

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS  
"DR. JOÃO AMORIM"**

**Relatório Assistencial**

**Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva Materna**

**Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

**Convênio n.º00023/2022**

**2025**



**Siga nossas  
Mídias Sociais**

**f @ in v CEJAMOficial**

[cejam.org.br](http://cejam.org.br)



## SUMÁRIO

<b>1. MENSAGEM DO GESTOR</b>	<b>3</b>
<b>2. NOSSA HISTÓRIA</b>	<b>4</b>
2.1. LINHA DO TEMPO DA UNIDADE/CONTRATO	4
<b>3. MODELO DE GESTÃO</b>	<b>5</b>
3.1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	5
3.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	7
3.3. ORGANOGRAMA DA UNIDADE	9
<b>4. OBJETO DO CONTRATO</b>	<b>9</b>
<b>5. QUEM ATENDEMOS</b>	<b>10</b>
<b>6. GESTÃO DE PESSOAS</b>	<b>11</b>
<b>7. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS</b>	<b>12</b>
7.1. CAPACITAÇÕES REALIZADAS	12
<b>8. RESULTADOS / METAS ALCANÇADAS (PREVISTO VERSUS REALIZADO)</b>	<b>13</b>
8.1. RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	14
<b>9. ATIVIDADES DE DESTAQUE ANUAL</b>	<b>26</b>
<b>10. AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS (USUÁRIOS)</b>	<b>27</b>
<b>11. FINANCEIRO</b>	<b>27</b>
<b>12. ANEXOS</b>	<b>28</b>
12.1. ANEXO I - Balanço Financeiro	28

## **1. MENSAGEM DO GESTOR**

O trabalho que realizamos juntos, cuidando das nossas pacientes mais vulneráveis – às mães e mulheres em momentos de risco, é de extrema responsabilidade e importância. Sabemos que a cada atendimento, lidamos com vidas que dependem diretamente da nossa experiência, competência e dedicação.

Queremos expressar nossa gratidão pela forma incansável com que cada um de vocês se dedicam aos cuidados intensivos e especializados. A missão de proporcionar não apenas o suporte médico, mas também conforto, segurança e humanidade às mães, mulheres e suas famílias, é fundamental para o sucesso do nosso serviço. Cada gesto, cada decisão tomada na UTI Materna reflete o compromisso de todos com a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

A excelência no atendimento que buscamos todos os dias é construída a partir do trabalho em equipe, da constante capacitação, da busca por novas práticas e da empatia. O serviço de terapia intensiva materna, por sua complexidade, exige um alto nível de colaboração entre todas as especialidades, e sei que a equipe tem superado todos os desafios com empenho e dedicação.

Com o trabalho de todos, continuamos a fazer a diferença na vida dessas mulheres, mães e suas famílias. Juntos, continuaremos a enfrentar desafios, transformando a vida de nossos pacientes e suas famílias.

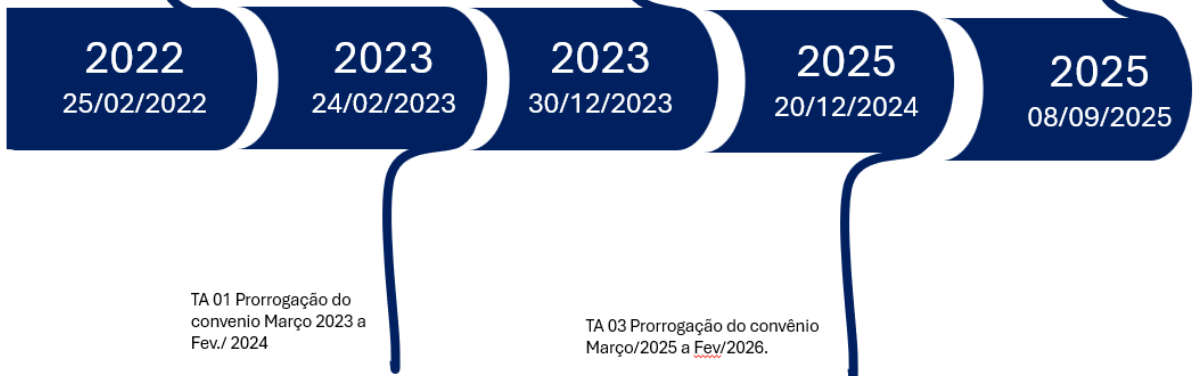
## 2. NOSSA HISTÓRIA

### 2.1. LINHA DO TEMPO DA UNIDADE/CONTRATO

Gerenciamento de 06(seis) leitos  
Na unidade de terapia intensiva especializada – materna  
Início 01/03/2022

TA 02 Prorrogação do convenio Março 2024 a Fev./ 2025

TA 04 Incremento da Unidade Intensiva Neonatal (20 leitos) e Salas de Parto (1 neonatologista) Setembro/2025 a Fevereiro 2026



### 3. MODELO DE GESTÃO

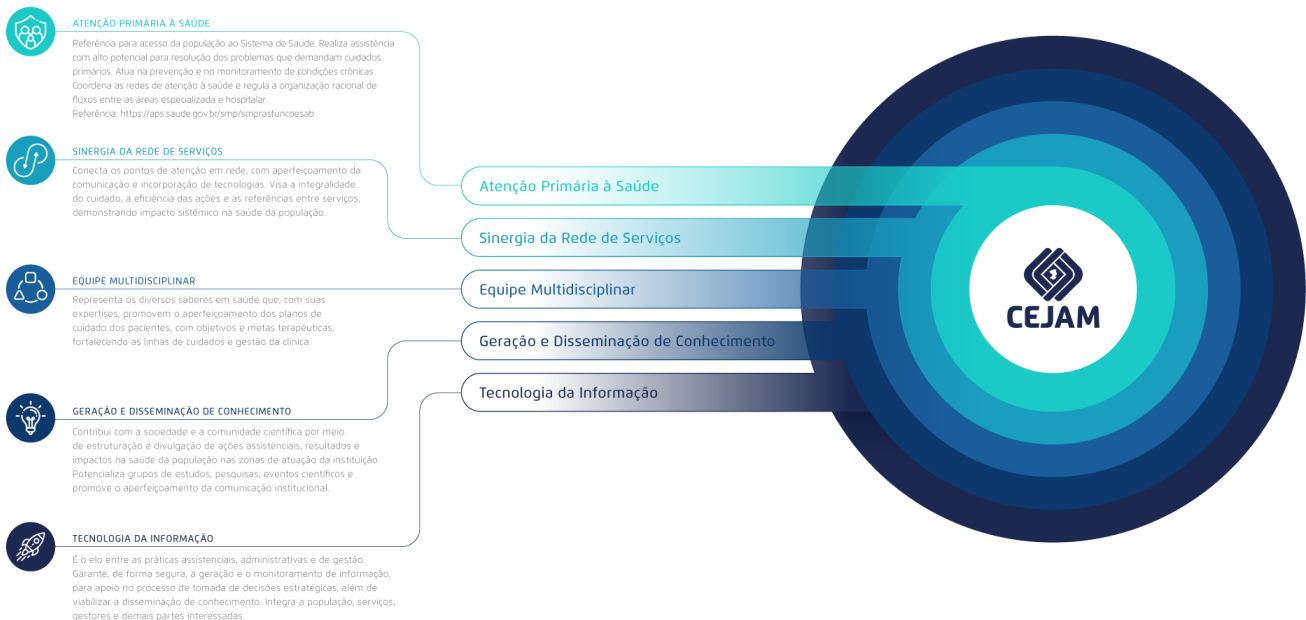
#### 3.1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público, o CEJAM é qualificado como uma Organização Social (OSS).

### PILARES ESTRATÉGICOS



## Nossa Missão

Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações

de **promoção**,  
**prevenção**  
e **assistência à saúde**

Trabalha-se de medidas que buscam promover a saúde e o bem-estar, com direcionamento específico para políticas e estratégias cívicas. Visam o fortalecimento de hábitos saudáveis, individuais e coletivos, considerando a multiplicidade dos determinantes e contribuições da saúde.

Preocupam-se ações e atividades baseadas no conhecimento da história natural de doenças, visando evitar sua progressão imprevisível, e em situações com impacto no saúde da população. Apoiam-se no conhecimento epidemiológico para prevenção, redução e controle de risco à saúde.

Envolve iniciativas voltadas à saúde em seus diferentes níveis assistenciais, incluindo atenção primária, especializada, de urgência e emergência, hospitalar e também os programas de responsabilidade social e sustentabilidade da instituição.

## Nossa Visão

Ser reconhecida como a **melhor** **instituição** nacional na gestão de **saúde** populacional.

VA  
LO  
RES

Valorizamos a Vida

Estimulamos a Cidadania

Somos Éticos

Trabalhamos com Transparência

Agimos com Responsabilidade Social

Somos Inovadores

Qualificamos a Gestão

**LEMA**

*“Prevenir é viver com qualidade”*



### 3.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL



## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DESDOBRADOS PELOS CONVÊNIOS

### VISÃO ESTRATÉGICA DO NEGÓCIO

Ser reconhecida como a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional.

8

#### FINANCEIRO

1

Estabelecer modelo Gestão Financeira dos Recursos (Orçado, Despesas, Passivos, Contingência)

#### MERCADO / CLIENTE

1

Sustentar / ampliar serviços e parcerias considerados estratégicos para a instituição

#### PROCESSOS INTERNOS

4

Assegurar a adequação às normas e legislações aplicáveis à instituição  
Desenvolver os processos de gestão de pessoas  
Aprimorar a gestão da cadeia de suprimentos  
Consolidar o modelo de gestão e assistencial CEJAM

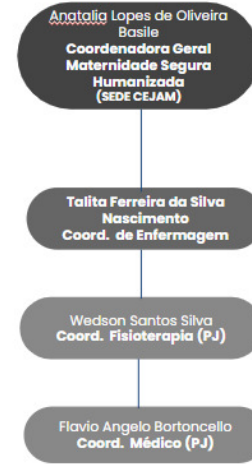
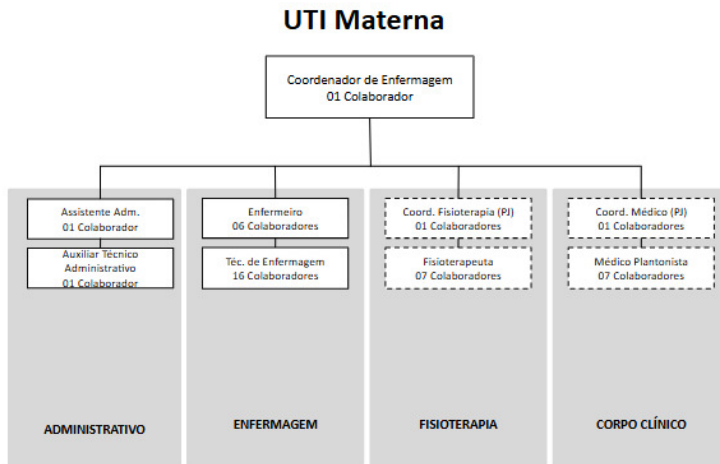
#### APRENDIZADO

2

Fortalecer a produção científica  
Estruturar e fortalecer comissões e comitês

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA O CENÁRIO DE CRESCIMENTO

### 3.3. ORGANOGRAMA DA UNIDADE - UTI MATERNA

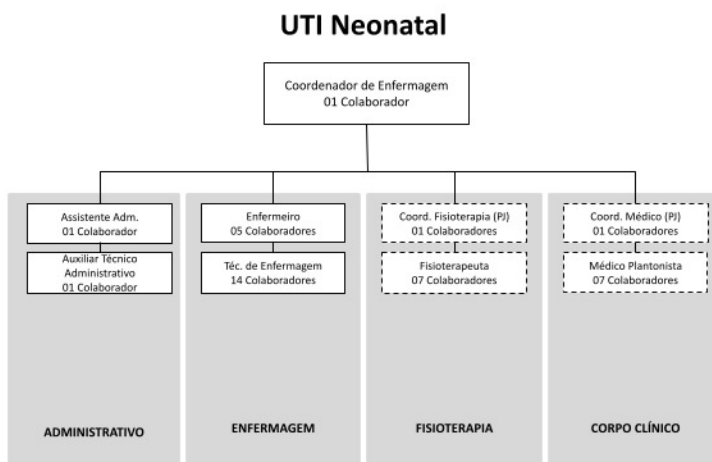


*Time de Liderança*

UTI - HOSP. LEONOR MENDES DE BARROS – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL  
 APLICAÇÃO: UNIDADE DE SAÚDE  
 ATUALIZAÇÃO: 15/12/2025



### 3.4. ORGANOGRAMA DA UNIDADE - UTI NEONATAL



*Time de Liderança*

UTI - HOSP. LEONOR MENDES DE BARROS – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL  
 APLICAÇÃO: UNIDADE DE SAÚDE  
 ATUALIZAÇÃO: 31/12/2025



#### 4. OBJETO DO CONTRATO

O convênio visa o gerenciamento técnico/administrativo de **06 (seis) leitos em Terapia Intensiva Materno no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e 20 (vinte) leitos em Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Leonor Mendes de Barros**, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, bem como a manutenção adequada dos equipamentos destinados à Unidade, para o funcionamento ininterrupto do serviço.

#### 5. QUEM ATENDEMOS

No Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), o CEJAM na busca da melhoria do atendimento médico-hospitalar prestado à população SUS do Município de São Paulo e considerando a necessidade de assegurar atendimento adequado aos pacientes que necessitem de cuidados de terapia intensiva, assim como garantir acolhimento humanizado, proporcionando atenção qualificada e eficiente, presta serviços especializados no Gerenciamento Técnico e Administrativo de 06 (seis) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Materna e 20 (vinte) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, disciplina as obrigações e responsabilidades para este gerenciamento de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, bem como a manutenção adequada dos equipamentos destinados à Unidade, para o funcionamento ininterrupto do Serviço.

O gerenciamento técnico e administrativo da UTI Materna e UTI Neonatal obedece à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor. Entregue no setor e para Fiscal do contrato, o Caderno de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de Serviços utilizados dentro do HMLMB - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e treinada pela equipe.

## 6. GESTÃO DE PESSOAS

### 6.1 QUADRO DE RH POR ATIVIDADE UTI MATERNA

Competência	Previsto em Plano de Trabalho	Efetivos no Período avaliado	Percentual de efetivação
Janeiro/25	21	23	109%
Fevereiro/25	21	23	109%
Março/25	21	22	104%
Abril/25	21	22	104%
Maió/25	21	22	104%
Junho/25	21	22	104%
Julho/25	21	22	104%
Agosto/25	21	22	104%
Setembro/25	21	24	114%
Outubro/25	21	24	114%
Novembro/25	21	24	114%
Dezembro/25	21	24	114%

No período de janeiro a dezembro, observou-se que, com exceção dos meses de janeiro, março, setembro, outubro, novembro e dezembro, o quantitativo de profissionais manteve-se acima do previsto. Tal situação ocorreu em decorrência da contratação de 01 enfermeira e 02 técnicas de enfermagem, com a finalidade de assegurar a cobertura de férias e folgas em plano trabalhado após um ano, não considerando as ausências.

## 6.2 QUADRO DE RH POR ATIVIDADE UTI NEO

Competência	Previsto em Plano de Trabalho	Efetivos no Período avaliado	Percentual de efetivação
Setembro/25	83	75	90,36%
Outubro/25	83	76	91,56%
Novembro/25	83	77	92,77%
Dezembro/25	83	77	92,77%

No período de setembro a dezembro tivemos contratações da equipe multidisciplinar, para suprir as demandas da unidade, conforme o plano de trabalho. Permanecemos em contratação para as categorias profissionais enfermeiro e técnico de enfermagem diurno e noturno. O quadro não foi completamente repostado devido a alta rotatividade relacionado a valores de salários insatisfatórios para a região. Após treinamento, o colaborador conquista facilmente vagas disponíveis no mercado, com melhores salários.

## 7. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

### 7.1. CAPACITAÇÕES REALIZADAS - UTI MATERNA

O presente relatório tem como finalidade descrever as ações de capacitação, treinamentos e atividades educativas realizadas com a equipe multiprofissional da UTI Materna ao longo do ano de 2025, visando o aprimoramento técnico-científico, a segurança assistencial e a qualidade do cuidado prestado às pacientes.

- Treinamentos Assistenciais e de Segurança do Paciente: Realizado treinamento para manuseio do equipamento de elevação de pacientes (Jheck), com foco na segurança do paciente e do colaborador, prevenção de quedas e ergonomia.
- Treinamento ampliado sobre Flebite, abordando: Medidas de prevenção; Identificação precoce e Manejo adequado dos casos. [Flebite](#)
- Foi realizada capacitação da equipe assistencial, contemplando treinamento teórico, bem como a implantação do relógio de mudança de decúbito. A atividade teve como

objetivo padronizar as condutas relacionadas à prevenção de lesões por pressão, reforçando a importância da mudança de posição a cada 2 horas. [Decúbito](#)

- Treinamento de PCR (Parada Cardiorrespiratória) e RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar), com simulação prática para qualificação da resposta às emergências. [RCP](#)
- Capacitação em Hemocomponentes, contemplando: Manuseio; Armazenamento; Indicação; Administração segura, com foco na segurança transfusional e padronização de processos. [Cosan](#)
- Treinamento de prevenção de extubação acidental, reforçando medidas preventivas e condutas imediatas. [Extubação](#)
- Treinamento de troca de curativo de cateteres venosos centrais, enfatizando técnica asséptica. [Curativo de CVC](#)
- Treinamento sobre curativo a vácuo, com abordagem prática do manejo da terapia por pressão negativa. [Curativo à Vácuo](#)

## **Protocolos, Fluxos e Processos Assistenciais**

Apresentação do fluxo do Banco de Leite, alinhando rotinas institucionais e assistenciais.

[Fluxo Extração de leite](#)

Treinamento sobre checagem de prescrição médica e de enfermagem, com reforço sobre:

[Prescrição médica](#)

- Segurança medicamentosa;
- Proibição de rasuras;
- Proibição do uso de corretivos em prontuário.

Apresentação e implantação do novo modelo de impresso BUNDLE, voltado à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. O instrumento passa a ser utilizado como rotina na UTI materna durante a execução de procedimentos envolvendo cateteres venosos centrais, em parceria com a CCIH hospitalar. [BUNDLE](#)

## **Saúde do Trabalhador e Normas Regulamentadoras**

Treinamento NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. [NR 32 e NR 6](#)

Treinamento NR-06 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI). [NR 32 e NR 6](#)

Apresentação da Política Institucional de Qualidade de Vida, incentivando o cuidado com a saúde física e mental dos colaboradores.

### **Ações de Integração e Humanização [Fotos](#)**

Integração da equipe multidisciplinar – Tema “Alegria no Carnaval”, promovendo ambiência positiva e fortalecimento do trabalho em equipe.

Comemoração do Dia Internacional da Mulher, valorizando as colaboradoras da unidade.

Dia Internacional da Síndrome de Down – ação de conscientização com uso de meias coloridas, incentivando inclusão e sensibilização.

Atividade Outubro Rosa – UTI Materna

Ação de conscientização sobre prevenção do câncer de mama, com:

- Decoração temática do setor;
- Roda de conversa “Cuidar de si é um ato de amor”;
- Orientações sobre autocuidado e autoexame;
- Incentivo à realização de exames periódicos.

Encerramento com coffee break de confraternização.

Como continuidade, foram abertos prontuários dos colaboradores no AME para acompanhamento preventivo.

## **7.2. CAPACITAÇÕES REALIZADAS - UTI NEONATAL**

O programa inclui aulas teóricas e práticas, bem como aplicação de pré e pós-testes, com o objetivo de avaliar a aprendizagem.

Aprimorado os processos in loco:

- Layout de leito
- Reorganização de insumos Materiais/medicamentos
- Revalidação do expurgo (prevenção IRAS)
- Conferência de geladeira
- Ambiência (salão da UTIN, área de prescrição e vestiários)
- Espaço definido para Kamishibai
- Retirada dos carrinhos de soro e medicamentos
- Instalação de 02 computadores

### **Treinamento: Cuidados e Manutenção de PICC**

Realizado com a equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o treinamento de cuidados e manutenção de cateter venoso central de inserção periférica (PICC), disponibilizado planilha para gerenciamento completo de todo o processo para os cateteres venosos centrais [Cuidados e manutenção de PICC](#).

Realizado validação da coordenadora RT de enfermagem, para inserção e manutenção de cateter venoso central PICC, disponibilizado processo de monitoria para a validação de todos os enfermeiros habilitados.

### **Treinamento: Implantação do protocolo de Manipulação Mínima**

Realizado com a equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a Implantação e capacitação do protocolo de Manipulação Mínima [Cuidado Humanizado](#).

**Implantação dos processos:** [Lista](#) de presença

- Planilha de admissão e alta
- Planilha para coleta de indicadores multiprofissionais e de humanização

- Prevenção de risco de queda
- Cálculo de medicação e dupla checagem
- Prevenção de flebite
- Check list de inserção e manutenção de acesso periférico
- Entrega de 04 cartazes para a sala de parto: Programa de Reanimação Neonatal Diretriz 2022
- Processo de Tutoria para todos os colaboradores
- Rotina assistencial para a sala de parto: equipe médica



FONTE - Repertório supervisão

Classificação da Informação: Uso Interno  
DIN.ADM.CEGISS.QA.079.001

### **Treinamento: Capacitação Método Canguru**

Capacitação método canguru – 13/10 - Foram capacitados 62 colaboradores. Durante a capacitação, foram abordados os princípios, objetivos e benefícios da prática para o recém-nascido e sua família, bem como as orientações sobre a correta aplicação da técnica no dia a dia assistencial. A participação da equipe foi positiva, com espaço para esclarecimento de dúvidas e alinhamento de condutas, visando a humanização e a melhoria contínua da assistência prestada.

### **Treinamento: Capacitação Implantação Sonda Humanizada**

Capacitação e implantação: sonda Humanizada gástrica – 22/10 Foram capacitados 59 (%) colaboradores sobre a padronização da técnica e a correta aplicação do novo método, com demonstração prática e esclarecimento de dúvidas. A equipe absorveu positivamente a proposta, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da assistência neonatal.

### **Treinamento: Capacitação de notificações de eventos adversos**

Foi realizada capacitação sobre Notificação de Evento Adverso para a equipe, totalizando 71 colaboradores treinados. O objetivo foi reforçar a importância da identificação, registro e comunicação adequada dos eventos, promovendo a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais. Todas as capacitações foram realizadas com lista de presença para evidência e registro das ações desenvolvidas.



FONTE - Repertório supervisão

## Capacitação de Oferta leite por copinho

**Capacitação Admissão Multiprofissional do Recém Nascido de alto Risco:** Foram capacitados 47 colaboradores



FONTE - Repertório supervisão

**Capacitação com a equipe de Enfermagem:** "Comunicação Meta 2 Segurança do Paciente", ministrada pela coordenação de enfermagem.

**Capacitação com a equipe de Enfermagem:** Rotina pesagem do Recém Nascido ministrada pela coordenação de enfermagem.

**Roda de Conversa:** Realizado roda de conversa com as mães da UTI neonatal semanalmente sobre temas distintos, dentre eles:

- Orientação a mães da UTI neonatal frente aos benefícios da amamentação;

- Tipos de mamilos, o que fazer com as mamas ingurgitadas, o que fazer com os mamilos doloridos e ingurgitados, orientações e demonstração de manobras de desengasgo;
- A rotina de autocuidado e impacto da amamentação.

**Capacitação com a equipe de Multidisciplinar:** Comunicação Meta 1 Segurança do Paciente;

**Capacitação com a equipe de Multidisciplinar:** Reforço com a rotina pesagem do Recém Nascido;

**Capacitação com a equipe de Multidisciplinar:** Preservação de MSD para passagem de cateter PICC e Cuidados com a pele do recém nascido;

**Capacitação com a equipe de Multidisciplinar:** Check list extubação acidental.

## 8. RESULTADOS / METAS ALCANÇADAS (PREVISTO VERSUS REALIZADO)

### 8.1. RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS UTI MATERNA

Indicadores	Meta	1º Trimestre/2025			2º Trimestre/2025			3º Trimestre/2025			4º Trimestre/2025		
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
1 Saídas ≥	23	32	29	35	31	35	32	29	28	36	29	36	25
2 Taxa de ocupação ≥	85%	63,98%	79,76%	68,28%	67%	83%	54%	52%	77%	80%	74%	54%	54%
3 Média de Permanência (dias) ≤	6,5	3,72	4,62	3,63	3,90	4,40	3,06	3,34	3,35	4,00	4,76	2,69	4,00
4 Paciente Dia ≥	155	119	134	127	121	154	98	97	144	144	138	97	100
5 Taxa de Mortalidade ≤	2,50%	0%	6,9%	0%	0%	2,86%	0%	0%	2,33%	2,78%	3,45%	0%	0%
6 Taxa de Reinternação em 24 horas ≤	1%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7 Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV) ≤	7,40%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8 Incidência de extubação acidental ≤	52,00%	0%	0%	0%	0%	0,50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9 Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central ≤	2,80%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	19,61%	0%	0%	0%
10 Utilização de Cateter Venoso Central (CVC) ≤	53,64%	8,40%	32,09%	17,32%	34,71%	28,57%	20,41%	16,49%	10,42%	35,42%	28,26%	9,28%	30,00%
11 Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical ≤	1,93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
12 Prontuários evoluídos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13 Reclamações na ouvidoria ≤	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
14 Adesão às metas de Identificação do Paciente	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	101%	100%	100%	100%	100%
15 Índice de Úlcera por Pressão ≤	0,66%	0%	0%	0,79%	0%	0%	0,00%	0%	0%	0,00%	0%	0%	0%
16 Incidência de queda de paciente ≤	0%	0%	7,46%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
17 Incidência de Flebite ≤	0,24%	0%	1,54%	0,80%	0%	0%	1,02%	0%	0,65%	1,38%	0%	0%	0%
18 Incidência de não Conformidade na Adm de Medic ≤	0,50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
19 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral ≤	1,65%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

### **Análise crítica**

**Saídas:** As saídas mantiveram-se dentro da meta estabelecida ao longo de todo o ano, evidenciando estabilidade no fluxo assistencial e efetividade das estratégias adotadas para a gestão de leitos e a continuidade do cuidado. Esse resultado reflete o alinhamento entre as equipes, a adequada programação de altas e transferências, bem como o monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais.

**Taxa de ocupação:** No ano de 2025, não foi possível atingir a meta contratual estabelecida. Ressalta-se, entretanto, que todas as vagas solicitadas pelo Pronto-Socorro, enfermarias, Centro Obstétrico (CO) e Centro Cirúrgico (CC) foram prontamente atendidas.

A equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR) mantém contato diário com a UTI, realizando o monitoramento contínuo da disponibilidade de leitos e a avaliação dos casos para aceite, contribuindo para a otimização do fluxo institucional e para a adequada regulação das internações.

Melhorias - Para 2026 trabalhar novo protocolo específico para pacientes obstétricas, com parâmetros específicos, considerando a puérpera como paciente vulnerável. Busca ativa de pacientes no CO e PSGO.

**Média de Permanência:** No período analisado, foi possível atingir a meta contratual estabelecida. Esse resultado está relacionado à realização diária de visitas multiprofissionais, durante as quais são discutidos o quadro clínico dos pacientes e o momento mais adequado para uma alta segura.

O alinhamento entre as equipes e o planejamento assistencial contribuíram para maior efetividade no fluxo de altas, garantindo segurança ao paciente e a continuidade do cuidado.

**Paciente Dia:** No período analisado, não foi possível atingir a meta contratual estabelecida. Ressalta-se, entretanto, que todas as vagas solicitadas foram devidamente atendidas.

Durante as visitas diárias realizadas na unidade, foram discutidas, de forma multiprofissional, estratégias voltadas ao alcance da meta estabelecida. Destaca-se que esse indicador está diretamente relacionado à taxa de ocupação, fator que impacta significativamente o resultado apresentado.

Melhorias - Ações de Busca Ativa e alinhamentos internos.

**Taxa de Mortalidade:** No ano de 2025, a meta contratual foi atingida nos meses de janeiro, março, abril, junho, julho, novembro e dezembro. Nos meses em que não houve alcance, o resultado esteve relacionado ao perfil de maior gravidade dos pacientes admitidos e ao tempo de permanência prolongado. O indicador segue em monitoramento contínuo, com discussões multiprofissionais voltadas à melhoria dos desfechos assistenciais.

**Taxa de Reinternação em 24 horas :** Durante o período analisado, o indicador manteve-se dentro da meta contratual estabelecida na maior parte dos meses. Entretanto, foi registrado um episódio no mês de janeiro e um no mês de novembro, fazendo com que, nesses períodos, o resultado ficasse acima do limite preconizado.

**Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV):** A meta contratual foi atingida durante todo o período avaliado, evidenciando a efetividade das medidas de prevenção, vigilância e controle adotadas pela equipe assistencial.

**Incidência de extubação acidental:** Durante o período analisado, a incidência de extubação acidental manteve-se dentro da meta contratual estabelecida, sem registros na maior parte dos meses e com ocorrência de 01 caso isolado, permanecendo, ainda assim, dentro do limite preconizado. Esse resultado demonstra a adesão da equipe às práticas seguras no manejo das vias aéreas e à vigilância contínua dos pacientes em ventilação mecânica.

Melhoria -

**Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central:** Durante o período analisado, 92% dos

meses manteve-se dentro da meta contratual estabelecida. Entretanto, foi registrado um caso (8%), resultando em um indicador acima do limite preconizado no período correspondente.

Melhoria - O evento foi analisado pela equipe, com revisão das práticas assistenciais e reforço das medidas de prevenção relacionadas ao manejo do cateter venoso central, além do monitoramento contínuo dos processos, com o objetivo de reduzir riscos e fortalecer a segurança do paciente.

**Utilização de Cateter Venoso Central (CVC):** Durante todo o ano, o indicador manteve-se dentro da meta pactuada. A indicação para utilização de acesso venoso central foi fundamentada na necessidade de administração de drogas vasoativas, antibióticos de amplo espectro e realização de transfusões sanguíneas, considerando o perfil clínico das pacientes e a complexidade da terapia instituída.

A permanência e a retirada dos dispositivos invasivos são avaliadas continuamente, de acordo com a evolução clínica das pacientes, sendo tema recorrente nas discussões realizadas nas reuniões da equipe multiprofissional, com foco na segurança do paciente e na qualidade da assistência.

**Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical:** A meta contratual foi atingida durante todo o período avaliado, demonstrando conformidade com os parâmetros estabelecidos e evidenciando a efetividade das medidas de prevenção e das práticas assistenciais adotadas pela equipe.

**Prontuários evoluídos:** A meta contratual foi atingida durante todo o período avaliado, evidenciando a adequada realização dos registros assistenciais e o compromisso das equipes com a qualidade, rastreabilidade das informações e continuidade do cuidado.

**Reclamações na ouvidoria:** Durante o ano de 2025, não houve registro de manifestações negativas por parte das pacientes atendidas. Dessa forma, a meta contratual foi integralmente atingida, refletindo a qualidade da assistência prestada e a satisfação das pacientes com o atendimento recebido.

**Adesão às metas de Identificação do Paciente:** A meta contratual foi atingida durante todo o período avaliado, demonstrando conformidade com os protocolos institucionais e o comprometimento da equipe com a segurança do paciente.

**Índice de Úlcera por Pressão:** Durante o período analisado, o indicador manteve-se dentro da meta contratual estabelecida na maior parte dos meses. Foi registrado um episódio no mês de março, acima do limite preconizado no período correspondente.

O caso foi analisado pela equipe assistencial, com reforço das medidas preventivas, monitoramento contínuo do risco e intensificação dos cuidados voltados à prevenção de lesão por pressão, visando à segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade da assistência.

Como ação de melhoria, foi implantado o relógio de mudança de decúbito, com o objetivo de sistematizar e garantir a regularidade das mudanças de posição do paciente.

**Incidência de queda de paciente:** Durante o período analisado, a incidência de queda manteve-se igual a zero na maior parte dos meses, permanecendo dentro da meta estabelecida. Foi registrado um evento no mês , resultando em índice de 7,46% no período correspondente.

O caso foi devidamente analisado pela equipe, com reforço das medidas preventivas, orientação aos profissionais e monitoramento contínuo dos pacientes com risco de queda, visando fortalecer a segurança do paciente e prevenir novas ocorrências.

**Incidência de Flebite:** Durante o período analisado, foram registrados meses com incidência de flebite acima da meta contratual estabelecida: dois casos em fevereiro, um caso em março, um caso em agosto e dois casos em setembro. Nos demais períodos, o indicador manteve-se dentro do limite preconizado.

Análise e ações de melhoria: Diante dos casos identificados, foram reforçadas junto à equipe assistencial as medidas de prevenção e as boas práticas relacionadas ao

manejo e à manutenção do acesso venoso periférico. Foi intensificado o monitoramento contínuo do indicador, com foco na redução de novos eventos e na qualificação da assistência prestada.

Como estratégias de melhoria, destacam-se:

Implantação e/ou reforço do uso de escalas de avaliação de flebite, para identificação precoce e classificação dos casos;

Capacitação da equipe quanto ao protocolo institucional de prevenção e manejo da flebite;

Reforçada a adesão ao Procedimento Operacional Padrão (POP) relacionado ao manejo e à manutenção do acesso venoso periférico, com foco na padronização das práticas assistenciais e na prevenção de flebite.

**Incidência de não conformidade na Administração de medicação:** A meta contratual foi atingida durante todo o período avaliado, mantendo o indicador dentro do limite estabelecido e demonstrando conformidade no processo de administração de medicamentos pela equipe.

**Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral:** O indicador permaneceu dentro da meta contratual durante todo o período avaliado

## 8.2.RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS UTI NEONATAL

Indicadores		Meta	4º Trimestre/2025			
			set./25	out./25	nov./25	dez./25
1	Saídas ≥	49	30	42	38	31
2	Média de Permanência (dias) ≤	11,0	9,57	6,60	10,16	12,45
3	Taxa de ocupação ≥	90%	64%	62%	64%	62%
4	Taxa de Reinternação ≤	1%	0%	0%	0%	0%
5	Paciente/dia					
6	Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV)	1%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

	≤					
7	Incidência de extubação acidental ≤	<b>0,52%</b>	<b>3,45%</b>	<b>0,00%</b>	<b>1,20%</b>	<b>0,00%</b>
8	Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central ≤	<b>6,00‰</b>	<b>0,00‰</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>6</b>
9	Utilização de Cateter Venoso Central (CVC) ≤	<b>53,64%</b>	<b>3,14%</b>	<b>13,36%</b>	<b>8,29%</b>	<b>4,15%</b>
10	Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical ≤	<b>1,93%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
11	Prontuários evoluídos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
12	Reclamações na ouvidoria ≤	<b>1%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
13	Adesão às metas de Identificação do Paciente	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
14	Índice de Lesão de Pele ≤	<b>0,66%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,36%</b>	<b>0,26%</b>	<b>0,00%</b>
15	Incidência de queda de paciente ≤	<b>0%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
16	Incidência de Flebite ≤	<b>0,24%</b>	<b>0,00%</b>	<b>1,49%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
17	Incidência de não Conformidade na Adm de Medic ≤	<b>0,5 %</b>	<b>0,00‰</b>	<b>0,00‰</b>	<b>0,00‰</b>	<b>0,00‰</b>
18	Número de Partos ≥	<b>315</b>	<b>219</b>	<b>286</b>	<b>286</b>	<b>226</b>

### Análise crítica

**Saídas:** Meta contratual de 49 saídas. Em análise dos meses de setembro a dezembro não atingimos a meta. Ressalta-se que a taxa de ocupação da unidade esteve baixa durante o período, o que impacta diretamente no número de saídas. Para garantir alta segura foi implantado a discussão de boas práticas como: discussão diária em visita multiprofissional, padronização de critérios de alta, comunicação efetiva entre setores e orientação às famílias sobre cuidados pós-alta.

Melhorias - Implantada Visita Multiprofissional, Ausência de vagas na CI impacta diretamente, sendo necessários alinhamentos internos. Atendimento do critério de peso mínimo > ou igual 1500g para transferência para CI - [Protocolo – Critérios de admissão e alta na Unidade de Terapia Intensiva.](#)

**Taxa de ocupação:** No período analisado não atingimos a meta contratual, ressaltamos que atendemos todas as vagas solicitadas, e discutimos em visitas diárias na unidade à maneira de atingirmos essa meta. Melhoria - para 2026 - iniciar Busca Ativa no CO, para verificar estabilidade no setor (desconforto respiratório e hipotérmico), retomar a indicação de admissão para transfusão sanguínea.

**Média de Permanência:** Nos meses de setembro, outubro e novembro a meta não foi atingida devido ao menor grau de complexidade, porém no mês de dezembro a meta foi ultrapassada relacionada ao aumento do grau de complexidade dos casos atendidos na unidade.

**Taxa de Reinternação em 24 horas :** Não houve reingresso de pacientes à UTI Neonatal com menos de 24 (vinte e quatro) horas, atingindo, assim, o limite contratual pactuado.

**Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV):** Meta contratual atingida em todo período avaliado.

**Incidência de extubação acidental:** Meta contratual não atingida em todo período avaliado. Porém capacitado equipe para adesão e implantação de check list de prevenção de extubação acidental com melhora do indicador. Isto reforça a garantia de uma assistência com segurança e boas práticas clínicas. Protocolos de [Prevenção de Extubação Acidental](#) - [Transferência Segura](#) - [Método Canguru](#) - [Cuidado Humanizado](#).

**Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central:** No período avaliado tivemos 01 episódio de infecção de corrente sanguínea o que impacta diretamente na nossa meta. Demais meses atingimos a meta, não houve registros de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central na UTI Neonatal. O Bundle de inserção de cateteres centrais é uma da principal na prevenção de IRAS (infecções relacionadas à assistência à saúde), reforçamos a lavagem das mãos nos cinco momentos com paciente, realizado capacitação para cuidados e manutenção de cateteres PICC, iniciado monitoramento de

todos os enfermeiros habilitados para aprimoramento da técnica qualificando e sistematizando de forma integral, segura e humanizada.

**Prontuários evoluídos:** Meta atingida em todo período avaliado.

**Reclamações na ouvidoria:** Meta atingida em todo período avaliado.

**Índice de Lesão de Pele:** Meta atingida. Porém reforçado e capacitado equipe multidisciplinar sobre a importância de prevenção de lesões de pele. Cuidados de hidratação da pele, coxins e descompressão óssea ,a fim de melhoria na prevenção de lesões, uma vez que os cuidados e prevenção durante a assistência estão sendo mantidos.

**Incidência de queda de paciente:** Meta atingida em todo período avaliado.

**Incidência de Flebite:** Meta não atingida do período analisado. Foi registrado um caso de flebite em outubro.

Este caso está associado à infiltração de AVP em um paciente recém-nascido (RN) identificado como M.E.G.J., peso: 4.312g com diagnóstico de GIG (Grande para Idade Gestacional), DRP e FM DMG sem tratamento. O evento ocorreu durante a manutenção de soroterapia e ou concentração e vazão. Após o ocorrido foi programada a inserção de passagem de cateter PICC com sucesso, a flebite resolvida em dois dias sem dano ao recém nascido.

Melhoria - foi implantado um check-list para inserção e manutenção de cateteres periféricos utilizando a escala de Maddox.

**Incidência de não conformidade na Adm de Medicação:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.

Número de partos - trata-se de uma meta para CO, que foge da alçada do contrato, uma vez que não está nem no PS, nem no CO.

## 9. ATIVIDADES DE DESTAQUE ANUAL

### 9.1 UTI MATERNA E UTI NEONATAL

No ano de 2025, não foram registradas infecções relacionadas a procedimentos, conforme evidenciado pelos resultados de alguns indicadores assistenciais, tais como: densidade de incidência de PAV e densidade de incidência de ITU relacionada ao cateter vesical.

Esses resultados, aliados ao incentivo contínuo e às orientações reforçadas sobre a importância da higienização das mãos, contribuíram de forma significativa para a prevenção de infecções e para a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Destacam-se também os bons resultados nos indicadores de prontuários evoluídos, ausência de reclamações na ouvidoria, adesão às metas de segurança do paciente — especialmente na identificação do paciente, baixa incidência de não conformidade na administração de medicação e ausência de saída não planejada de sonda oro/nasogastrica

## 10. AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS (USUÁRIOS)

Indicador	Meta	2025												
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out.	nov	dez	
Reclamações na ouvidoria	≤ 0,00%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

### Análise crítica:

Como observado na tabela acima, em todos os meses a meta estabelecida foi alcançada, fato decorrente da qualidade do serviço e atendimento humanizado dentro da UTI Materna.

## 11. FINANCEIRO

### 11.1 BALANÇO – CONTROLADORIA E FINANCEIRO

Os recursos financeiros que sustentam as atividades da unidade são repassados ao CEJAM pela SES/SP, conforme acordado no Convênio. Os resultados do fluxo operacional do projeto constam no quadro em anexo **(Anexo 1)**.

**Anatalia Lopes de Oliveira Basile**  
**Coordenadora Geral**

## 12. ANEXOS

### 12.1. ANEXO I - Balanço Financeiro

DEMONSTRATIVO FINANCEIRO													
CONVÊNIO Nº 00023/2022 - UTI ESP - H MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS - SÃO PAULO-SP													
PERÍODO: ANO 2025													
ORÇAMENTO/ PLANO DE TRABALHO	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL ANO
2º Termo Aditivo ao Convênio	360.145,55	360.145,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3º Termo Aditivo ao Convênio	-	-	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	3.601.455,50
4º Termo Aditivo ao Convênio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.049.865,30	1.049.865,30	1.049.865,30	3.149.595,90
<b>TOTAL</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>360.145,55</b>	<b>1.410.010,85</b>	<b>1.410.010,85</b>	<b>1.410.010,85</b>	<b>7.471.342,50</b>
<b>ENTRADAS/ RECEITAS</b>													
Saldo Anterior C/c	2.255.412,45	1.986.227,84	2.402.604,59	2.436.165,67	2.520.220,36	2.581.957,86	2.631.313,90	2.704.908,19	2.758.900,79	2.743.073,66	2.920.267,51	3.370.424,85	7.201.281,10
Repose Financeiro	32.889,73	720.291,10	358.524,90	359.785,41	358.344,82	353.687,03	359.965,48	360.145,55	359.965,48	1.049.865,30	1.770.156,40	1.410.010,85	7.993.632,05
Resultado Aplc. Financeira	17.643,67	18.808,27	18.928,80	20.872,55	24.015,78	23.307,54	29.031,96	26.361,69	28.681,88	26.236,01	30.209,00	33.818,09	297.965,24
Outros Créditos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros Créditos/ Dev. Terceiros	63,45	65,36	65,35	65,35	65,36	65,35	65,35	65,35	65,35	65,35	65,35	65,35	782,32
Outros Créditos/ Aporte Cooperativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL (A+B+C+D)</b>	<b>2.306.009,30</b>	<b>2.725.992,57</b>	<b>2.790.113,64</b>	<b>2.816.888,98</b>	<b>2.902.646,32</b>	<b>2.959.017,78</b>	<b>3.020.876,69</b>	<b>3.091.480,78</b>	<b>3.147.613,50</b>	<b>3.812.290,32</b>	<b>4.720.698,26</b>	<b>4.814.319,54</b>	<b>7.792.379,61</b>
Repose Financeiro + Rendimento (B+C)	50.533,40	739.099,37	377.453,70	380.657,96	382.360,60	378.994,57	388.997,44	386.507,24	388.647,36	1.076.151,31	1.800.365,40	1.443.828,94	7.791.597,29
<b>Data do Repose</b>	13/01/2025	03/02/2025 e 17/02	17/03/2025	22/04/2025	19/05/2025	23/06/2025	14/07/2025	18/08/2025	15/09/2025	27/10/2025	03/11, 06/11 e 24/11/2025	15/12/2025	
Numero da ordem	202501100016143	202.501.310.049.819	202.503.140.041.754	202.504.170.017.129	202.505.160.041.818	202.506.200.019.710	202.507.110.039.440	202.508.150.054.257	202.509.120.041.423	202.510.240.285.004	202.511.060.004.044	202.512.120.065.818	
Numero da ordem		202.502.140.056.728									202.511.210.023.758		
<b>SAÍDAS/ DESPESAS</b>													
Recursos humanos (CLT)	116.129,73	123.929,23	137.959,75	111.547,44	115.060,77	132.384,45	113.575,46	117.238,96	203.154,74	489.667,49	715.428,27	738.629,54	3.114.705,83
Recursos humanos (RPA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Material médico/ hosp. e Medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Material de consumo	5.988,96	3.628,22	-	717,59	8.528,67	1.311,87	235,64	229,5	548,88	3.876,69	2.883,63	882,72	28.842,37
Serviços Médicos	173.835,20	172.431,26	181.211,05	165.868,07	173.602,45	169.046,18	176.800,83	168.873,49	173.621,97	359.384,59	590.679,26	601.216,19	3.106.570,54
Outros serviços de terceiros	3.445,46	5.934,67	4.318,89	3.634,90	4.564,43	4.387,68	5.433,84	4.268,41	6.455,80	4.342,24	2.873,65	5.273,26	54.953,23
Despesas financeiras e bancárias	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	-	-	270,00	90,00	104,80	93,70	96,93	1.055,43
Locações diversas	640,65	380,17	901,54	614,97	652,81	628,7	217,90	978,24	600,05	1.546,34	2.135,50	2.138,41	12.449,28
Manutenção de Equipamentos	1.800,00	1.800,00	1.800,00	83,70	3.432,60	1.883,70	1.800,00	1.800,00	1.800,00	2.914,57	4.481,45	1.716,30	25.312,32
Manutenção Área Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Utilidades públicas	905,48	440,00	440,00	-	880,00	549,92	-	1.605,08	783,10	262,33	120,39	133,35	6.119,85
Investimentos/ Bens permanentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	595,00
Investimentos/ Obras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Despesas Gerenciais	17.225,98	14.164,43	17.246,74	12.405,65	17.115,63	15.962,48	17.241,13	37.316,31	17.085,30	36.903,76	29.858,56	30.586,37	263.112,34
Outras despesas	120,00	-	-	-	120,00	-	60,00	-	-	-	120,00	-	420,00
Dev. Transferências/Aporte Cooperativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dev. Transferências/Entre Contas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>319.781,46</b>	<b>322.787,98</b>	<b>343.957,97</b>	<b>296.668,62</b>	<b>320.668,46</b>	<b>327.703,88</b>	<b>315.468,50</b>	<b>332.579,99</b>	<b>404.539,64</b>	<b>899.022,81</b>	<b>1.350.273,41</b>	<b>1.380.663,07</b>	<b>6.614.135,99</b>
Saldo Atual C/c	1.986.227,84	2.402.604,59	2.436.165,67	2.520.220,36	2.581.957,86	2.631.313,90	2.704.908,19	2.758.900,79	2.743.073,66	2.920.267,51	3.370.424,85	3.433.656,07	
SALDO EM C/C PROVISIONAMENTO	721.596,51	789.742,44	819.538,02	850.284,70	881.982,25	913.659,86	947.385,55	980.378,41	-	1.049.481,08	1.082.735,53	1.118.034,21	
<b>PROVISÃO</b>													
Provisão de Férias	96.817,78	117.122,22	110.855,47	116.251,54	126.879,60	127.859,58	134.690,65	140.744,17	190.253,52	223.549,45	252.060,44	260.789,42	
Provisão 13º Salário	7.430,29	16.779,03	23.577,71	21.944,48	29.915,67	45.575,13	53.625,97	61.704,47	100.252,77	142.333,50	170.145,32		
Rescisão	142.608,05	153.223,72	88.116,09	187.435,83	178.593,34	193.110,15	200.645,41	222.155,49	457.538,50	582.996,66	396.823,08	412.568,19	
<b>TOTAL</b>	<b>246.856,12</b>	<b>287.124,97</b>	<b>222.899,27</b>	<b>335.631,85</b>	<b>345.388,61</b>	<b>366.344,86</b>	<b>388.960,03</b>	<b>424.604,13</b>	<b>748.044,79</b>	<b>954.879,61</b>	<b>819.028,84</b>	<b>673.357,61</b>	

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
SALDO ANTERIOR	2.255.412,45
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	7.792.379,61
(I) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO	6.614.135,99
(N) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO	3.433.656,07
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ORÇÃO PÚBLICO	-
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	3.433.656,07

## RELATÓRIO ASSISTENCIAL 2025\_Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros.pdf

Documento número #ecf4e42e-48f2-4f2b-8a3c-ea7cc96327ad

Hash do documento original (SHA256): 83486a9f852c39fabca0f0bc76a87da15461fb627b6f5e8d61c18f53a639b8cf

### Assinaturas

 **Anatalia Lopes de Oliveira Basile**

CPF: 084.342.758-21

Assinou em 26 mar 2026 às 12:26:53

### Log

- 25 mar 2026, 12:01:39 Operador com email ana.ribeiro@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 criou este documento número ecf4e42e-48f2-4f2b-8a3c-ea7cc96327ad. Data limite para assinatura do documento: 24 de abril de 2026 (12:01). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 25 mar 2026, 12:02:59 Operador com email ana.ribeiro@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 alterou o processo de assinatura. Data limite para assinatura do documento: 02 de junho de 2026 (19:30).
- 25 mar 2026, 12:03:00 Operador com email ana.ribeiro@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 adicionou à Lista de Assinatura: anatalia.basile@cejam.org.br para assinar, via E-mail.
- Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Anatalia Lopes de Oliveira Basile e CPF 084.342.758-21.
- 26 mar 2026, 12:26:53 Anatalia Lopes de Oliveira Basile assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail anatalia.basile@cejam.org.br. CPF informado: 084.342.758-21. IP: 189.96.224.27. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -23.559557 e longitude -46.6371945. URL para abrir a localização no mapa: <https://app.clicksign.com/location>. Componente de assinatura versão 1.1410.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 26 mar 2026, 12:26:53 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número ecf4e42e-48f2-4f2b-8a3c-ea7cc96327ad.



**Documento assinado com validade jurídica.**

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº ecf4e42e-48f2-4f2b-8a3c-ea7cc96327ad, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em [www.clicksign.com](http://www.clicksign.com).