

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2022**

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR - IBGH HOSPITAL DE  
EMERGÊNCIA OSWALDO CRUZ**

**RELATÓRIO MENSAL DAS COMISSÕES INSTAURADAS NO HOSPITAL DE  
EMERGÊNCIA OSWALDO CRUZ.**

**NOVEMBRO  
2022**

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório traz consigo as atividades realizadas pelas comissões instituídas no Hospital de Emergência Oswaldo Cruz, no período de 01 de Novembro a 30 de Novembro de 2022, em atenção ao Contrato de Gestão nº 002/2022-NGC/SESA. Sendo assim, após a nomeação dos membros, no referido mês houve a primeira reunião para planejamento das ações a serem tomadas pelas mesmas durante o mês de dezembro e elaboração dos regimentos internos.

Dessa forma, seguem as atividades das Comissões:

## 2. CAPÍTULO I – COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (CNSP) está amparado pela Resolução - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências e pela Resolução RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõem sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para Serviços de Saúde. Através deste núcleo serão gerados protocolos e indicadores que visam a segurança e o bem estar dos pacientes internados no Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz - Anexo. O CNSP do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz - Anexo foi instuído por meio da Portaria 004/2022 que nomeou seus membros e entrou em vigor no dia 31 de Outubro de 2022.

No mês de Novembro, o CNSP realizou a elaboração, verificação e aprovação do Regimento Interno, documento este que tem por finalidade embasar o núcleo nas atividades de promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, integração dos setores, auxiliar na articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente, assessorar os colaboradores do Hospital de Emergência Oswaldo Cruz, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais. O regimento tem sua data de aprovação pela diretoria colegiada do Hospital de Emergência Oswaldo Cruz no dia 18 de novembro de 2022.

No dia 24 de Novembro de 2022 às 09h00min o CNSP realizou a sua primeira reunião ordinária, de forma presencial. Na oportunidade foram apresentados, pela presidente, os membros os quais foram nomeados pela portaria supracitada, bem como suas respectivas competências. Além disto, também deu-se da apresentação do regimento interno, nesta reunião foi lavrada e assinada a ata.

Seguiu-se também com a discussão sobre os protocolos de segurança do paciente os quais cabem no Hospital de Emergência Oswaldo Cruz e estão instituídos nas Portarias 1.377/2013 e 2095/2013, descritas a seguir:

- 1. Identificar corretamente o paciente;*
- 2. Melhorar a comunicação entre profissionais da saúde;*
- 3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;*
- 4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;*
- 5. Higienizar as mãos para evitar infecções;*
- 6. Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.*

A partir da implantação estes protocolos ficou definido que a apresentação se daria através de uma palestra com o tema “Metas para a Segurança do Paciente”, de forma que toda a equipe assistencial estivesse empenhada na promoção da segurança do paciente. Na oportunidade a presidente se encarregou de confeccionar o banner e folder para ser usado na palestra. Os membros também ficaram encarregados de aprovar os materiais de apoio bem como participar da apresentação.

No dia 28 de novembro O CNSP realizou a referida palestra na condução da presidente, Sra Clara Beatriz e com o apoio da SCIRAS, equipe médica, equipe de fisioterapia e da Comissão de Humanização. Participaram e interagiram toda a equipe multiprofissional, dando sugestões e trocando experiências em um momento rico de aprendizado e descontração.

Abaixo seguem imagens da palestra.

## **1. Palestra: Metas para a Segurança do Paciente.**



IBGH promove palestra "Metas para a Segurança do Paciente"



IBGH promove palestra "Metas para a Segurança do Paciente"

## 2.1. INDICADORES

Indicadores de segurança do paciente são medidas que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes. De modo geral, como todo indicador de qualidade, eles costumam ser classificados, segundo o tipo de informação, em indicadores de estrutura, processo ou resultado.

I. Notificações de Incidentes e Eventos Adversos:

- a) Falhas na Identificação do Paciente;
- b) Erros na Comunicação;
- c) Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos;
- d) Falhas na Administração de Medicamentos;

II. Taxa de Incidência de Lesão Por Pressão (LPP); e

III. Índice de quedas.

Reforço que os dados dos referidos indicadores serão implantados, gradativamente e seus dados constarão nos relatórios subsequentes.

## 3. CAPÍTULO II – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição, sendo normatizada legalmente de acordo com a Portaria 2.616 de 1998 do Ministério da Saúde. Com a finalidade de elaborar, executar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Infecções comunitárias são as infecções quando no ato de internação o paciente já apresenta uma complicação infecciosa ou uma doença infectocontagiosa.

Contemplado no Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) que tem como objetivo: conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

### 3.1. INDICADORES

#### 3.1.1. Índice de Consumo de Sabonete Líquido

**Objetivo:** Mensurar mensalmente o consumo de sabonete líquido utilizado na unidade.

**Fórmula:** 
$$\frac{\text{Total de sabonete líquido consumido (mL)}}{\text{Total de pacientes atendidos no mês}}$$

**Resultado:** 
$$\frac{12,800}{219} = 58,44 \text{ ml/paciente.}$$

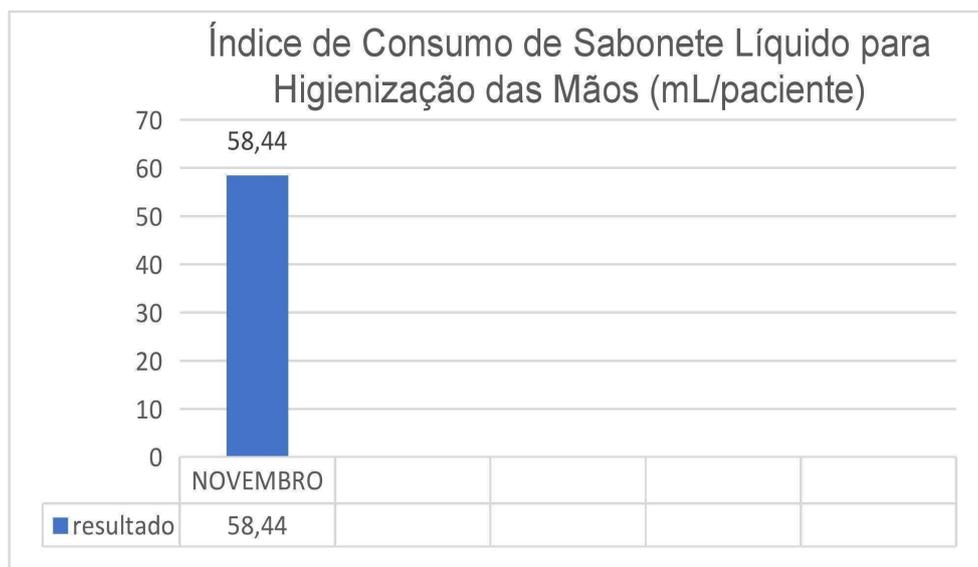
#### Análise Crítica

A comissão de controle de infecção hospitalar tem orientado seus colaboradores sobre a importância da prática de higienização das mãos, reforçando que a mesma é uma medida de fundamental importância no controle e prevenção das IRAS. Esta unidade busca se adequar as normas vigentes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, visando desenvolver ações que reduzam as infecções no ambiente hospitalar através de palestras com a equipe multiprofissional, e assim, melhorar a assistência prestada aos pacientes.

Somado a isto, tem-se integrado os demais setores no reforço e conscientização da higienização das mãos, visando garantir a segurança dos

pacientes e dos profissionais de saúde e da sociedade em geral que utilizam esse serviço de saúde.

**Gráfico 1. Índices de Consumo de Sabonete Líquido para higienização das mãos.**



Fonte: SCIH, 2022.

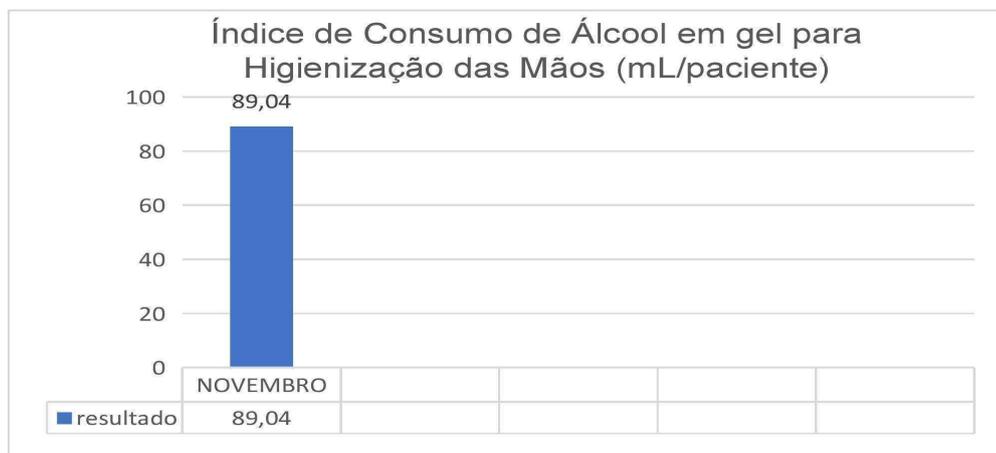
### 3.1.2. Índice De Consumo De Álcool Em Gel Para Higienização Das Mãos

**Objetivo:** Mensurar mensalmente o consumo de álcool em gel utilizado na unidade.

**Fórmula:**  $\frac{\text{Total de álcool utilizado (mL)}}{\text{Total de pacientes atendidos no mês}}$

**Resultado:**  $\frac{19,500}{219} = 89,04$  ml/paciente.

**Gráfico 2. Índice de Consumo de Álcool em gel para Higienização das Mãos.**



Fonte: SCIH,2022.

### Análise Crítica

O SCIH vem realizando regularmente treinamento com a equipe assistencial e visitas nas enfermarias, para acompanhar e observar os colaboradores durante a assistência prestada, somado ao constante esforço acerca da conscientização da higienização das mãos. Este resultado demonstra que ainda é necessário continuar orientando os colaboradores e demais prestadores de serviços da unidade quanto a importância da higienização das mãos na atividade assistenciais estabelecida pelas entidades de saúde.

### 3.2. Índice de Densidade Global de IRAS

O mês de Novembro contou com 219 internações, sendo 30 remanescentes de outubro e 189 novas admissões. Dentre estes pacientes internados, houve a realização de 16 coletas para análise microbiológica, das quais destas nenhuma apresentou resultado positivo para presença de microrganismos patogênicos, o que representa 0% das amostras coletadas.

Abaixo está descrito o quantitativo de coletas de microbiológicos do mês de Novembro.

**Tabela 1. Coletas de microbiológicos.**

TIPO DE AMOSTRA	NEGATIVO	POSITIVO	RESULTADO
<b>Urocultura</b>	01	-	01
<b>Hemocultura</b>	06	-	06
<b>Escarro</b>	09	-	09
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	-	<b>16</b>

Fonte: LABEX, 2022

### 3.3. NOVOS INDICADORES

A partir do próximo mês os indicadores desta comissão sofrerão algumas alterações, será estruturado a coleta e a análise de dados e implementação de novos indicadores, para um melhor monitoramento do processo assistencial. Tal fato deve-se a necessidade de o serviço de controle de infecção hospitalar aprimorar os processos existentes na unidade, visando atender as recomendações

do Ministério da Saúde quanto ao monitoramento de dados ligados a IRAS na unidade.

A implementação dos indicadores ocorrerá no decorrer do mês de Dezembro, por meio da introdução na rotina assistencial, de instrumentos padronizados e validados para a coleta dos mesmos. Sendo este:

- FOR 092: CHECK LIST VISITA DIÁRIA CCIH

Sendo observado através deste, alguns critérios como:

- ✓ Uso de AVP com presença de sinais flogísticos;
- ✓ Uso de SVD/SNG/SNE/DRENO;
- ✓ Curativo diário realizado;
- ✓ Profissionais fazem uso de EPI's;
- ✓ Higienização das mãos antes e após o contato com o paciente;
- ✓ Uso de avental e luva antes e após o contato com o paciente;
- ✓ Dispenser de álcool, sabonete e papel toalha abastecidos;
- ✓ Verificar se a limpeza diária é feita de forma correta;
- ✓ Existência de utensílios no banheiro( papagaio, comadre, etc);
- ✓ Descarte do lixo é feito de forma correta;
- ✓ Realizado troca de roupa/vestuário diariamente;

Será realizado visita In loco nas enfermarias e observado como a assistência tem sido prestada, como o ambiente se apresenta, e as melhorias que podem ser realizadas, sendo preenchido o formulário com as seguintes opções: Sim, Não, Não se Aplica.

- FOR 104 :ADESÃO DOS PROFISSIONAIS A HIGIENE DAS MÃOS

Sendo observado através deste, os 5 momentos que o profissionais necessitam fazer a higienização das mãos, ao realizar a assistência ao paciente, sendo estes:

- ✓ Antes do contato com o paciente;
- ✓ Antes da realização de procedimentos assépticos;
- ✓ Após risco de exposição a fluidos corporais;
- ✓ Após o contato com o paciente;
- ✓ Após contato com áreas próximas do paciente;

E qual o produto utilizado no momento da higienização sendo:

- ✓ Higienizou com água e sabonete;
- ✓ Higienizou com álcool em gel;
- ✓ Não higienizou.

Através do mesmo será possível monitorar a adesão dos profissionais que realizam a assistência aos pacientes na higienização das mãos e nos processos de cuidados diários. Segue abaixo a fórmula que será utilizada.

**Objetivo:** Mensurar o percentual de adesão a higiene de mãos pelos profissionais de saúde para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

**Fórmula:** 
$$\frac{N^{\circ} \text{ de ações executadas pelos profissionais de saúde}}{N^{\circ} \text{ de Oportunidades observadas}} \times 100$$

**Resultado:** 
$$\frac{00}{00} \times 100 = 00$$

Esta comissão terá em seu plano de ação para o mês de dezembro, o desenvolvimento e a criação do protocolo de prevenção de ITU e o seu Bundle, o SCIRAS busca atualizar as medidas de prevenção de ITU para garantir o controle da ocorrência de infecções nas unidades do Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, já o Bundle é um pacote de intervenções dirigidas aos pacientes com sonda vesical de demora que resulta em melhor resultado, cujo processo é composto de dois momentos: check list para passagem da SVD e auditoria de processo diário durante a manutenção da SVD, sendo uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o paciente: um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências que quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhora os resultados para os pacientes.

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das infecções pertinente à assistência à saúde mais prevalente, devido à sua relação com a sonda vesical de demora (SVD), mas com grande potencial preventivo. Por esse motivo há a necessidade de implantar novos indicadores para melhorar a prática em relação ao uso da sonda e seu tempo de permanência, logo é fundamental que a comissão amplie, difunda, treine e monitore o uso de protocolos relacionados à sondagem vesical. Será realizado um treinamento com a equipe de Enfermagem, para a capacitação de todos os profissionais para o correto preenchimento do Bundle e adesão de todos os profissionais assistenciais na execução das técnicas de forma assertiva..

### 3.4. INDICADORES DE IRAS

A área de expansão do Hospital de Emergência Oswaldo Cruz até o presente momento não disponibiliza no contrato de prestação de serviços entre o IBGH e o Laboratório prestador dos serviços de alguns exames laboratoriais, contudo, os exames de microbiologia, procalcitonina e demais marcadores de sepse e/ou Infecção generalizada são realizados em caráter excepcional mediante pedido médico justificado e com assinatura do gerente médico.

Diante disto, juntamente com a diretoria geral, buscamos acelerar a inclusão dos devidos exames, para que no próximo mês possamos fornecer com clareza os índices de IRAS e assim introduzir medidas para a sua prevenção. Os exames a serem incluídos são: Hemoculturas, Urocultura, e culturas em geral.

A implantação e vigilância desses indicadores apenas apresentarão resultados efetivos, quando aliada aos resultados laboratoriais com confirmação microbiológica para diagnósticos e notificação de IRAs, pois através deles conseguiremos avaliar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes e implantar um programa de redução de infecção, de acordo com suas características.

A coleta dos numeradores é o somatório do número de infecções detectadas no Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz. Esse deve ser obtido pela busca ativa de infecções confirmadas clínica ou laboratorial (com confirmação microbiológica). Essa busca não apenas permite uma detecção de casos, mas também possibilita ao profissional do controle de infecções visitar as áreas regularmente, interagir, orientar a equipe e ter conhecimento de problemas que possam estar ocorrendo.

A vigilância epidemiológica das infecções associadas à assistência à saúde deverá ser realizada mediante a busca ativa dos casos por meio da avaliação de dados laboratoriais (ex.: hemoculturas), revisão de prontuários, discussão de casos suspeitos com a equipe multiprofissional, análise de registros de sinais vitais e outras anotações feitas pelos profissionais da unidade de saúde etc.

Ampliando o monitoramento e a compreensão acerca da ocorrência de infecções no ambiente intra-hospitalar, possibilitando assim, planejamento e a

execução de ações baseadas em maiores dados sobre o assunto, a fim de evitar a propagação de doenças infectocontagiosas no ambiente hospitalar da unidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz busca manter o controle quanto ao nível de infecção no ambiente hospitalar, pois entende que esta é uma meta que precisa ser compreendida e abraçada por todos aqueles que compõem e que fazem parte do quadro da unidade, que elaboraram e acompanham diariamente a rotina dos profissionais de saúde, orientando-os, com o objetivo de manter o padrão de qualidade da unidade. Esta comissão não medirá esforços para que suas metas quanto ao controle de infecção hospitalar sejam alcançadas, elevando os padrões de controle de infecção aos níveis exigidos pelos órgãos fiscalizadores.

## **4. CAPÍTULO III – COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL:**

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral está amparada pela Portaria nº 272, de 08/04/1998 do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC- da Anvisa nº 63, de 06/07/2000.

A nutrição enteral e parenteral age para evitar a desnutrição quando há esse obstáculo de comer por vias normais. Logo, o fornecimento de energia e nutrientes são feitas pelo gastrointestinal (enteral) ou pelas veias (parenteral).

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral tem o intuito de promover e participar de discussões sobre as necessidades e a importância do suporte nutricional no ambiente hospitalar.

No dia 20 de novembro de 2022, houve a primeira reunião da referida comissão, na qual foram apresentadas pela presidente a importância da atuação da mesma e foi aberto debate para confecção do regimento interno.

Também foram discutidos o cronograma para os temas das ações que serão realizadas durante o mês de dezembro.

## **5. CAPÍTULO IV – COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

A Comissão de Ética Médica tem suas normas de organização, funcionamento,

eleição e competências estabelecidas pela Resolução CFM 2152/2016.

As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde. Suas funções são educativas, fiscalizadoras e investigadoras do desempenho ético da Medicina.

No dia 29 de novembro de 2022, houve a primeira reunião da comissão em questão, na qual ficaram estabelecidos os membros e as ações que serão tomadas. Por outro lado, discutiu-se sobre a confecção do regimento interno que será confeccionado pelos mesmos durante o mês de dezembro.

## **6. CAPÍTULO V – COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

Considerando a Resolução CFM nº. 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina, publicada no D.O.U. de 09 de agosto de 2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Considerando Art. 1º - Defini prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;

Considerando Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médico.

Dessa forma, no dia 29 de novembro, houve a primeira reunião da Comissão de Revisão de Prontuários, na qual foi apresentada pela Enfermeira Auditora ações a serem tomadas com o intuito de conscientizar a equipe e fazer com que os prontuários sejam preenchidos de forma correta e completa.

Durante o mês de dezembro, serão implementadas ações de conscientização da equipe assistencial para que evite erros no momento da evolução.

## **7. CAPÍTULO VI – COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO**

Considerando a RESOLUÇÃO Nº2.171, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017, do Conselho Federal de Medicina, toda instituição de hospitalar e pré-hospitalar, deve possuir instituída esta comissão, para revisar todos os óbitos da instituição. A revisão obrigatoriamente deve ser feita por um profissional médico e a análise deve ser levada em comissão para avaliação;

Considerando a RDC Nº36/2013, todo óbito deve ser avaliado em até 72 horas após o ocorrido, para caso necessite de investigação seja notificado a ANVISA. Sendo assim, esta comissão tem como objetivo analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas da equipe, bem como avaliar se a declaração de óbito foi preenchida de forma correta em sua totalidade.

No dia 29 de novembro de 2022, houve a primeira reunião da referida comissão, na qual ficou decidido que a partir do mês de dezembro todos os óbitos que ocorrerem na Unidade serão revisados e auditados por esta Comissão.

Foram debatidas também ações que serão feitas com a equipe médica para auxiliar no correto preenchimento da declaração de óbito.

## **8. CAPÍTULO VII – COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM**

A Comissão de Ética de Enfermagem são órgãos representativos dos Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições na qual existem serviços de enfermagem, com funções educativas, consultivas e de orientação ao exercício ético e profissional da equipe de enfermagem.

Durante o mês de novembro de 2022, foram apresentados os membros, através do Conselho Estadual de Enfermagem, equipe essa que irá desenvolver ações que terão o intuito de garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando e discutindo melhorias.

## **9. CAPÍTULO VIII – COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS**

A padronização dos produtos para saúde tem por finalidade facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993, arts 14º e 15º (Licitações e Contratos) através da racionalização sistemática e garantindo a qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.

A aquisição desses produtos sem análise da qualidade, para o uso em serviços de saúde, pode resultar na ocorrência de eventos indesejáveis, levando ao agravamento da condição de saúde do paciente, colocar em risco a saúde do profissional de saúde, além de significar desperdício de recursos financeiros investidos na compra de artigos que não atendam ao propósito a que se destinam. É importante ressaltar que os produtos para saúde representam mais da metade dos produtos utilizados nos procedimentos clínicos e que a aquisição de produtos com qualidade comprometida eleva também o tempo gasto pelos profissionais de saúde na realização de sua rotina de trabalho.

Desse modo, a referida Comissão tem o intuito de criar uma estrutura de apoio técnico que irá fazer a avaliação dos produtos e identificar quais marcas estão apresentando reações ou que não tenha a qualidade desejada.

Sendo assim, foram discutidas ações para o mês de dezembro, dentre elas, a padronização de medicamentos e equipamentos hospitalares. Dessa forma, isso irá auxiliar nos processos de compras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traz dados analisados e produzidos pelas comissões existentes na Hospital de Emergência Dr Oswaldo Cruz - Anexo no mês de novembro de 2022, e apresenta os resultados da gestão do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar em parceria com a Secretária de Saúde do Estado do Amapá.

A Unidade tem como objetivo principal prestar um atendimento eficiente, satisfatório e humanizado para a população amapaense, tendo como premissa a constante evolução e melhoria dos serviços prestados, buscando o aprimoramento dos processos existentes e a criação de novos, para atender com mais qualidade e eficácia nossos pacientes, pautando-se sempre nos princípios da Política Nacional de Humanização e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim sendo a criação das comissões é um elemento essencial para a operacionalização da unidade e a realização da melhoria dos processos existentes, criando meios para alcançar as metas e objetivos propostos pela gestão, além de identificar eventuais falhas que possam surgir, constituindo um importante subsídio para as tomadas de decisões e para a elaboração de intervenções que se façam necessárias.



Documento assinado eletronicamente por CLARA BEATRIZ MONTEIRO NUNES, 023.118.152-37, UNIDADE - QUALIDADE, em 10/12/2022 às 02:38, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por MARCELA SILVA CASTILHO, 023.118.202-30, UNIDADE - GERÊNCIA ADMINISTRATIVA, em 11/12/2022 às 08:03, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por MARA HELENA JARDIM BITTES HENRIQUE BORGES, 920.014.401-20, UNIDADE - DIRETORIA GERAL, em 11/12/2022 às 09:21, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por LUCIANO CASALLI ROSA, 005.611.227-09, UNIDADE - DIRETORIA, em 11/12/2022 às 19:41, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO ESTANISLAU MARTINS BISPO, 024.684.491-42, UNIDADE - DIRETORIA TÉCNICA, em 12/12/2022 às 08:41, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por LEONARDO ESTANISLAU MARTINS BISPO, 037.121.421-10, UNIDADE - DIRETORIA TÉCNICA, em 12/12/2022 às 08:50, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por ANALU ALVES DOS SANTOS, 006.542.171-06, UNIDADE - GERÊNCIA ASSISTENCIAL, em 12/12/2022 às 08:57, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por BRUNA ALVES CONATTI REZENDE, 044.337.991-22, IBGH - GERENTE DA QUALIDADE, em 12/12/2022 às 09:54, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/sinprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 343561 e o código verificador 38917.