (Nº) (CASA) (COMPLEMENTO) (CIVILIDADE) (Cidade) (Estado) (CEP)				
GRUPO II - REGISTRO DE ATENDIMENTO (H)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (H)		SI	NAO	NA
CONDIÇÃO				
INDICAÇÃO MÉDICA (VSRM) (SUSCITE) (Falta Susc. etc.)				
INDICAÇÃO DE ESPERANÇAS (Cirurgia) (Sint. Crônico) (Etc.)				
GRUPO III - REGISTRO DE INTERNAÇÃO (SUSCITE) E DE FÓRMAS				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAT) (Suscite e Fórmulas) (Suscite)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRUPO				
TRANSFERÊNCIA (Local) (Motivo) (Assinatura) (Data) (Assinatura) (Data)				
DATA (De onde) (Para onde) (Data) (Assinatura) (Data)				
DIAGNÓSTICO				
INDICAÇÃO (Cirurgia) (Suscite) (Etc.)				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 11/11/11 REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23218		
RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		Nº ATERDIMENTO		
DATA ADMISSÃO E INÍCIO		SI	NAO	NA
DATA DE REALIZAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
SEXO		<input checked="" type="checkbox"/>		
NOME DO USUÁRIO		<input checked="" type="checkbox"/>		
NÚMERO DO USUÁRIO		<input checked="" type="checkbox"/>		
ENDEREÇO (rua/avenida) (número de var. número, nº complemento, complemento, bairro, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PROFISSIONAL DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATERDIMENTO (SI/NAO)		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESTADOR DE SERVIÇO (CENTRO ESPECIALIZADO COMO SI/NAO)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (centro, nível, especialidade, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PROFISSIONAL DE INTERMEDIÇÃO (QUALIFICADO E NÃO QUALIFICADO)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO)				
FOLHA DE CONTROLE DE SERVIÇOS (SI/NAO)				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFERÊNCIA (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO)				
SI/NAO (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO)				
DATA				
EVOLUÇÃO (SI/NAO) (SI/NAO) (SI/NAO)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/1/20</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
MEMBRO DE PRONTUÁRIO		23455		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		RM	NÃO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do DNE		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, cidade) - correspondente ao endereço atual (rua, nº, cidade) - (RM)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (RM)		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (RM)		RM	NÃO	NA
COMÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PREDICAÇÃO MÉDICA (Código, endereço, E-mail, Assessoria)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, endereço, E-mail)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO (RM) - EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		RM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (RM) (Código, endereço, E-mail)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
INÍCIO				
TRANSFERÊNCIA (RM) (Código, endereço, E-mail)				
ALTA (RM) (Código, endereço, E-mail)				
CÓDIGO				
EXAMENOS (Código, endereço, E-mail)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/12/24				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2023			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS					
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido		SI	NAO	NA	
Data de nascimento		SI	NAO	NA	
Sexo		SI	NAO	NA	
Nome de mãe		SI	NAO	NA	
Número do CNH		SI	NAO	NA	
Endereço completo (nome da via, número de complemento, complemento, bairro, município, Estado e CEP)		SI	NAO	NA	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE HISTÓRIA DE ATENDIMENTO (HAI)				SI	
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOMENTE CONSULTAS)		SI	NAO	NA	
HISTÓRICO MÉDICO (CENTRO DE SAÚDE, FEVA, FARM. etc.)		SI	NAO	NA	
INDICAÇÃO DE EXAMES (LABORATÓRIOS, EXAMES DE IMAGEM, etc.)		SI	NAO	NA	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (HISTÓRIA DE INTERNAÇÃO)				SI	
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, diáries e medicações, Anamnese)		SI	NAO	NA	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		SI	NAO	NA	
DIETA		SI	NAO	NA	
TRANSFERÊNCIA (dentro, entre, Acoplamento, Tipo de transferência)		SI	NAO	NA	
ALTA (De alta médica ou desistência de atendimento de alta)		SI	NAO	NA	
ÓBITO		SI	NAO	NA	
ÓVARIO (dentro do S.O. e anexos)		SI	NAO	NA	
OBSERVAÇÕES:					
<p>DATA: 21/11/23</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		2019
	REVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e siglas			SI
Data de nascimento			SI
Sexo			SI
Nome da mãe			SI
Número do CNP			SI
Endereço completo (rua/corredor ou via pública e nº comercial/residência), endereço residencial eletrônico (CEP)			SI
GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DE HISTÓRIA PREVIAMENTE (H.P.)			SI NÃO N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO UPA			SI
CONDIÇÃO			SI
INDICAÇÃO MÉDICA (Dor, febre, vômito, diarreia, etc.)			SI
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Causa, sinais vitais, etc.)			SI
GRUPO 3 - IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			SI NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e/ou sinais - Admissão)			
FOLHA DE CONTROLE DE DIARIAS (TAR)			
CHAMÉ			
TRANSPORTE (Tipo: Hélico, Aeronave, Taxi, etc.)			
ALTA (De emergência e/ou de rotina)			
DIETA			
EVASÃO (Número do B.O. e endereço)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 11/11/19 REVISOR: <i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº		
REVISÃO DE FRONTIARIOS		0250		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço de residência		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Código postal, nome da via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado, país e CEP		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - FUNDAMENTOS PARA O ATENDIMENTO (PA)		SIM		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SIM	NÃO	N/A
CIÊNCIAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
RECEITA MÉDICA (CONTINUA RENOVAR, FAZER, SUS, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
APLICAÇÃO DE ENTERRAMENTO (Cópia) (sem validade, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - FUNDAMENTOS DA EXPERIÊNCIA SUPERIOR E DE NOBRES		SIM		
RECEITA MÉDICA			NÃO	N/A
INDICAÇÃO DE EXAMES (URINA, SANGUE, FEzes, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSPERÊNCIA (Jornal, História, Acompanhamento, Tipo de atendimento)				
At. Té (Cópia, número e validade da autorização de at. té)				
OBITO				
EXAMES (número de B.O. e anexos)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	21/12/20			
ASSINATURA:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		EM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e registro		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Número de Mãe		X		
Número de CNH		X		
Endereço completo (rua nº, nº, complemento, bairro/cidade, Estado, Município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - ANAMNÊSE DE PRONTUÁRIO PREVIAMENTE				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		X		
CONSULTAS		X		
PRESCRIÇÃO MEDICA (DETALHADA, EXEMPLO: EXEMPLO...)		X		
INDICAÇÃO DE EXAMES (Ex: Exame, Exame, Exame...)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERFERÊNCIA DO FOMENTO DE AVALIAÇÃO				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, SIAPE e demais atividades)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSPERÊNCIA (Qual, Fornecedor, Quantidade, Tipo de Atendimento)				
ALTA (De que maneira o paciente se encontra em alta)				
ÓBITO				
EVOLUÇÃO (Atividade de Saúde)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:	01/10/2019			
REVISOR:	<i>[Assinatura]</i>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		DM	NÃO	N/A
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo (ativo)		X		
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (rua de via pública, n.º completo, complemento, bairro, cidade, estado, CEP)		X		
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO (ATENDIMENTO)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO(S) EM:		DM	NÃO	N/A
CONSULTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARTÃO DEBILIDADE ELIMINAÇÃO etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARTÃO DE ENFERMAGEM etc.)		X		
GRUPO III - HISTÓRICO DE INTERVENÇÃO (PREVENÇÃO E DE AÇÃO)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		DM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE IMPEDIMENTO (de acordo com o diagnóstico)				
PLANO DE CONTROLE DE SINUS VITALIS				
CRÓNIC				
TRATAMENTO (de acordo com o diagnóstico) (de acordo com o diagnóstico)				
ALTA (de acordo com o diagnóstico) (de acordo com o diagnóstico)				
CRITO				
EXAME DIAGNÓSTICO (de acordo com o diagnóstico)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 20/11/11 SERVIÇO: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		18236
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Assim como está a legião	SI	NÃO	NA
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do filho	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Outros end. (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONTO-SOLICITANTE (PAI)			SI NÃO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SIDAP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUTA	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, Análise, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMEIRIA (Código, Análise, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (INTERVALO 24 HORAS)			SI NÃO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE DOR (medicação e avaliação, etc.)			
FOINHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CRÓNICAS			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de transferência)			
ACTA (De alta, transferência, evolução, etc.)			
TESTES			
EVASÃO (informe de B.O. e anexos)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 20/10/2016</p> <p>REVISOR: <i>[assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		REGISTRO		
REVISÃO DE FRONTIAROS		13270		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome				
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Emissão Carteira (nome de sigla) (nome e endereço) (telefone) (estado) (cidade) (UF)		<input checked="" type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE ACESSO E CUMPRIMENTO (PA)		SIM	NÃO	NA
RECORRÊNCIA DE ATENDIMENTO (DOIS)				
CONTINUIDADE		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (VIGÊNCIA, REVISÃO, Emissão, etc)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, Data, endereço, etc)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - SITUAÇÃO DE EVOLUÇÃO E ATUALIZAÇÃO (MÉDICA E ENFERMAGEM)		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Só se houver evolução) (nome)				
FOURAS DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ORÇUX				
TRANSFERÊNCIA (nome, endereço, telefone) (nome do paciente)				
ACTA (De atendimento) (nome do paciente) (nome do médico) (data)				
REPO				
EVOLUÇÃO (nome do médico) (data)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 11/11/2014</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		23445
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
UNIDADE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e atual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome de mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, número de rua, cidade, UF, complemento, CEP, bairro, município, estado, país)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNIDADE: PRONTUÁRIO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO (U4)			Nº
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CURSO, ANTIBIÓTICO, CORTICÓIDE, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO (diagnóstico, sinais vitais, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNIDADE: PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (UNIDADE DE 24 HORAS)			Nº
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, Cuidado e Atividade, Anamnese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EFETOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Assessoria, Tipo de Atendimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOTA (Início, término, observação, etc. sobre o caso) (até 4 linhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEBTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO (diagnóstico de ICD-10) (até 3 linhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 10/11/2017</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23/157			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS					
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO	
Nome completo (nome)		SI	NAO	NA	
Data de nascimento					
Sexo					
Endereço atual					
Número do CNH					
Exatidão endereço (rua de via pública, nº completo, complemento, bairro, cidade, estado, UF e CEP)					
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)				SI NAO NA	
REGISTRO DE ATENDIMENTO - DOAR					
CONVITAS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, tempo, data, etc)					
ANOTAÇÃO DE ENFERMEIRO (Carimbo, assinatura, tempo, data, etc)					
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				SI NAO NA	
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAE e Checkup, Admissão)					
FICHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
CIRROS					
TRANSFERÊNCIA (Local, motivo, acompanhamento, tempo, assistência)					
ALTA (Dados médicos e procedimentos realizados, etc)					
OBTI					
ENCERRAMENTO (motivo de R.O. a evolução)					
OBSERVAÇÕES:					
DATA: 21/12/11					
REVISOR: <i>[Assinatura]</i>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO			
	UNIDADE DE FRONTIÇÁRIOS			
	23310			
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Motivo da consulta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data de admissão	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nome do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Número do CNP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endereço completo (rua, número, bairro, cidade e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRUPO II - PROCEDIMENTOS PREVIDO A ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (EDAF)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARTÃO AMARELO, Única folha, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AVOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARTÃO AMARELO, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRUPO III - PROCEDIMENTOS DE INFORMAÇÃO (CARTÃO AMARELO)		SI	NAO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, diário e histórico - AMARELO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CRÓNICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRANSPARENCIA (uma página, AMARELO) (7 dias de atualização)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTA (Declarar posição e orientação de alta segundo a lei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OPFI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EVOLUÇÃO (Cartão de SI) e anexos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:	2192			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		23517			
REVISÃO DE PRONTUÁRIO					
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				ATENDIMENTO	
Nome completo e legível		SI	NAO	NA	
Data de nascimento					
Sexo					
Nome de mãe					
Número do CNES					
Endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)					
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE RESPOSTA A ATENDIMENTO (PRA)				SI	
REGISTRO DE ENVIO DE DOCUMENTOS / SOLICITAÇÃO DE CONSULTA		SI	NAO	NA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CIRURGIA, MEDICINA, EXAME SINAIS, etc.)					
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Sinais vitais, etc.)					
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (INTERVENÇÃO)				SI	
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (SNC, SINAIS VITAIS, etc.) (se aplicável)					
MODO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
CIRURGIA					
TRANSPORTE (Local, horário, acompanhamento, etc. de emergência)					
ALTA (De emergência e evolução de enfermagem) (se aplicável)					
MORTE					
ENCERRAMENTO (se aplicável)					
OBSERVAÇÕES					
DATA: 11/12/15					
REVISOR:					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
HEBEMO DE PRODUÇÃO		99952		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e sobrenome		SI	NAO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Número de idade				
Número de CNH				
Exatidão completa (CPF) ou nº de inscrição (R. Inscrição) (CPF/INSC) (relatório, transcrição, emissão e CPF)				
GRUPO 2 - PRODUÇÃO DE PONTO ATENDIMENTO (PA)				
GRUPO DE ATENDIMENTO (SGP)		SI	NAO	NA
ORIENTAÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARTÃO AMBULANTE, FOLHA DE ORDEM, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão, Prescrição, etc.)				
GRUPO 3 - PARÂMETROS DE ENFERMAGEM (EVOLUÇÃO E CUIDADOS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados básicos e cuidados especializados)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ÓRGÃO				
TRANSPARÊNCIA À SAÚDE (relatório, acompanhamento, etc.)				
ALTA (orientação médica e enfermeira, ou ambos, dependendo do caso)				
ÓBITO				
EXPLICAÇÃO (relatório do O.C. e produção)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 07/11/20</p> <p>HEBEMO: [assinatura]</p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

POBELLANO		Nº ATENDIMENTO		
REVISAÇÃO DE FRONTIARIOS		14940		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo à carta		/		
Data de nascimento		/		
Sexo		/		
Número de idade		/		
Número de DNS		/		
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP) (se não houver, colocar apenas o CEP)		/		
GRUPO 2 - PROFISSIONAL DE SAÚDE E ATENDIMENTO (SA)		SI	NAO	NA
RECURSOS DE ATRIBUIMENTO (SUAP) CONSULTAS		/		
PREVENÇÃO MÉDICA (Câncer, Diabetes, Câncer, etc.)		/		
ANCIÊNCIA DE ENFERMAGEM (Câncer, Semi-Privado, etc.)		/		
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (SUSPENSÃO DE INTERNAÇÃO)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE - semel e cronograma, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ORDEN				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Acompanhante, Tipo de internação)				
MUTA (Dentro ou fora do hospital, de onde veio, etc.)				
ORIGEM				
ENCERRAMENTO (data, hora, local, etc.)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/11/21 REVISOR: <i>[Assinatura]</i>				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

	FORMULÁRIO		19845
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			HT ATENDIMENTO
Nome completo e idade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP), telefone, e-mail (não obrigatório)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE HISTÓRICO ATENDIMENTO (HA)			SI NÃO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOMA CONSULTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Controlar, Analgesia, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Sinais vitais, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERVENÇÃO QUIMIOTERAPÊUTICA (HIV)			SI NÃO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais, Admissão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA (Lugar, Horário, Antecedente, Tipo de Serviço)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTA (Ocorrências e evolução de cada etapa de tratamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEBILIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPLACÊNCIA (compra de D.O. e serviços)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 21/11/2018</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE FRONTIARIOS		17864		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e apelido		EM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nº do CNP				
Nº do RG (RG)				
Endereço completo (rua, número, complemento, cidade/estado/código postal e CEP)				
GRUPO 2 - REGISTRO DE ATENDIMENTO (RA)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		EM	NÃO	N/A
CONDUTA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo: medicamento, dose, via, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo: sinais vitais, etc.)				
GRUPO 3 - INSTRUMENTOS DE METRAGEM / INSTRUMENTOS DE METRAGEM				
EVOLUÇÃO MÉDICA		EM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo: sinais vitais e observações de enfermagem)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRASS				
TRANSPERÊNCIA (Conteúdo: horários, acompanhantes, taxa de atendimento)				
ACTA (Conteúdo: resultados de exames, etc.)				
CRITÉRIO				
CLASSIFICAÇÃO (Conteúdo: S.O. e sintomas)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 11/12/20</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		23225
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e sobrenome		RM	NÃO
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número de idade		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - TERMIÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			SIM NÃO NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO UPA/PA		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	
ORIENTAÇÃO MÉDICA (Gênero, idade, Data Anál. etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM/CENTRO TERAPÊUTICO (E.C.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERCONSULTA SUPLENTE 24 HORAS			SIM NÃO NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE ou em a observação, história)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
DIAGNÓSTICO			
TRANSFERÊNCIA (Data, hora, justificativa, tipo de entrega)			
ACTO DE SAÍDA MÉDICA/ENFERMAGEM DA INTERCONSULTA			
ÓBITO			
EVASÃO (quando ocorrer a evasão)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 12/12/2012</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PROTOCOLOS		23169		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo do paciente		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNP		X		
Cidade do paciente (nome da cidade, estado, município, número, estado e CEP)		X		
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO (PA)		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO		SI	NAO	NA
CONCLUSÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código ICD-10, ICD-9-CM, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMEIRIA (Código, Sinais Vitais, etc.)		X		
GRUPO III - SITUAÇÃO DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA E DE CUIDADO		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO / MEDICAÇÃO		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e cuidados de enfermagem)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRABALHO DE ENFERMAGEM (Local, Horário, Ações, etc.) (Tipo de intervenção)				
ALTA (Data, motivo, encaminhamento, etc.)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de E.O. e motivos)				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA:	02/07/2018			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		23167		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SIM	NÃO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNIS		X		
Endereço: Rua/Av. (Incluir nº da casa e/º apartamento, apartamento, bloco, andar, número, CEP)		X		
GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DE UNIDADE E REGIMENTO (PA)		SIM NÃO NA		
REGISTRO DE ATRIBUIÇÃO DE BOA CONDUTA:		X		
PRÁTICA MÉDICA (Linha de atuação: Clínica, etc.)		X		
ASSOCIAÇÃO DE ESPECIALIDADES (Linha de atuação, etc.)		X		
GRUPO 3 - EVOLUÇÃO DE ATENDIMENTO (SEMPRE A 24 HORAS)		SIM NÃO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DO ESPECIALISTA (SE houver, completar)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
TRATAMENTO				
TRANSPORTE (Local, horário, acompanhante, tipo de ambulância)				
ALTA (De onde veio e destino de entrega do paciente)				
CEFO				
EMERGÊNCIA (Número do B.O. paralelo)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 31/12/21</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		21793		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do IUS		X		
Direção completa (nome de via pública nº complemento, complemento, cidade e estado, CEP)		X		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO / HISTÓRICO DE ATENDIMENTO (H)		SI NAO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOLICITAÇÕES		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARTÃO, BOMBEIRÃO Emergência, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE INFORMACÃO (Exatidão, peso, altura, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO / HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO		SI NAO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sua prática e atuação, observação)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRUPO				
TRANSPORTE (Local, Horário, Acompanhador, Tipo de transporte)				
RELAÇÃO entre médicos envolvidos no atendimento do caso				
DIAGNÓSTICO				
EVALUAÇÃO (emissão de B.O. e retorno)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 12/11/10</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		21668		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SI	NÃO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (rua, número de via pública, nº complemento, complemento, cep, cidade, estado, país - UF)		X		
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / STAF		SI	NÃO	NA
CONCLUSÃO		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (MÉDICO, ENFERMEIRO, FARMACIA, etc.)		X		
INDICAÇÃO DE EXERCÍCIOS (FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, etc.)		X		
GRUPO 3 - EVOLUÇÕES DE INVESTIGAÇÃO (ENFERMEIRO A 24 HORAS)		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidado e Orientação - Atividade)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONÔMETRO				
TRABALHO DE ENFERMAGEM (Cuidado, Orientação, Atividade, Trabalho de Enfermagem)				
ACTA (Atividade Clínica e Orientação de Enfermagem - Atividade)				
CEFO				
EVASÃO (relatório de EVO e EVO)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 12/12/11</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		201931		
REVISÃO DE FRONTIÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
	Nome completo e sobrenome			
	Data de nascimento	X		
	Sexo	X		
	Nome da mãe	X		
	Número de OMS	X		
	Endereço completo (rua, número da casa, número do apartamento, localização, bairro, município, estado e CEP)	X		
GRUPO II - IDENTIFICAÇÃO DE SERVIÇOS ATENDIMENTAIS		SI NAO NA		
	REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP	X		
	CONDUTA	X		
	RECEITA MÉDICA (Genérico, Genérico, Exame físico, etc.)	X		
	ACTIVAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cuidados, Medicamentos, etc.)	X		
GRUPO III - IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES (SUMÁRIO ASPECTIVO)		SI NAO NA		
	EVOLUÇÃO MÉDICA			
	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (cuidados e cuidados) (Anamnese)			
	FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
	TRICIA			
	TRANSFERÊNCIA (para outros serviços) (para ambulância)			
	ALTA (Diagnóstico médico e evolução de caso) (para alta)			
	OUTRO			
	INDICAÇÃO (Número de ECG, etc.)			
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 2/12/21</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2010		
REVISÃO DE PRODUÇÃO DE				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ATENDIMENTO		
Nome completo e legível		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número do CNP		X		
Endereço completo (rua e número ou número de complemento, complemento, número, endereço eletrônico CEP)		X		
GRUPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		ATENDIMENTO		
REGISTRO DE ATENDIMENTO DO CAP (CONEXÃO)		SI	NAO	NA
REGISTRO MÉDICO (CRM - BRASIL - Exemplo: 123456789)		X		
REGISTRO DE ENFERMAGEM (COREN - Exemplo: 123456789)		X		
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (PREVISTA E DE HONOR)		ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SÃO classe e função de trabalho)				
FOLHA DE CONTROLE DE EXAMES LAB				
DOSES				
TRANSFERÊNCIA (local, número, justificativa, tipo de transferência)				
ALTA DE SAU (motivo, data de alta, endereço de contato)				
DIANTE				
EXAME (nome do R e atendimento)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/04</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2014		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo (legível)		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome de mãe		X		
Número da CNE		X		
Endereço completo (rua, nº, cidade, estado, CEP)		X		
		X		
GRUPO 2 - REGISTROS DE PRONTUÁRIO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATRIBUIMENTO (DAR)				
CONSULTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (GRUPO, EXAMES, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cartão, etc.)		X		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INFORMACÃO HISTÓRICA DO PACIENTE:		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Vida, dieta e cuidados, etc.)				
FICHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ERROS				
TRANSPORTE (Local, tempo, acompanhados, etc.)				
ALTA (De onde, motivo, responsabilidade de encaminhamento)				
OBITO				
EXAMENS (cursos de E.C. e etc.)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/04</p> <p>REVISOR: <i>[assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PROCEDIMENTOS

2023

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	V. ATENDIMENTO		
	SI	NÃO	NA
Nome completo e idade			
Data do nascimento	X		
Sexo	X		
Nome da mãe	X		
Nome do pai	X		
Nome da OUS	X		
Endereço completo (rua, número da casa, nº complemento, bairro/cidade, estado, município, país e CEP)	X		
	X		
GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS DE PRÉVIO ATENDIMENTO (P.A.)	SI	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO / DCAR			
CONSULTAS	X		
INDICAÇÃO MÉDICA (CENET, ZENESLI, Espira-Boo, etc.)	X		
ANOTAÇÃO DE ENTREVISTA (CENET, ZENESLI, etc.)	X		
GRUPO 3 - PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO (PRÉVIO A INTERNAÇÃO)	SI	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE EFICÁCIA (SAC, exames, etc., Atividade)			
FOLHA DE CONTROLE DE DIÁRIAS VITAS			
OPDS			
TRANSPARENCIA (Laud, Relato, Atendimento, Tipo de atendimento)			
V.T.A. (De alta médica - com avaliação de grupo médico, etc.)			
ORNL			
EVADÃO (Número de B.D. Atividade)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA:			
REVISOR:	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
BOMBA DE FRONTIÇÃOS		184211		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sobrenome		SIM	NÃO	N/A
DOB (data nascimento)		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (Rua, nº, complemento, bairro/cidade) (telefone, município, estado e CEP)		X		
GRUPO 2 - FRONTIÇÃOS DE FRONTEI ATENDIMENTO (FA)		SIM NÃO N/A		
REQUERIDO DE ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS		X		
CONDIÇÕES		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora de emissão)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, assinatura, data e hora)		X		
GRUPO 3 - FRONTIÇÃOS DE INTERVENÇÃO (INTERVENÇÃO E EFETIVIDADE)		SIM NÃO N/A		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE - dados e observações pertinentes)				
POSSIBILIDADE DE CONTROLE DE BRANCO VERMELHO				
DIAGNÓSTICO				
TRANSPORTE (Local, Horário, Acesso, Tipo de Atendimento)				
N.º de Serviço (caso de transferência para outro serviço)				
COMISSÃO (completo ou não e assinado)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: <i>11/05/2018</i></p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
RELAÇÃO DE PRONTUÁRIOS		SM	NÃO	N/A
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo (nº/16)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Cidade de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (nome da rua, número, nº complemento, bairro, cidade, estado, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - EVOLUÇÃO DO PRONTUÁRIO (DOCUMENTO 014)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SEM		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão, receita, Guaias, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE EXAMES (Cartão, Foto, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (FORMULÁRIO 24102/2018)				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (AVC, DMI e doenças Agudas)				
PLANO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROCS				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de Avaliação)				
ALTA (de emergência e transição - transferência para o local)				
ÓBITO				
EXAMES (Fórmula de B.C. e outros)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA	07/04/20			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		15420		
	REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
CRITÉRIOS DE QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO		
			SIM	NÃO	N/A
Terminado completo e legível					
Dados do atendimento:			X		
Data:			X		
Nome do caso:			X		
Histórico do caso:			X		
Exatidão completa (nome do paciente, nº atendimento, diagnóstico, data/hora, município, estado e CEP)			X		
			X		
CRITÉRIOS DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADOR E ENVOLVIDOS (PA)			SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOBH)					
CONDUTA:			X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carro, Biquinho, Exame Sinais, etc.)			X		
PRÁTICA DE ENFERMAGEM (Cuidado, Sinais, Sinais, etc.)			X		
			X		
CRITÉRIOS DE PRESTADOR DE SERVIÇOS (ENFERMEIRO DE HORAS)			SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnósticos e cuidados, prioridades)					
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS					
CROQUI					
TRANSPARENCIA (Local, Horário, Jornada, Faltas, Tipo de Atendimento)					
ALTA (de alta médica e conclusão de atendimento de rotina)					
LIMITE					
EXAME (Número do E.C. e protocolo)					
OBSERVAÇÕES					
DATA:					
REVISOR:					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTO-SOLICITANTES		23139		
SEÇÃO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
NOME COMPLETO (SOBRENOME)		SI	NÃO	NA
UF DE RESIDÊNCIA		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (Preencher de 04 dígitos até completar o formulário, incluindo município, estado e CEP)		X		
SEÇÃO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO-SOLICITANTE (PA)		SI NÃO NA		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (ECAR)				
CONDUTA		X		
RESERVAÇÃO MÉDICA (GABRIEL, GIBRAN, EDUARDO, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARRASCO, BARRA, FERRAZ, etc.)		X		
SEÇÃO 3 - PRONTO-SOLICITANTE (INTERVALO INTERMITENTE À 24 HORAS)		SI NÃO NA		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAB, SÉRIAS e técnicas, Análises)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSPERÊNCIA (Local, horário, Acompanhante, Tipo de assistência)				
ALTA (Critérios clínicos e evolução de enfermagem) (Linha 1)				
CMHTS				
EVOLUÇÃO (A partir da B.O. e anexado)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR: <i>[assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PROMÉDIOS			23/30
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido	SI	NÃO	N/A
Data de nascimento	X		
Sexo	X		
Nome de mãe	X		
Número do CNB	X		
Endereço completo (Rua, nº, complemento, bairro), cidade, município, estado e CEP	X		
	X		
GRUPO V - HISTÓRICO DE PRANTO A VERBEMO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (GOAP)			
CONTABILIDADE	X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Gênero, sistema, tipo de uso, etc.)	X		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Gênero, tipo de cuidado, etc.)	X		
GRUPO VI - HISTÓRICO DE INTERVENÇÃO (INTERVENÇÃO)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (DAS, Gênero e tipo de intervenção)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CICLOS			
TRANSFERÊNCIA (Data, motivo, responsável, tipo de intervenção)			
ALTA (Data, motivo, responsável, tipo de intervenção)			
DEBILIDADE			
EVASÃO (motivo, data e horário)			
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		23193		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e apelido		SI	NAO	NA
Data de nascimento		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CNH		X		
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF, CEP) - para pacientes cadastrados (casas, residências, etc.) e UEP		X		
GRUPO 2 - AVALIAÇÃO DE FORTO A CUIDAMENTO (FAC)		Nº ATENDIMENTO		
RECORRER DE ATENDIMENTO (SOA)		SI	NAO	NA
CRACKING		X		
INDICAÇÃO MÉDICA (Cirurgia, fisioterapia, Exame físico, etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cirurgia, fisioterapia, etc.)		X		
GRUPO 3 - FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO (LIVRO A 24 HORAS)		Nº ATENDIMENTO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, sinais e sintomas, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRÓNICAS				
TRANSFERÊNCIA (Linha, Hospital, Ambulatório, etc.)				
ALTA (E) e baixa (E) e justificativa da internação (se for)				
DIAGNÓSTICO				
AVALIAÇÃO (Sintomas e Sinais vitais)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/02/22 REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		28408		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Hora em que chegou	SIM	NÃO	N/A	
Data de nascimento	X			
Raça	X			
Nome da mãe	X			
Número do CNJ	X			
Endereço completo (nome de via, número, complemento, bairro, município, estado e CEP)	X			
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO (PAC)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (COMP. CONSULTAS)	SIM	NÃO	N/A	
INSPECÇÃO MÉDICA (CARTÃO, BARRAS, FOLHA DE VIDA, etc.)	X			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARTÃO, BARRAS, FOLHA DE VIDA, etc.)	X			
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INVESTIGAÇÃO (SUSPEITA DE DOENÇA)				
INVESTIGAÇÃO MÉDICA	SIM	NÃO	N/A	
EVOLUÇÃO DO EXAME FÍSICO (SINOPSE, BARRAS, FOLHA DE VIDA, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFUSÃO (SANGUE, PLASMA, PLASMA DE FATOR VIII, etc.)				
PLATA (Qualquer material e técnica de laboratório)				
DEBILIDADE				
EVASÃO (Qualquer método de evasão)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP		FOMULÁRIO		20183	
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS					
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Nº ATENDIMENTO	
Nome completo e apelido		SI	MA	NA	
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>			
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>			
Número de idade		<input checked="" type="checkbox"/>			
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>			
Proteção completa ou não de um dos olhos, nº de dentes, nome do médico, número, endereço, cidade		<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO II - REGISTRO DE HISTÓRICO ATENDIMENTOS				SI	
REGISTRO DE ATENDIMENTOS (CAD)		<input checked="" type="checkbox"/>			
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>			
PRESCRIÇÃO MÉDICA (cartão assinado, folha ou etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>			
ANOTAÇÃO DO FARMACÊUTICO (cartão, folha ou etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO III - FOLHA ÚNICA DE ATENDIMENTO (SUPERVISOR & DE ROTINA)				SI	
EVALUAÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>			
EVOLUÇÃO DE DEFERRAÇÃO (SIC, SIDA e outras) Atualizado		<input checked="" type="checkbox"/>			
FOLHA DE CONTROLE DE ERROS UTILIZADA		<input checked="" type="checkbox"/>			
CRONO		<input checked="" type="checkbox"/>			
TRASPASSE (Linha, História, Anamnese, Tipo de atendimento)		<input checked="" type="checkbox"/>			
ACTA (em sua versão e em inglês) atualizada no dia		<input checked="" type="checkbox"/>			
CRISTO		<input checked="" type="checkbox"/>			
RAMO (suavizado DIC) atualizado		<input checked="" type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÕES:					
DATA: 20/11/18 REVISOR: <i>[Assinatura]</i>					



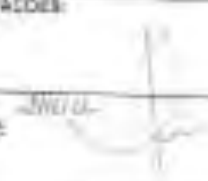


PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2018		
REVISÃO DE PROCEDIMENTOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				1º ATRIBUIMENTO
Nome completo e sobrenome		DM	NÃO	SIM
Data de nascimento				
Sexo				
Nome de mãe				
Número do CNP				
Código completo (nome do usuário, UF, município, secretaria, sistema, funcional, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PROCEDIMENTO DE PRONTA ATENDIMENTO				DM
REGISTRO DE ATRIBUIÇÃO - SOAP			NÃO	N/A
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código: SUSPENS, Sonda, etc.)				
ANOTAÇÃO DE EXERCÍCIO (Código: 0000, 000000, etc.)				
GRUPO 3 - PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO (EXERCÍCIO 3 DE NÍVEL)				DM
EVOLUÇÃO MÉDICA			NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE diário e diurno, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
GRUPO				
TRANSPORTE (Local, horário, acompanhante, tipo de ambulância)				
ACTA (Onde não houve a consulta de enfermagem - ACTA)				
CRITÉRIO				
EXAME (Código de CID - 9)				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA:	20/01			
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		2019		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO PACIENTE		1º ATENDIMENTO		
NOME COMPLETO (padrão)		SI	NAO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nome do mãe				
Número do CNP				
Endereço completo (RUA, Nº, complemento, bairro/cidade, estado, cep)				
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI		
REGISTRO DE ATENDIMENTO SOAR				
CONDIÇÕES				
PRESCRIÇÃO MEDICA (DIRETO, SUPLENTE, C/OUTRO FOLIO)				
AMITUAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO (Causas, Respostas, etc.)				
GRUPO 3 - HISTÓRICO DE INVESTIGAÇÃO (SINTOMAS e SINAIS)		SI		
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE EXATOS/TESTES (ANALISES e exames: laboratoriais)				
FOCHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROGNO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Método, Acompanhamento, etc. (se aplicável))				
ALTA (de alta médica e avaliação de prontuário) (se aplicável)				
DEFEITO				
EVASÃO (histórico de não comparecimento)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: 10/01/2019</p> <p>REVISOR: [assinatura]</p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		19706		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNJ		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº, bairro, cidade, estado, CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE HISTÓRIA E EXAME (PA)		SI		
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SIGA		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PROVAÇÃO MÉDICA (CARTÃO, BREVETES, ETC.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO (diagnóstico, data, procedência, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE EVOLUÇÃO, EXAME E DE MEDICINA		SI		
EVOLUÇÃO MÉDICA		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAE e Chegada, Admissão)		<input checked="" type="checkbox"/>		
POLÍCIA DE CONTROLE DE SAÚDE UPA		<input checked="" type="checkbox"/>		
PROCS		<input checked="" type="checkbox"/>		
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Autorização, Tipo de transferência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
At. FA (De onde veio o paciente e evolução em outras unidades de saúde)		<input checked="" type="checkbox"/>		
DETEL		<input checked="" type="checkbox"/>		
EVASÃO (Número do B.O. e situação)		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 12/10/2014</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		10751
	REVISÃO DE FRONTIAROS		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO:
Nome completo e legível			SIM
Data de nascimento			NÃO
Sexo			NA
Nome de mãe			
Número do CNP			
Endereço completo (rua, número da casa, número do complemento, bairro, cidade, estado, país e CEP)			
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRÉVIO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO / BOA CONDUTA			SIM
PRESCRIÇÃO MÉDICA (antibiótico, analgésico, etc.)			NÃO
AMITACÃO DE ENFERMAGEM (curativo, troca de curativo, etc.)			NA
GRUPO III - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (SUJEITO A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			SIM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (curativo e curativos, etc.)			NÃO
POLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS (SVC)			NA
TRANSFERÊNCIA (local, horário, responsabilidade, tipo de ambulância)			
M.T.A. (da transferência e do paciente de enfermagem e etc.)			
DENTE			
EVASÃO (relatório de E.O. e processo)			
OBSERVAÇÃO:			
DATA: 27/11/21			
REVISOR: [assinatura]			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		19850		
REVISOÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE		AP ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nome completo e idade		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do RAH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Fórmula completa (nome da via pública ou complemento, número, endereço telefônico, município, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO ATENDIMENTO (HAI)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SOAP				
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (DIRETO) - ANÁLISE (Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código - RA - sintomas, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO (HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO)		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE - sintomas e sinais - sintomas)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAMUTAS				
CENSO				
TÍTULOS - EXERCÍCIO (nome - histórico - Acompanhamento - 100 ou outro órgão)				
ALTA (Data alta - motivo e avaliação - nome do responsável - etc.)				
CENSO				
EVASÃO (motivos de E-O - se aplicado)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 21/12</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		20856
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº ATENDIMENTO
Nome completo e sobrenome			SI / NÃO / NA
Data de nascimento			
Sexo			
Morada atual			
Número do CNP			
Endereço completo (rua, número da rua, número do apartamento, complemento, cidade, município, estado e CEP)			
GRUPO II - DOMÍNIO DE PRINCIPAIS ATENDIMENTOS (HA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (ASAP)			SI / NÃO / NA
COMUTAR			
PREVENÇÃO MÉDICA (GRUPO, SINGELA, Exames laboratoriais, etc.)			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, Sem observação, etc.)			
GRUPO III - TIPO DE DADOS DE INFORMAÇÃO (SUPERIOR E 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO RESPIRATÓRIA			SI / NÃO / NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC dados e observações, Admissão)			
FORMAS DE CONTROLE DE TEMAS VIGIADOS			
TRANSPARENCIA (Linha, História, Atendimento, Tipo de atendimento)			
ALTA (de 08h manhã a conclusão da evolução no dia)			
CEP (C)			
EVOLUÇÃO (número de SI e observações)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 20/11/11</p> <p>REVISOR: </p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		19862		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
Nome completo e sobrenome		SI	NAO	NI
Data de nascimento				
Sexo				
Número de idade				
Número de CNP				
Endereço completo (rua, nº, bairro, nº de identificação, cidade, estado, país) e número de telefone				
GRUPO 2 - PROTOCOLO DE PRONTUÁRIO (DOCUMENTO DE)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI	NAO	NI
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Código, número, nome, dose, etc.)				
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, nome, dose, etc.)				
GRUPO 3 - PROTOCOLO DE DETERMINAÇÃO (INDICAR A DE FORMA)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NI
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Código, nome, dose, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRONO				
TRANSPONDICA (Código, número, descrição, tipo de avaliação)				
ACTA (Código, número e descrição de participação de sala)				
CPTE				
AMBIENTE (Número do bloco e sala)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 10/11/21</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		19938		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SI	NAO	NA
Nome completo e idade		/		
Data de nascimento		/		
Sexo		/		
Nome do pai		/		
Número do CNP		/		
Endereço completo (Rua de via pública nº - complemento - bairro/cidade, telefone (município estado) e CEP)		/		
GRUPO 2 - REVISÃO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REQUISITO DE ATRIBUÍDO (SOAP)		/		
CONDUTA		/		
PROTEÇÃO MÉDICA (CENTRO INTEGRADO Saúde/Fam. etc.)		/		
PROTEÇÃO DE DEFENSORES/Consumo (Não coberto etc.)		/		
GRUPO 3 - IMPORTÂNCIA DE INTERVENÇÃO/TERAPIA DE SUCESSO		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE ou em Atendimento Admissão)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ERROS				
TRABALHO SOCIAL (Local, Horário, Atividades, Tipos de intervenções)				
ALTA (Se não caber a evolução de enfermagem/curativo)				
CURTO				
EXAGERADO (horário do dia atendimento)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 11/12				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO		
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO	19939	
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo (nome)	SEM	NÃO	N/A
Nome de nascimento	///		
Sexo	///		
Nome do pai	///		
Número do CNH	///		
Grupos sanguíneos (nome da via pública nº, endereço, complemento, bairro, município, estado e CEP)	///		
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO E EXAMES (A)			
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO / EXAMES CONCLUÍDOS	SEM	NÃO	N/A
PRESCRIÇÃO MÉDICA (de qual serviço, Exame tipo de...)	///		
AMBITO DE ENFERMAGEM (Cuidado de enfermagem, etc.)	///		
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE HISTÓRICO DE ENFERMAGEM			
EVOLUÇÃO MÉDICA	SEM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ENCARGOS e atividades realizadas)			
FOLHA DE CONTROLE DE VITAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Responsável, Tipo de transferência)			
ALTA (de que modo e motivação de alta) (seguir em alta)			
OBITO			
EVASÃO (resumo do S.O. e avaliação)			
OBSERVAÇÕES:			
<p>DATA: 01/12/2011</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIO		20493		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
Nome completo e sobrenome		/		
Data de nascimento		/		
Sexo		/		
Nome da mãe		/		
Número do CNP		/		
Endereço completo (rua, número da casa, número do apartamento, apartamento, número, município, estado e CEP)		/		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRIMEIRA ATENDIMENTO (UPA)		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		/		
CONDIÇÃO		/		
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (antibiótico, analgésico, etc.)		/		
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (curativo, enfermagem, etc.)		/		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (COMPARTILHADO COM O PACIENTE)		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SOAP) (diária e itinerária, periódica)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
TIPO DE				
TRANSFERÊNCIA (qual, para onde, acompanhante, tipo de transferência)				
ALTA (de qual hospital e unidade de saúde, encaminhamento)				
OBS				
ENCARGO (médico, enfermeiro, etc.)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 21/06/20				
REVISOR: [assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO
REVISÃO DE PROFUNDIDADE 201902

NOME DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NA
DATA DE NASCIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOME DA CIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>		
NÚMERO DO END	<input checked="" type="checkbox"/>		
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, Nº DA CASA, Nº DO QUARTAL, BARRIO, CIDADE, ESTADO, PAÍS, CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
TIPO 2 - HISTÓRIAS DE PRÉVIO ATENDIMENTO (NA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP) COMPLETO	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CURSO, DURAÇÃO, EXAME FÍSICO, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
REGISTRO DE EXAMES (CÁRTER, SEM EXAMES, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
TIPO 3 - HISTÓRIAS DE INTERNAÇÃO (HISTÓRIAS E EXAMES)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE EXAMES (CAC, ANÁLISES DE URINA, ACOMPANHAMENTO)			
FOLHA DE CONTROLE DE SÍMPTOMAS VITAIS			
GRUPO			
TRANSFERÊNCIA (LOCAL, MÉDICO, ACOMPANHAMENTO, TERCEIROS) (se não for, não preencher o conteúdo de encaminhamento para outro)			
ORTO			
MASSAGEM (COMPLETA E/OU PARCIAL)			
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 21/02/19</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>			






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		21016		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e sigla		SI	NAO	NA
Data de nascimento				
Sexo				
Nº do cartão				
Nº do C.M.E.				
Exatidão completa (nome na via pública nº, complemento, complemento, bairro, município, estado, CEP)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI		
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		SI	NAO	NA
CONULTE				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARDÉ, Histórico, Exame físico, etc.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARETA, Histo. Evoluções, etc.)				
GRUPO III - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (INTERVALO 24 HORAS)		SI		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (CARETA, História, Exame físico, etc.)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
ORDEM				
TRANSFERÊNCIA (Lugar, Horário, Acompanhante, Tipo de transferência)				
ALTA (De alta médica e entrada de alta/resposta de alta)				
ÓBITO				
EVASÃO (Número de D.O. e endereço)				
OBSERVAÇÕES:				
				
DATA:				
REVISOR:				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		21036		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome completo e registro		SI	NAO	NA
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do cônjuge		<input checked="" type="checkbox"/>		
Matrícula do SUS		<input checked="" type="checkbox"/>		
Emprego (Anexo: Anexo de VA - Anexo SP - Complemento - Servidores; excluído município, exceto o CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRELIMINAR DE PRONTUÁRIO (AMBIENTE)				
REGISTRO DE ATENDIMENTO COOP		SI	NAO	NA
CONSULTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cartão Semáforo Farmacológico etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Exatidão, Item Classificação etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)				
EVOLUÇÃO MÉDICA		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (XAR, Sinais e Sinais, Anotação)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
EXAMES				
TRANSFERÊNCIAS (para outros W/empresas), TPA ou outros locais				
DATA (em atendimento ou em avaliação - observação em caso)				
DEBIL				
ESCALA (valor de H/D e outros)				
OBSERVAÇÕES				
<p>DATA: _____</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				






PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		19819		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N/A
Nº do cartão e sigla				
Cadastrado no sistema				
Sexo				
Nome de fábica				
Número do CDS				
Grupos: completo (parte de via pública e complemento domiciliar), hospital, psiquiátrico, estado e DEP.				
GRUPO I - PROVA QUANTO DE NOVO ATENDIMENTO (N/A)		SIM	NÃO	N/A
REQUERIDO DE ATENDIMENTO / SOF				
DORCIAS				
FRANQUIA MÉDICA (Cirurgia, fisioterapia, exames, etc.)				
HISTÓRICO DE ENTENDIMENTO (Cirurgia, fisioterapia, etc.)				
GRUPO II - PRONTUÁRIO DE REGISTRAÇÃO (N/A) E SANITÁRIAS		SIM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE, SAEs e controle de medicação)				
FOLHA DE CONTROLE DE SERVIÇOS VIZI				
CRUSE				
TRANSFERÊNCIA (Local, física, psicológica, etc. de atendimento)				
ALTA (de alta médica e avaliação de enfermagem de SA)				
CITEI				
CIVILIDADE (tratamento de D.C. e outros)				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: _____ REVISOR: 				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		15877		
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS				
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATRIBUIMENTO		
NOME COMPLETO (segundo)		IM	NÃO	N/A
Endereço (residência)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Cidade		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome da Mãe		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNP		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, nº da casa, nº complemento, bairro, cidade, estado e CEP)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - HISTÓRICO DE PRONTO ATRIBUIMENTO (PA)		IM	NÃO	N/A
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO / EDAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDUTAS		<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARNE) (assinada: Fone: (11) 333-1111)		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (CARNE) (Assinada: Fone: (11) 333-1111)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - PROVA DE IDENTIFICAÇÃO (PDI) - PESSOA A SER VISITA		IM	NÃO	N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAS) (Assinada: Fone: (11) 333-1111)				
FOHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DISSAS				
TRANSFERÊNCIA (Assinada: Fone: (11) 333-1111)				
ALTO (Assinada: Fone: (11) 333-1111)				
OBITO				
REVISÃO (Assinada: Fone: (11) 333-1111)				
OBSERVAÇÕES:				
<p>DATA: 11/12/2014</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

IESP	FORMULÁRIO	
	REVISÃO DE PRONTUÁRIO	19873
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO		Nº ATENDIMENTO
Nome completo (igual)		SI
Nome completo		SI
Sexo		SI
Alcunha (se houver)		SI
Número do CNP		SI
Endereço completo (rua - nº da casa / nº complemento - bairro - cidade - estado - CEP)		SI
GRUPO 2 - HISTÓRICO DE PRONTUÁRIO - PAU		Nº
REGISTRO DE ATENDIMENTO / ACUP		SI
CONDUTA		SI
ASSIGNAÇÃO MÉDICA (SITUAÇÃO MÉDICA, ESCOLA, etc.)		SI
ASSIGNAÇÃO DE ENFERMEIRO (Serviço, nível, especialidade, etc.)		SI
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE REGISTRAÇÃO (RESPOSTA ÀS PERGUNTAS)		SI NÃO N/A
EVOLUÇÃO MÉDICA		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC, SARA e SARA - SARA)		
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS		
CRDS		
TRANSPERÊNCIA (Local, período, atendimento, Tipo de atendimento)		
ALTA (Data, hora, motivo e responsável do atendimento - CAS, etc.)		
OUTRO		
EXAGERADO (motivo do E.O. e data)		
OBSERVAÇÕES		
DATA:		
REVISOR:	<i>[Assinatura]</i>	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº ATENDIMENTO		
REGISTRO DE PROMISSÃO		19972		
GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SEXO	RACIA	TIPO
Nome completo (sobrenome)		<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do pai		<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH		<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua) da sua residência em atendimento, bem como: telefone, município, estado e CEP		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO II - ENFERMAGEM PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SEXO	RACIA	TIPO
REGISTRO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>		
HISTÓRICO MÉDICO (VITAE) (ANAMNESE, EXAME FÍSICO, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
AVISATAÇÃO DE ENFERMAGEM / Central (ou unidades etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO III - PROFISSIONAL DE DETERMINAÇÃO (PROFISSIONAL 24 HORAS)		SEXO	RACIA	TIPO
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE) (vital e atividades, nutrição)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
Oxímetro				
TRANSFERÊNCIA (Local) (vital e acompanhamento) (ou de transferência)				
2) TÁ) De sua presença a ocorrência de enfermagem no caso				
Folha de				
EVALUAR o número de ECI e o atendimento				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: 02/11/22				
REVISOR: [Assinatura]				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO		Nº 09848		
REVISTA DE FREQUÊNCIAS				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº E GOVERNO		
		UF	ESTADO	MUNICÍPIO
Nome completo e legível		X		
CPF de identificação		X		
Sexo		X		
Nome da mãe		X		
Número do CAD		X		
Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro, cidade, estado, cep) (inclua o CEP)		X		
GRUPO 2 - FREQUÊNCIA DE PROMTO ATENDIMENTO (PA)		UF	ESTADO	MUNICÍPIO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (ARPA)		X		
CONDUTA		X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Conteúdo: medicamento, dose, via, freq. etc.)		X		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Conteúdo: sinais vitais, etc.)		X		
GRUPO 3 - FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		UF	ESTADO	MUNICÍPIO
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e sinais, sintomas, feridas)				
FORMA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
CRISIS				
TRANSPORTE (se houver) (modo, equipamento, responsável)				
ALTA (De alta médica e evolução de enfermagem de alta)				
OBITO				
EVASÃO (Número de BTL e endereço)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA:				
REVISOR: <i>[assinatura]</i>				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº ATENDIMENTO		
	SI	NÃO	N/A
Nome completo (e apelido)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Data de nascimento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Morada (rua)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Número do CNH	<input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço completo (rua, número da rua, número do apartamento, número do prédio, município, estado e CEP)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SIAM)	<input checked="" type="checkbox"/>		
CONTINUA	<input checked="" type="checkbox"/>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Contínua, demandada, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANCIÊNCIA DE ENFERMAGEM (Contínua, Exame físico, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (SIEM) (SIEM e evolução, contínua)			
PLANO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
CROSS			
TRANSFERÊNCIA (Local, Transfer, Acompanhante, Tipo de assistência)			
AVIA (SIAM preenchido?) E evolução de enfermagem de SIEM			
DETI			
EVASÃO (número de DI e internação)			
OBSERVAÇÕES			
<p>DATA: 28/07/23</p> <p>REVISOR: <i>[Assinatura]</i></p> <p><i>[Assinatura]</i> 28/07/23</p>			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		2023		
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SIM	NÃO	N/A
Data de nascimento				
Sexo				
Nome do PA				
Nome do CNV				
Endereço completo (rua, número, complemento, CEP, cidade, estado e CEP)				
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO	N/A
REGISTRO DE ATENDIMENTO - SIAP				
CONDIÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo, assinatura, data e hora, sig.)				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Carimbo, data e hora, sig.)				
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO	N/A
INDICAÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (PAE) (diária e críticas - diárias)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
PROCS				
TRANSPERÊNCIA (local, horário, acompanhado, tipo de assistência)				
ACTA (De alta médica) (Evolução da enfermagem) (PAE)				
EXETO				
PLANILHA (número do B.O. substituído)				
OBSERVAÇÃO:				
DATA: 20/02/2023				
REVISOR: <i>Dr. Ruben J. P. Silva</i> ENFERMEIRO				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
		15/07/2015	
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
Nome (completo e sigla)		SI	NÃO
Data de nascimento		SI	NÃO
Sexo		SI	NÃO
Nome da mãe		SI	NÃO
Número do CNIS		SI	NÃO
Endereço completo (rua, nº, cidade, UF) - CEP (se não houver, informar o endereço telefônico, município, estado e CEP)		SI	NÃO
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SI/AM)		SI	NÃO
CONSULTAS:		SI	NÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Cambio: analgésico, Esmop, Fico, etc.)		SI	NÃO
AVISATAÇÃO DE ENFERMAGEM (Cambio: IMR e Escada: etc.)		SI	NÃO
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAE e IMR e Escada, etc.)			
FOLHA DE CONTROLE E DE SINAIS VITAIS			
CRONO			
TRANSFERÊNCIA (Local: Hospit. Assistenciais, TCU de am, etc.)			
ALTA (de alta médica) e evolução de enfermagem de AM			
ÓBITO			
EVASÃO (casos de E.D. e evasão)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 15/07/2015			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SIM	NÃO
Número do prontuário		<input checked="" type="checkbox"/>	
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nº de dentes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nº de dentes DNE		<input checked="" type="checkbox"/>	
Diagnóstico clínico (nome, sigla, código, etc) - diagnóstico (SNT/SNPA/SN) - história, função, avaliação (DNE)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SIM	NÃO
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO / SOAP		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDUZIR		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Gerais, especiais, Quimio-farmac, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM (Gerais, Semi-especiais, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SIM	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (SAC - dados e intervenções - Anamnese)			
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
DIAGNÓSTICO			
TRANSFERÊNCIA (casos transitórios - Acomodação / Tipo de assistência)			
ALTA (de alta médica) E avaliação de enfermagem (SAC)			
ÓBITO			
EVASÃO (casos de fuga e retornos)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: 20/11/19			
REVISOR:			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO			
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº ATENDIMENTO	
		SB	NÃO
Nome completo e legível		<input checked="" type="checkbox"/>	
Data de nascimento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nome de mãe		<input checked="" type="checkbox"/>	
Número do CNJ		<input checked="" type="checkbox"/>	
Telefone completo (nome de via pública, nº completo), endereço eletrônico (e-mail) e CEP		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SB	NÃO
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOAP)		<input checked="" type="checkbox"/>	
CONDIÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Carimbo assinado, Exame físico, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Diagnóstico, Intervenção, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SB	NÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (TAD, metas e objetivos, Avaliação)			
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICO			
TRANSMISSÃO (local, horário, Acompanhador, Tipo de ambiente)			
ALTA (Causa médica) E exceção da enfermagem de Alta			
CEFO			
EVOLUÇÃO (nome) (E.O. Paralelo)			
OBSERVAÇÕES:			
DATA DE ENTREGA:			
REVISOR: 			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ
UPA- CENTRAL

Endereço: Rua Dr. Benedito Cursino dos Santos 101 (Centro), Taubaté, SP

INSTITUTO ESPERANÇA

Endereço: Edifício The One Office Tower Avenida Itália, 928 - 15º andar, sala 1.508 - Jardim das Nações, Taubaté - SP, 12030-212

FORMULÁRIO				
REGISTRO DE PRONTUÁRIO				
GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		SE ATENDIMENTO		
Nome completo e idade		SI	NAO	NA
Data de nascimento		SI	NAO	NA
Sexo		SI	NAO	NA
Nome de mãe		SI	NAO	NA
Número do CNH		SI	NAO	NA
Endereço completo (rua, nº, caixa de correio, complemento, distritos, telefone, município, estado e CEP)		SI	NAO	NA
GRUPO 2 - PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)		SI	NAO	NA
REGISTRO DE ATENDIMENTO (SOLICITAÇÃO)		SI	NAO	NA
CONDIÇÃO		SI	NAO	NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA (comente: assinatura, Exame físico, etc.)		SI	NAO	NA
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (comente: Sinais vitais, etc.)		SI	NAO	NA
GRUPO 3 - PRONTUÁRIO DE INTERVENÇÃO (SUPERIOR A 24 HORAS)		SI	NAO	NA
EVOLUÇÃO MÉDICA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (Sinais vitais e dados Admissional)				
FOLHA DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS				
DIAGNÓSTICO				
TRANSFERÊNCIA (Local, Horário, Atendimento, Tipo de ambulância)				
ALTA (Data, Hora) e Evolução da internação de 24h				
OBSERVAÇÃO				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 10/11/14				
REVISOR:				

